

BF723
A35A3

UNIVERSIDAD DE LOS ANDES
FACULTAD DE MEDICINA
HOSPITAL CENTRAL DE SAN CRISTOBAL
POSTGRADO DE PUERICULTURA Y PEDIATRIA

Diagnóstico de factores de riesgo de agresividad infantil en escolares que asisten a la Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil del Hospital Central de San Cristóbal en el periodo Enero- Julio de 2013

www.bdigital.ula.ve

AUTOR: Dra. FRANCIA T. AGUDELO V.

TUTORA: Dra. CARMEN MORA

ASESORA CIENTÍFICO: Dra. OLGA PEREZ MONSALVE

TUTOR METODOLOGICO: Dr. MARCO LABRADOR

DONACION

SERBIULA
Tullio Febres Cordero

SAN CRISTOBAL, 2013

Diagnóstico de factores de riesgo de agresividad infantil en escolares que asisten a la Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil del Hospital Central de San Cristóbal en el periodo Enero- Julio de 2013

TRABAJO ESPECIAL DE GRADO PRESENTADO POR EL MEDICO CIRUJANO, FRANCIA TATIANA AGUDELO VARGAS, CI: 13'708.850, ANTE EL CONSEJO DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE LOS ANDES, COMO CREDENCIAL DE MERITO PARA LA OBTENCION DEL GRADO DE ESPECIALISTA EN PUERICULTURA Y PEDIATRIA

AUTOR: Dra. FRANCIA T. AGUDELO V.

MEDICO CIRUJANO

RESIDENTE DEL POSGRADO DE PUERICULTURA Y PEDIATRÍA, UNIVERSIDAD DE LOS ANDES

EXTENSIÓN SAN CRISTÓBAL-HOSPITAL CENTRAL DE SAN CRISTÓBAL.

TUTOR METODOLOGICO: Dr. MARCO LABRADOR

MEDICO CIRUJANO

PEDIATRA Y PUERICULTOR

DOCENTE JUBILADO DE LA UNIVERSIDAD DE LOS ANDES

CO-TUTOR: Dra. CARMEN MORA

MEDICO CIRUJANO

PEDIATRA PUERICULTOR

DOCENTE ASISTENTE DE LA UNIVERSIDAD DE LOS ANDES, EXTENSION SAN CRISTOBAL

MÉDICO ADJUNTO DEL DEPARTAMENTO DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL CENTRAL DE SAN

CRISTÓBAL.

ASESOR CIENTÍFICO: Dra. OLGA PEREZ

MEDICO CIRUJANO

PSIQUIATRA INFANTO JUVENIL

ADJUNTO DEL DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA

DEL HOSPITAL CENTRAL DE SAN CRISTOBAL

DOCENTE UNIVERSITARIO

(Colaboradora de la ULA)

AGRADECIMIENTO

Quiero expresar mis más sinceros agradecimientos:

*En primera instancia a **nuestros niños**, quienes a lo largo de la historia de la humanidad han pasado de ser el sector más incomprendido y minimizado de nuestra sociedad a uno de mayor relevancia, considerándose hoy en día el principal eslabón para el desarrollo de una sociedad más digna y pujante.*

*A los **estudiantes de medicina y enfermería así como a los médicos** de las distintas ramas de la medicina, que de alguna manera contribuyen con nuestros niños apoyando de manera directa o indirecta en la atención integral en salud de los mismos, a los médicos pediatras tanto docentes del Postgrado de Puericultura y Pediatría como a los que se esfuerzan día a día por proporcionarle un ambiente integral más digno al niño y al adolescente.*

*A **Dios y la Virgen**, cuya influencia divina ha sido de gran apoyo e inspiración en el ejercicio de mi profesión, a mi padre **Wilson Agudelo Sedano**, madre **Alix Angustias Vargas Bermón** y esposo **Gihover Silfredo Sanchez Buitrago**, por su constancia y colaboración continua para la elaboración y culminación exitosa de esta investigación, **hermanos Wilson Alexander y Terry Hamlet**, y a mi hijo **Gihover Alejandro Sanchez Agudelo** y demás familiares por constituir el cimiento sólido e indestructible para mi formación personal y desarrollo profesional, así como, servirme de inspiración en mi orientación vocacional y en el despertar de mi conciencia social y sentido de pertenencia.*

INDICE DE CONTENIDO

RESUMEN	6
INTRODUCCION	8
CAPITULO I: PROBLEMA	11
Formulación del Problema.....	11
Delimitación del Problema	12
Justificación	13
Importancia	14
Factibilidad.....	15
Antecedentes.....	15
Marco teórico.....	16
Objetivos.....	20
Objetivo General	20
Objetivos Específicos.....	20
CAPITULO II: MATERIALES Y MÉTODOS	21
Tipo de Investigación	21
Población y Muestra.....	21
Procedimiento.....	22
Fase I: Diagnóstico Cuantitativo de la Situación Actual.....	22
Fase II: Análisis de Data Recavada	23
Sistemas y Operacionalización de Variables	23
Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos	24
Validez y Confiabilidad del Instrumento	25
CAPITULO III: RESULTADOS Y ANÁLISIS ESTADÍSTICOS	28
Fase I. Diagnóstico Cuantitativo de la Situación Actual.....	28
Fase II: Análisis de Data Recavada	36
Factores Personales	37
Factores Familiares	42
Factores Escolares	47
Factores Ambientales	52
CAPITULO IV: DISCUSIÓN	57
CONCLUSIONES	63
RECOMENDACIONES	65
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	66
ANEXOS	69

UNIVERSIDAD DE LOS ANDES
FACULTAD DE MEDICINA
HOSPITAL CENTRAL DE SAN CRISTOBAL
POSTGRADO DE PUERICULTURA Y PEDIATRIA

Diagnóstico de factores de riesgo de agresividad infantil en escolares que asisten a la Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil del Hospital Central de San Cristóbal en el periodo Enero- Julio de 2013

Autor: Francia Tatiana Agudelo Vargas.

RESUMEN

En el siguiente trabajo de grado se presenta una propuesta para diagnosticar los factores de riesgo asociados al desarrollo de la agresividad infantil en escolares que asistieron a la consulta de la unidad de psiquiatría infanto-juvenil del Hospital Central, municipio San Cristóbal, del estado Táchira desde el 01 de Enero hasta el 31 de julio del 2013, y cuyo objetivo es mejorar calidad de vida de los pacientes pediátricos y que sirva de pronóstico para ser utilizado en el departamento de psiquiatría. Se ha considerado el ámbito personal, ambiental, escolar y familiar, puesto que la investigación es de carácter descriptivo, transversal y retrospectivo, con aplicación de un análisis del contexto presente a través de la observación directa de los pacientes, la revisión de las historias clínicas y la realización de un cuestionario para estudiar los factores de riesgo que fue aplicado a los padres de los pacientes. En consecuencia, se procedió a generar un diagnóstico de la situación actual de los pacientes escolares y se aplicó el programa estadístico SPSS 20, para analizar el valor de significancia estadística mediante el uso de funciones no paramétricas con el método de Chi-cuadrado. La población total fue de ciento diez (110), seleccionando una muestra de sesenta (60) casos críticos residenciados en el área metropolitana de la ciudad. En los resultados se logró relacionar las variables de: sexo (masculino y femenino), edad, tipo de familia (monoparental y nuclear), progreso escolar y procedencia. Obteniendo como resultado que los factores de riesgo de alta probabilidad para manifestar conducta agresiva fueron los correspondientes a: influencia de los medios de comunicación, castigo físico, recibir reprimendas verbales y actitud impulsiva.

Palabras Claves: Agresión. Factor de riesgo. Escolares. Niños(as).

UNIVERSIDAD DE LOS ANDES
FACULTAD DE MEDICINA
HOSPITAL CENTRAL DE SAN CRISTOBAL
POSTGRADO DE PUERICULTURA Y PEDIATRIA

Diagnosis of aggressive risk factors in school children attending the unit of child and adolescent psychiatry central hospital of San Cristóbal in the period January-July 2013

Author: Francia Tatiana Agudelo Vargas.

ABSTRACT

In the following undergraduate work presents a proposal to diagnose the risk factors associated with the development of children's aggression in school children attending the unit query child and adolescent psychiatry Central Hospital, municipality of San Cristobal, Táchira state from the January 1 to July 31, 2013, and aims to improve quality of life of pediatric patients and to serve as a forecast for use in the department of psychiatry. It was considered the personal, environmental, school and family, since research is descriptive, cross-sectional, retrospective, applying present context analysis through direct observation of patients, review of medical records and the realization of a questionnaire to study the risk factors was applied to the parents of patients. Consequently, we proceeded to generate a diagnosis of the current situation of school patients and applied SPSS 20 to analyze the value of statistical significance using nonparametric functions with the Chi-square method. The total population was one hundred and ten (110), selecting a sample of sixty (60) Impeachment critical cases in the metropolitan area. In the results achieved relate variables: gender (male and female), age, type of family (single parent and nuclear), school progress and provenance. Resulting in the high-risk factors likely to manifest aggressive behavior were related to: the influence of the media, punishment, receive verbal reprimands and impulsivity.

Keywords: Aggression. Risk factor. School. Children.

INTRODUCCION

El origen etimológico de la palabra agresión proviene del latín *aggredi*, *ad* (dirigido a) y *gradior* (caminar), y significa literalmente "moverse con intención de dañar". Por ende, este término enuncia el hecho de decidirse a llevar a cabo una acción con el fin de causar daño y cometer directamente un acto contrario al derecho ajeno (1). La agresividad, constituye hoy día una de las entidades que aflige de forma extensiva a nuestra población infanto-juvenil y que ha ido en crecimiento exponencial en los últimos diez años, afectando a las familias de todos los niveles socioeconómicos y multiculturales, en los diversos países a escala mundial (2).

Si bien es cierto que la agresividad es un rasgo característico del desarrollo psicoevolutivo del ser humano, superado en edades posteriores por la acción de factores de tipo familiar, ambiental e institucional, que actúan de forma simultánea y sinérgica contribuyendo a la modelación de un perfil psicológico y moral del niño que le permita superar e interaccionar con la sociedad adecuadamente, igualmente, existen factores de tipo social, familiar e individual que al estar presentes continuamente facilitarían el desarrollo y mantenimiento de la conducta agresiva en el niño, quien sin intervención adecuada y a tiempo, sufre el detrimento simultáneo de sus habilidades cognitivas, emocionales y sociales conllevándolo al aislamiento, frustración y persistencia en el mantenimiento de un círculo vicioso con repercusiones severas sobre su esfera individual, familiar y social (1,3).

Son múltiples los estudios realizados enfocados en encontrar la respuesta a la génesis de la conducta agresiva, y por ende la manera más eficaz de tratarla, entre los que se mencionan: La conducta violenta de los niños bajo una perspectiva holístico comprensiva (3); amígdala, corteza prefrontal y especialización hemisférica en la

experiencia y expresión emocional (5) y variables contextuales y personales que inciden en el comportamiento violento del niño (6). Sin embargo, en la actualidad se conoce que se debe a la acción de múltiples factores, de los cuales la mayoría son susceptibles de modificarse a través de la intervención institucional con apoyo importante del componente familiar. No obstante, el desconocimiento sobre los límites entre una conducta propia del desarrollo y cuando ésta se encuentra fuera de los parámetros permisibles para considerarla normal, asociado a la falta de control por parte de los padres del tiempo de exposición y tipos de programas de televisión y video juegos, amistades, tipos de juegos, exposición a conflictos intrafamiliares y diferentes niveles de agresividad, apoyo familiar en la resolución de problemas y orientación en las actividades educativas, nivel de afectividad y preocupación por su bienestar emocional así como factores inherentes al niño (temperamento y sexo) son parte de los elementos que se mencionan hoy día como predictivos de alto riesgo para desarrollar agresividad infantil (6,7). Sin embargo, no todos los investigadores coinciden en la implicación de estos factores, algunos parecen tener más peso y existe una moderación de los efectos de unos sobre otros (7). Tampoco todos los niños evolucionan negativamente, es por ello que necesitamos más estudios que aclaren de qué forma afectan las diversas condiciones de riesgo y cómo contrarrestar sus efectos.

En Venezuela existen muy pocas investigaciones relacionadas a este tema, que permitan establecer un panorama más concreto y real sobre la situación actual de los niños con agresividad infantil, así como, ausencia de programas a nivel médico y socioeducativo que fomenten continuamente tanto la prevención, captación precoz y orientación de los niños en riesgo y de sus familias. Por lo tanto en este trabajo se propone realizar un estudio sobre el análisis de los factores de riesgo asociados en la agresividad infantil, el cual fue aplicado

a una población venezolana ubicada en la localidad de San Cristóbal, Edo Táchira, dividida en los siguientes capítulos:

El Capítulo I, está constituido por la formulación y delimitación del problema, justificación, importancia y factibilidad. Se establecen el objetivo general y los objetivos específicos de esta investigación a los que se pretenden llegar, así como se indican los antecedentes y el marco teórico utilizados como referencia.

En el capítulo II, se indica el marco metodológico de la investigación, que en este caso se desarrollará bajo la modalidad de campo de tipo descriptivo, transversal y retrospectivo, mediante el análisis del diagnóstico cuantitativo de la situación actual, para luego realizar el estudio de la data recabada por medio de la aplicación de una encuesta.

En el Capítulo III, se establecen los resultados por medio de una distribución por edad, por sexo, procedencia, pacientes referidos, tipo de agresión, tipo de familia y por tipo el progreso escolar del paciente, y se identificaron los cuatro factores claves para analizar mejor los resultados en concordancia a la agresividad en niños (as): escolares, familiares, personales y ambientales.

El Capítulo IV, se muestra la discusión de los resultados obtenidos en el capítulo anterior en concordancia con otros estudios realizados.

Adicionalmente, se muestra las conclusiones y recomendaciones obtenidas luego del análisis de los resultados, para finalmente presentar las referencias bibliográficas utilizadas durante el desarrollo de esta investigación.

CAPITULO I: PROBLEMA

Formulación del Problema

La agresividad infantil, es uno de los problemas que con frecuencia enfrentan padres, maestros y especialistas en Pediatría, por lo que se convierte en una demanda de búsqueda de ayuda especializada de psiquiatras y/o psicólogos, no solo por el impacto adverso que genera dicho comportamiento tanto en la dinámica familiar como en el ámbito social del niño afectado, sino también la repercusión progresiva en su desarrollo psicoevolutivo. Es importante reconocer que las manifestaciones de agresividad en la infancia, son un rasgo común en los primeros años de la vida, dentro de un desarrollo psicoevolutivo acorde en la edad de lactante y preescolar, pudiendo convertirse en un problema por la persistencia y continuidad en etapas posteriores (3,4, 8). La agresividad es relativamente deseable en el proceso de socialización, ya que la misma contribuye a partir de ciertas dosis de combatividad a conseguir pequeños logros, salvaguardarse de los ataques, al desarrollo de la autoestima y la independencia, tomando en cuenta que no pase límites adaptativos (8,9). Sin embargo, algunos niños persisten en su conducta aversiva o en su incapacidad para dominar su mal genio, por lo que frecuentemente viven frustrados y bajo el rechazo de sus compañeros, familiares y personas que los rodean al no poder evitar su conducta caracterizada la mayoría de las veces por agresión intensa dirigida ya sea hacia ellos mismos o hacia sus padres y hermanos, compañeros de escuela, personal de salud y maestros, por parte de estos niños (4,10).

En Venezuela los estudios de la agresividad infantil son escasos, debido a que no ha recibido una atención importante por parte de investigadores y actores del hecho educativo (11, 12).

El comportamiento agresivo complica las relaciones sociales que el niño va estableciendo a lo largo de su desarrollo y entorpece por lo tanto su correcta integración en cualquier ambiente. Ello causa fracaso escolar, conductas disociales y otras patologías psicológicas en la adolescencia y edad adulta por dificultades para socializar y adaptarse a su propio ambiente, por lo cual la agresividad infantil constituye una señal de alarma para padres, docentes, pediatras, psiquiatras y psicólogos (2,8,12).

En la actualidad, los estudios realizados sobre la agresividad infantil, advierten de la existencia de múltiples factores que actúan como elementos predictivos de riesgo para el desarrollo de ésta, cuya influencia varía de leve a fuerte intensidad de acuerdo al grado de exposición del niño afectado y de la dinámica familiar y ambiental que lo rodea. Entre dichos factores se encuentran los inherentes al individuo (sexo, edad, impulsividad, inicio temprano, manejo de la frustración, falta de empatía), los del ámbito familiar (conflictos, agresividad verbal y física, desapego y falta de apoyo), escolar (inadaptación, rechazo de iguales, bullying), y ambientales (influencia de medios de comunicación, videojuegos y amistades) (6,8,12).

Por lo antes expuesto, resulta necesario establecer cuáles son los factores de riesgo involucrados en el desarrollo de conducta agresiva en escolares que le permita al médico reconocer y actuar en el momento de la consulta por medio de un diagnóstico oportuno.

Delimitación del Problema

La presente investigación se encuentra delimitada por los siguientes factores: *Tiempo*, se estableció como tiempo para estudio y recolección de datos desde el primero (01) de enero hasta el treinta y uno (31) de julio de 2013; *Población*: solo entraran en el estudio niños y niñas con edades comprendidas entre 7 y 11 años que no tengan diagnóstico de retardo mental o discapacidad física y/o mental y que asisten a la consulta de la Unidad de Psiquiatría Infanto-

juvenil del Hospital Central de San Cristóbal; *Lugar*: se realizara en la ciudad de San Cristóbal-Estado Táchira, Unidad de Psiquiatría del Hospital Central.

Justificación

La agresividad infantil, aunque constituye un rasgo propio de las edades iniciales del desarrollo psicoevolutivo del niño, hoy día ha crecido de forma exponencial en los diferentes estratos sociales con un índice acentuado en nuestra población escolar y evidenciado en el medio educativo, familiar y médico, representando el motivo principal de consulta para pediatras, psiquiatras y psicólogos. Actualmente, nuestra población escolar ha absorbido y reproducido a gran escala hechos de agresividad en diferentes matices que van desde un simple acto de manipulación por conseguir un objeto de su preferencia hasta involucrarse en actos delictivos y homicidio (13).

Desde el punto de vista epidemiológico, la agresividad infantil se incrementa y relaciona a factores de riesgo tales como: sexo masculino, familia monoparental, patrón de conducta agresiva por parte de familiares en el hogar, tiempo extensivo frente al televisor e internet sin control, patrón de conducta agresiva en la escuela por parte de compañeros, conducta agresiva en la zona residencial, falta de autoridad por parte de los padres, delegar el cuidado, educación y control de los hijos a niñeras, hogares de cuidado materno o docentes de la escuela, mal manejo de la frustración por parte del niño, desconocimiento por parte de los padres para reconocer y actuar de forma precoz y adecuada ante actitudes agresivas del niño, las condiciones físico-sensorio-motoras como disartria, dislexia, hipoacusias leves; malformaciones físicas con impacto o no en el desarrollo intelectual mal manejado por los padres y que exponen al niño a burlas en el ambiente escolar, son considerados en grado variable como causales del inicio y desarrollo de conductas agresivas en niños desde temprana edad (10).

Todo lo anterior se convierte en el potenciador más eficaz y seguro del crecimiento de los índices de violencia e inseguridad que conllevan a deterioro sociocultural progresivo si no se instauran medidas adecuadas de diagnóstico, manejo e intervención precoz que aseguren un buen desarrollo y bienestar del niño y del adolescente, con el fin de mejorar la calidad de vida y pronóstico a futuro de los mismos y de forma simultánea, contribuir a la disminución de los índices de inseguridad y violencia de nuestra población venezolana.

Importancia

La importancia de este estudio radica en detectar por parte del médico pediatra en su consulta diaria de forma precoz y oportuna aquellos niños en edad escolar (7 a 11 años) que cumplan con factores de riesgo de conducta agresiva, y referirlos a la unidad de psiquiatría infanto-juvenil del hospital central para que sean incluidos junto a su núcleo familiar en un programa de atención y manejo de la agresividad, donde se individualizará y realizará seguimiento acorde a cada caso, contribuyendo al cuidado del bienestar de nuestra población pediátrica. Igualmente, es necesario promover espacios para concienciar a los padres sobre dicha patología y las consecuencias a futuro que incidirán en el bienestar del hijo afectado si no es tratado a tiempo; la responsabilidad inherente a los mismos en la participación activa en dicho proceso; y facilitar de esa manera la integración del niño a la sociedad, ya que los mismos tienden a ser rechazados tanto por sus familiares como por sus congéneres. Igualmente, despertar conciencia social respecto al origen y desarrollo de la agresividad con el fin de involucrar a la sociedad en la participación activa para disminuir la prevalencia de la misma.

Factibilidad

Desde el punto de vista técnico es factible ya que involucra recursos como: a.- Empleo de herramientas básicas de búsqueda y recolección de datos de bajo costo, b.- Personal médico calificado (médico residente de pediatría y psiquiatra infanto-juvenil, docente universitario) disponible en el Hospital Central de San Cristóbal tanto en el Servicio de Pediatría como de Psiquiatría, c.- Unidad de psiquiatría infanto-juvenil que cuenta con residentes, psiquiatras y psicólogos clínicos como sistema de apoyo requerido para el cumplimiento veraz y adecuado del seguimiento de los casos. Es una investigación que requiere baja inversión económica y moderada inversión de tiempo para la aplicación de las herramientas estadísticas y elaboración del diagnóstico.

Antecedentes

En un estudio realizado en Cuba sobre la “Influencia del Medio Familiar en Niños con Conducta Agresiva”, analizaron 30 niños de 9 a 11 años con conductas agresivas diagnosticados por el departamento de psicología perteneciente al área de salud del policlínico "Dr. Tomas Romay" en el periodo comprendido de Junio de 1998 hasta febrero de 1999, evidenciándose que el 100% mostraron manifestaciones de agresividad, 70% de los padres tenían una integración social deficiente y expresión de agresividad intrafamiliar en el 90% de los casos e impulsividad y disfunción familiar en el 100% (14).

En un estudio realizado en Valladolid, España, sobre la “agresión en las escuelas percibidas por los alumnos” ,con una población de 196 alumnos y alumnas de Educación Primaria, donde se demostró que la tercera parte de los alumnos encuestados reconoce haber agredido a otros, de los cuales el 46% de los agresores son niños, mientras que solo 14% son niñas. En cuanto a las conductas de enfado 56% adopta posturas evasivas, 26% adopta comportamiento de agresión

física, la mayor parte en forma de patadas y puñetazos. Solo un 10% manifestó adoptar comportamientos de violencia verbal en forma de insultos. Un alto porcentaje 63% reconoció que le gustan los dibujos animados agresivos. Por lo tanto se mantiene que la agresión es una conducta social aprendida favorecida a través de los medios de comunicación, concretamente la televisión (15).

En un estudio realizado en San José de Cúcuta, Colombia, dirigido a docentes para la disminución de conductas agresivas en los niños del Centro Docente N° 24 Las Angustias, la población estuvo conformada por 50 niños (35 varones y 15 niñas), 50 representantes de los respectivos niños y 15 docentes del centro, donde se detectó que existe en los niños comportamiento agresivos físicos y verbales asociados a la existencia de condiciones socio afectivas negativas (16).

En Venezuela, se realizó un estudio durante los años 2006 y 2007 en la ciudad de Valencia en la Escuela Bolivariana “María Teresa Coronel”, para determinar la presencia de conductas violentas físicas y verbales en los niños del 1er grado, corroborándose un índice alto de niños con respecto a niñas involucrados en actos de agresividad contra sus iguales, predominando la agresión física sobre la verbal y coincidiendo además que el mayor causante de conductas violentas en los niños, es la familia y el entorno social que rodea al niño afectado (3).

Marco teórico

Según el Informe mundial sobre la violencia y la salud, establece que la agresión es el “Comportamiento caracterizado por uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o una comunidad o grupo, que cause lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones” (1).

Siendo la conducta agresiva una de las expresiones emocionales negativas en la especie humana asociada a un proceso autodestructivo y de relevancia e impacto social, resulta de vital importancia descifrar su génesis y relación con los distintos factores que favorecen su desarrollo.

Desde el punto de vista anatómico, las estructuras que se encuentran relacionadas con la expresión y control de la agresividad son: *El Sistema Límbico*, junto con las estructuras de la corteza prefrontal, procesan los estímulos emocionales y los integran a funciones cerebrales complejas, las cuales incluyen: decisiones racionales, expresión e interpretación de conductas sociales e incluso la generación de juicios morales, control y expresión de respuestas instintivas que garantizan la supervivencia, participa de manera decisiva en la formación de la memoria, elemento fundamental en la formación de la experiencia permitiendo estructurar conductas apropiadas, regula los estados de ansiedad, temor, depresión, ira, pasión. Los cambios físicos que acompañan estos estados emocionales se instrumentan mediante las conexiones del sistema límbico con el hipotálamo, el cual, a su vez provoca la actividad del sistema nervioso vegetativo que los determina (5). La *corteza prefrontal*, constituida por 3 regiones, de las cuales 2 participan de manera activa y específica en el desarrollo de la conducta: *órbita frontal y medial*, debido a que reciben aferencias de todas las áreas sensoriales. Mientras la *corteza orbitofrontal* está relacionada con el control emocional inhibitorio permitiendo el cambio de conducta en función del significado emocional de los estímulos, *la corteza medial* es una región relacionada tanto con la experiencia como con la expresión emocional, y es crítica para el procesamiento de emociones asociadas con situaciones sociales y personales complejas (5). La *Amígdala*, se encarga de asociar las señales sensoriales con el afecto y del procesamiento emocional de las mismas para la generación de distintas emociones, especialmente de tipo desagradable o negativo (como el miedo, la ira o el asco), así como para identificar las expresiones faciales emocionales, debido a que recibe proyecciones de todas las áreas de asociación sensorial (corticales y talámicas) e

igualmente, para responder de un modo estereotipado y universal a los estímulos que señalan peligro, siendo su finalidad la de preparar al organismo de forma rápida para entrar en acción, sin necesidad de que éste deba realizar un procesamiento cognitivo complejo (5). Finalmente, el núcleo accumbens que participa como interfaz entre el sistema límbico y el sistema motor, que por sus proyecciones sobre los centros motores de pares craneales y raquídeos, sirve como vía de expresión motriz de los estados emocionales (17).

Desde el punto de vista psicoevolutivo, según Jean Piaget, el niño escolar (7 a 12 años) desarrolla en este periodo el pensamiento concreto, por lo que al aprender sobre civismo, ética y valores reconoce las pautas de comportamiento aceptadas en su sociedad y el respeto a las normas que propician la convivencia pacífica. Igualmente, aún se relacionan con ternura con el padre del sexo opuesto y se identifican con el padre del mismo sexo, con imitación permanente de modelos y un profundo deseo de hacer de todo a pesar de tener limitaciones para muchas de las tareas que emprende, lo que le permite construir el principio de realidad. Es durante esta etapa que sucede la integración de los aspectos cognoscitivo, psicosexual y psicosocial del desarrollo, lo que facilita al niño la construcción de una gran capacidad axiológica (desarrollo moral). Además, es un periodo de sociabilización activa en el que recibe un triple control: el de su casa (padres), el de la escuela (maestros) y el del entorno (compañeros) (4,9,18). Durante el proceso de crecimiento y maduración progresiva del niño, existe de forma conjunta la llamada *agresividad fisiológica*, que se distingue como un comportamiento con mínimos efectos negativos en el desarrollo psicológico de los niños y su entorno. Muestra un pico entre los 2 y 3 años de edad, con una trayectoria descendente que solamente va a mostrar una nueva elevación al llegar a la edad adolescente. Se trata de una conducta temporal, cuya intensidad y frecuencia suelen disminuir como resultado de una intervención mínima o nula (9,12,19). La conducta agresiva del niño desfasada de su etapa evolutiva, expresada de forma concurrente y cada vez

más dañina, es considerada como un comportamiento encaminado hacia lo patológico y que debe ser diagnosticada y tratada de forma precoz y efectiva (10,20). Existen unas diferencias en la presentación de la conducta agresiva según la edad. En los niños en edad escolar, las expresiones de agresividad se aprecian inicialmente de manera esporádica y asociado a crisis de desobediencia, dirigidos en primera instancia a los padres y luego se hace extensivo hacia otros adultos y congéneres, caracterizado por: actitud general de desafío frente a los deseos de los adultos, desobediencia a determinadas instrucciones, rabietas de mal humor, agresiones físicas hacia otras personas (especialmente entre los iguales), tendencia a provocar y a enojar a los demás. Posteriormente, a medida que va creciendo avanzará a situaciones de un nivel superior que involucra: insultos, mentiras, robo de pertenencias a otras personas fuera de casa, infracción persistente de las normas, peleas físicas, intimidación a otros niños, crueldad con animales, destrucción de la propiedad ajena y provocación de incendios (6,19,21). Actualmente se reconocen diversos factores de riesgo involucrados en el desarrollo y persistencia de conducta agresiva en los niños provocando dificultad en el proceso de adaptación a su entorno social, familiar y escolar. Estos, son múltiples y se clasifican en: personales, familiares, escolares y ambientales. Entre los *factores personales* se mencionan: sexo masculino, inicio temprano, tendencia agresión física, ira, bajo autocontrol, impulsividad, baja tolerancia a la frustración, egocentrismo, falta de empatía, aislamiento, baja consideración y respeto hacia los demás. Entre los *factores familiares* se encuentran: aprendizaje de creencias y actitudes a través de modelos familiares, conflictos familiares (separación o divorcio de los padres), castigo corporal, reprimendas verbales. Los *factores escolares* que más frecuentemente desencadenan agresividad son: inadaptación escolar, rechazo de los iguales, conducta “bullying” y por último se encuentran los *factores ambientales*: video juegos, influencia de los medios de comunicación, nivel socioeconómico (6,19,22).

Objetivos

Objetivo General

- Realizar un diagnóstico de los factores de riesgo asociados al desarrollo de agresividad infantil en escolares que asisten a la consulta de la Unidad de Psiquiatría Infanto-juvenil del Hospital Central de San Cristóbal durante el periodo correspondiente de Enero a Julio 2013.

Objetivos Específicos

- Determinar la prevalencia de conducta agresiva en niños escolares que acuden a la consulta de psiquiatría infanto-juvenil del Hospital Central de San Cristóbal.
- Determinar la relación que guarda el género con el desarrollo de conducta agresiva.
- Identificar los tipos de agresividad infantil en niños escolares que acuden a la consulta de psiquiatría infanto-juvenil del Hospital Central de San Cristóbal.
- Determinar si la agresividad infantil influye en el rendimiento escolar.
- Dar a conocer los factores de riesgo asociados a conducta agresiva infantil.
- Determinar si existen factores de riesgo con mayor influencia para el desarrollo de conductas agresivas en niños.

CAPITULO II: MATERIALES Y MÉTODOS

Este capítulo está compuesto por la descripción de los procedimientos lógicos y operacionales implícitos en esta investigación, en el mismo se explica de manera clara y sencilla los métodos e instrumentos a emplear así como el tipo y diseño de la investigación.

Tipo de Investigación

El presente trabajo se considera *investigación de campo de tipo descriptivo, transversal y retrospectivo*, fundamentado en la revisión de las historias clínicas de los pacientes escolares que asistieron a la consulta externa del departamento de psiquiatría infanto-juvenil durante el periodo Enero – Julio de 2013. Se considera descriptivo ya que se realizó la revisión de historias clínicas donde se obtuvo la información a usar en el estudio, igualmente es retrospectivo ya que se basa en eventos reales propios de los pacientes vinculados al tema central de estudio y contenidos en los registros médicos usados, y finalmente es de carácter transversal ya que se realizó durante un lapso de tiempo de 7 meses donde se valoraron sesenta (60) historias clínicas.

Población y Muestra

Se realizó una revisión de la morbilidad perteneciente a la consulta externa del Departamento de Psiquiatría Infanto-juvenil del Hospital Central correspondiente al periodo Enero-Julio de 2013 donde se evidenció una asistencia promedio de 130 pacientes por mes, de los cuales se registró una media de 18 pacientes mensuales con diagnóstico de agresividad infantil correspondiendo al 14% del total de la consulta. De una población total de 110 pacientes se tomó una muestra representada por sesenta (60) niños en edad escolar (7 a 11 años) como objeto de estudio de la presente investigación, que acudieron a la consulta de Psiquiatría Infanto-juvenil.

Criterios de Inclusión y Exclusión

Se tomaron como *criterios de inclusión* los pacientes que estuvieran en edad escolar, con diagnóstico de trastorno de la conducta tipo agresividad infantil y cuya residencia se encontrara en el área metropolitana de San Cristóbal, este último motivado a la mayor facilidad para acceder al paciente y grupo familiar durante la observación directa y la aplicación del instrumento; y como *criterios de exclusión* aquellos que cursaban con discapacidades físicas y mentales.

Procedimiento

Esta investigación se desarrolló a través de dos (02) fases establecidas en función de los objetivos específicos planteados. En torno a las fases se describen una serie de actividades que fueron el marco de referencia para el diagnóstico de los factores de riesgo asociados al desarrollo de conducta agresiva en niños escolares con el fin de mejorar la calidad de vida y pronóstico.

Fase I: Diagnóstico Cuantitativo de la Situación Actual

Actividad 1: La metodología de investigación se inició con una fase basada en el problema de investigación de campo, procediendo a recabar información teórica actualizada sobre el tema. Igualmente se recaudaron los datos pertinentes de las historias médicas de los niños escolares que acudieron a la consulta externa de psiquiatría infanto-juvenil del Hospital Central de San Cristóbal durante Enero-Julio 2013, que permitió dar una visión global de la situación actual así como realizar un diagnóstico de la prevalencia de niños escolares con conducta agresiva. Se utilizó un formato para la recolección de datos, donde se incluyeron las siguientes variables: edad, sexo, procedencia, referido o no, tipos de agresión usada, tipo de familia, progreso escolar.

Actividad 2: Durante esta fase se aplicó una encuesta a los padres de los pacientes en edad escolar con diagnóstico de agresividad infantil que fueron seleccionados como muestra

poblacional, donde se identificaron el tipo de prevalencia de los otros factores de riesgo que no se encontraban descritos en la información recolectada en las historias clínicas.

Fase II: Análisis de Data Recavada

La información anterior permitió generar una Matriz de resultados evaluados de todos los factores involucrados. Cabe destacar que la encuesta (Anexo 1) generada, fue en forma de cuestionario, de escala tipo Likert, donde se estudian los factores ambientales, escolares, familiares y personales, la cual cuenta con Veinte (20) preguntas. La encuesta será aplicada a sesenta (60) padres de una muestra de sesenta pacientes (60) que acudieron a la consulta de la Unidad de psiquiatría Infanto-juvenil del Hospital Central durante el periodo correspondiente de Enero a Julio 2013.

En cuanto a la data recabada mediante el cuestionario, el mismo se procesó, a través de la clasificación, la categorización e interpretación de las respuestas que se obtuvieron de la información suministrada por los padres entrevistados. Para realizar el procesamiento de los datos, la información recolectada se clasificó y agrupó dependiendo de sus características y posibilidades, para luego establecer la relación que existe entre los datos, describirlos, interpretarlos y analizarlos, con la finalidad de dar respuesta a las interrogantes planteadas y cumplir con los objetivos de la investigación.

Sistemas y Operacionalización de Variables

Operacionalizar es definir las variables para que las mismas sean medibles y manejables, es decir definir operativamente el objetivo. El investigador requiere traducir los conceptos o variables, a hechos observables para lograr su medición; según la *Tabla 1*, las definiciones señalan las operaciones que se tienen que realizar para medir la variable, de forma tal que sean

susceptibles de observación y cuantificación. De acuerdo con Hernández y otros (23), la definición operacional de un concepto consiste en definir las operaciones que permiten medir ese concepto o los indicadores observables por medio de los cuales se manifiesta ese concepto.

Tabla 1.-Operacionalización del Objetivo General y Definición de Variables

Objetivo general	Variables	Definición	Dimensión	Indicadores
Realizar un diagnóstico de los factores de riesgo asociados al desarrollo de agresividad infantil en escolares que asisten a la consulta de la Unidad de Psiquiatría Infanto-juvenil del Hospital Central de San Cristóbal.	Factores de riesgo en niños escolares con conducta agresiva que acuden a la consulta de psiquiatría del Hospital Central de San Cristóbal. Diagnóstico cuantitativo (Método Estadístico)	Factores de riesgo en niños escolares con conducta violenta: son situaciones que pueden predisponer a un individuo a sufrir de una enfermedad cuando es expuesto al mismo. La evaluación tiene una realimentación entre si y un impacto con el paciente. Su finalidad es cumplir eficientemente la cadena de interrelación en el tratamiento del niño.	1.- Factores (ambientales, escolares, familiares y personales): 1.1.- Información. 1.2.- Psicología al niño. 1.3.- Pedagogía en el Hogar. 1.4. Variable dependiente: Agresividad. 1.5. Variables Independientes	1.1.1.- Antecedentes de Historias Médicas. 1.1.2.- Encuesta. 1.1.3.- Observación directa. 1.1.4.- Entrevista directa. 1.2.1.- Tipo de Amigos. 1.2.2.- Comportamiento dentro del hogar. 1.2.3.- Relación con sus Padres. 1.3.1.- Técnicas de grupo y juegos que realiza en su hogar. 1.3.1.- Tratamiento en relación a actividades cotidianas. 1.3.2.- Control parental ante medios de comunicación. 1.3.3.- Evaluación y tratamiento ante episodio de mal comportamiento. 1.3.4.- Patrón de conducta de los padres en la solución de conflictos agresivos. 1.4.1. Factores de Riesgos. 1.4.2. Sexo, Edad, Procedencia, Tipo de Familia y Progreso Escolar.

Fuente: Elaborado por la Autora, 2013.

Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos

Para el presente estudio de investigación se diseñó un cuestionario constituido por veinte (20) preguntas, como instrumento para la recolección de datos, con el fin de conocer los factores de riesgo asociados al desarrollo de conducta agresiva, así como conocer e identificar directa y

objetivamente la situación actual y el comportamiento local de dicha patología, facilitando las herramientas para la elaboración de las recomendaciones.

Validez y Confiabilidad del Instrumento

La Validez de los instrumentos se realizó a través del juicio de dos expertos metodológicos y temáticos, para ello según Hernández y Otros (23) refieren como “grado en que un instrumento refleja un dominio específico de contenido de lo que se mide”. Así mismo, Hurtado (24) señala que la validez del cuestionario significa que las preguntas o ítems deben tener una correspondencia directa con los objetivos de la investigación. Es decir, las interrogantes consultarán sólo aquellas que se pretenda conocer o medir. De acuerdo con Hernández y Otros (23), la confiabilidad del instrumento de recolección de datos es el grado en el que un instrumento produce resultados consistentes y coherentes.

La Validez de la encuesta, se refiere a que los ítems (preguntas) incluidos representen adecuadamente el universo de elementos que componen una dimensión o variable. Para asegurar una elevada validez, se recurrió a la utilización de expertos o técnica denominada “Juicio de Expertos”, para evaluar la pertinencia de los elementos que componen la encuesta, y seleccionar de esta forma, los aspectos más representativos. Para lo anterior se contó con la ayuda de dos (2) profesionales en el área de metodología, los cuales aportaron las observaciones necesarias para validar el mismo (Ver: *Anexo 2* “Informe de Validación de la Encuesta”).

La confiabilidad del instrumento se determinó mediante el coeficiente alfa (α) de Cronbach, donde a través de una prueba piloto, se aplicó la encuesta a una muestra pequeña de tres (3) personas, que poseen la misma característica de la población en estudio. Cabe destacar que las tres (3) personas de esta prueba piloto, no son consideradas para el estudio final.

La fórmula para el cálculo del coeficiente alfa (α) de Cronbach es: $\alpha = \frac{K}{K-1} * \left[1 - \frac{\sum p^2}{ST^2} \right]$

donde:

K = El número de ítems o preguntas en la encuesta,

Sp²= la varianza obtenida de cada ítem o pregunta en la encuesta

ST² = La varianza total de valores a los que se aplicó la prueba piloto.

Para el cálculo de la varianza por ítem (Sp²) y de la varianza total (ST²), se utilizó la

siguiente formula: $Sp^2 = \frac{\sum X_i^2}{(n-1)} - \frac{(\sum X_i)^2}{(n-1)*n}$ y $ST^2 = \frac{\sum_{i=1}^n (X_i - \bar{X})^2}{n-1}$;

Donde:

Xi = Valor de la Variable, \bar{X} = Media y n = La cantidad de personas tomadas para la aplicación de la prueba piloto.

Los resultados de confiabilidad se presentan en el siguiente *Tabla 2*:

Tabla 2. Resultados de la Aplicación de Prueba Piloto (Confiabilidad)

Items	Personas			Sp ²
	I	II	III	
1	1	2	3	1,00
2	3	4	3	0,33
3	2	3	2	0,33
4	4	4	5	0,33
5	2	3	3	0,33
6	3	2	3	0,33
7	4	3	4	0,33
8	3	2	3	0,33
9	4	3	4	0,33
10	3	4	3	0,33
11	2	2	2	0,00
12	2	1	4	2,33
13	3	2	3	0,33
14	5	4	5	0,33
15	5	4	5	0,33
16	5	3	4	1,00
17	3	3	4	0,33
18	2	1	1	0,33
19	1	1	2	0,33
20	4	3	5	1,00
Total	60	53	67	10,33
				60,00

Fuente: Elaborado por la Autora, 2013.

Del cuadro anterior se tiene:

$$\bar{X} = 60,00$$

$$\Sigma Sp^2 = 10,33$$

A continuación se aplica la fórmula para el cálculo de la varianza por ítem tomando como ejemplo el ítem 1:

$$Sp^2 = \frac{(1^2 + 2^2 + 3^2)}{(3-1)} - \frac{(1+2+3)^2}{(3-1)*3}$$

$$Sp^2 = 1,00$$

Para el cálculo de la varianza total se aplica la siguiente fórmula:

$$ST^2 = \frac{(60-60)^2 + (53-60)^2 + (67-60)^2}{3-1}$$

$$ST^2 = 49$$

Calculo del coeficiente alfa (α) de Cronbach:

$$\alpha = \frac{20}{(20-1)} * \left[1 - \frac{10,33}{49} \right]$$

$$\alpha = 0,8306$$

De lo anterior se puede decir que el coeficiente de confiabilidad es del 83,1%, por ende es superior al 60% que se considera y se puede concluir que el instrumento (encuesta) es altamente confiable.

CAPITULO III: RESULTADOS Y ANÁLISIS ESTADÍSTICOS

En esta parte de la investigación se presenta la información concerniente a los resultados e interpretación de los mismos que nos permitirá establecer el diagnóstico de factores de riesgo de agresividad infantil en escolares que asisten a la Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil del Hospital Central de San Cristóbal en el periodo Enero - Julio de 2013.

Fase I. Diagnóstico Cuantitativo de la Situación Actual

Se realizó la revisión de sesenta (60) historias clínicas de los pacientes escolares con diagnóstico de agresividad infantil, de los cuales 23 correspondieron al sexo femenino (38,3%) y 37 al sexo masculino (61,7%) (ver *Tabla 3*); allí se observa una mayor prevalencia en los varones con respecto a hembras.

Tabla 3.-Distribución por sexo.

Sexo	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Masculino	37	61,7
Femenino	23	38,3
Total	60	100

Fuente: Elaborado por la Autora (Historias clínicas, periodo enero a Julio 2013).

En la *Tabla 4 y 5*, se observa la distribución por edad de los pacientes escolares del sexo femenino y masculino respectivamente con diagnóstico de agresividad infantil.

Tabla 4.-Distribución por edad en el Sexo Femenino

Edad (años)	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
7	8	34,8
8	4	17,4
9	5	21,7
10	3	13,1
11	3	13,1
Total	23	100

Fuente: Elaborado por la Autora (Historias clínicas, periodo enero a Julio 2013).

Tabla 5.-Distribución por edad en el Sexo Masculino

Edad (años)	Frecuencia (n)	Porcentaje
7	5	13,5
8	5	13,5
9	8	21,6
10	12	32,4
11	7	19,0
Total	37	100

Fuente: Elaborado por la Autora (Historias clínicas, periodo enero a Julio 2013).

Se puede observar que para el sexo femenino, las edades que presentaron mayor índice de agresividad corresponden al intervalo de 7 a 9 años con un 73,9% (n=17), mientras que para el sexo masculino el intervalo corresponde de 9 a 11 años con un 73% (n=27).

En la *Tabla 6*, se observa la distribución por lugar de residencia de los pacientes escolares con diagnóstico de agresividad infantil que acudieron a la unidad de Psiquiatría en el periodo de estudio.

Tabla 6.-Distribución por procedencia en la Ciudad de San Cristóbal

Procedencia	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
B. Alianza	11	18,3
La Concordia	8	13,3
B. Bolívar	5	8,3
La Castra	9	15,0
23 de Enero	17	28,4
Madre Juana	10	16,7
Total	60	100

Fuente: Elaborado por la Autora (Historias clínicas, periodo enero a Julio 2013).

Se puede observar que de la muestra escogida procedente de la Ciudad de San Cristóbal, se presenta un 78,4% (n=47) distribuido en: Barrio 23 de Enero, Barrio Alianza, Sector de Madre Juana y Barrio La Castra, concentrándose una alta prevalencia (45,1%, n=27) en los sectores del Barrio 23 de Enero (28,4%, n=17) y Barrio Madre Juana (16,7%, n=11).

En la *Tabla 7*, se observa la distribución de acuerdo a si fueron o no referidos los pacientes escolares con diagnóstico de agresividad infantil.

Tabla 7.-Distribución de pacientes referidos a la unidad de Psiquiatría

Referido	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Si	12	20,0
No	48	80,0
Total	60	100

Fuente: Elaborado por la Autora (Historias clínicas, periodo enero a Julio 2013).

Se puede deducir que el 80% (n=48) de los pacientes acudieron a consulta por voluntad propia, observándose preocupación de los padres por las conductas agresivas que sus hijos estaban presentando, mientras que el 20% (n=12) restante correspondieron a doce (12) pacientes referidos por profesores, LOPNA y Pediatras.

En la *Tabla 8*, se observa la distribución por tipo de agresión usada por los pacientes escolares de la muestra de estudio.

Tabla 8.-Distribución de pacientes por tipo de agresión

Agresión	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Física	35	58,3
Verbal	25	41,7
Total	60	100

Fuente: Elaborado por la Autora (Historias clínicas, periodo enero a Julio 2013).

Se puede observar que el 58,3% (n=35) de los pacientes expresaron su conducta agresiva más frecuentemente a través de actitudes físicas negativas, mientras que el 41,7% (n=25) las realizó a través de palabras y expresiones ofensivas.

En la *Tabla 9 y 10*, se observa la distribución por tipo de agresión por sexo masculino y femenino respectivamente, usado durante los diagnósticos médicos a los pacientes escolares de la muestra de estudio.

Tabla 9.-Tipo de Agresión de acuerdo al sexo Masculino

Tipo de agresión	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Física	27	73,0
Verbal	10	27,0
Total	37	100

Fuente: Elaborado por la Autora (Historias clínicas, periodo enero a Julio 2013).

Tabla 10.-Tipo de Agresión de acuerdo al sexo Femenino

Tipo de agresión	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Física	8	34,8
Verbal	15	65,2
Total	23	100

Fuente: Elaborado por la Autora (Historias clínicas, periodo enero a Julio 2013).

Se aprecia una correlación directa del tipo de agresividad infantil expresada con respecto al sexo: en el caso de las niñas la agresión verbal representó el 65,2% (n=15) del total de la muestra correspondiente a su género; mientras que el 73% (n=27) de los niños expresaron una conducta agresiva de carácter físico con respecto al total de los varones.

En la *Tabla 11*, se observa la distribución por tipo de familia con la que conviven pacientes escolares de la muestra de estudio.

Tabla 11.-Distribución por tipo de familia

Tipo de familia	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Monoparental	52	86,7
Nuclear	8	13,3
Total	60	100

Fuente: Elaborado por la Autora (Historias clínicas, periodo enero a Julio 2013).

Se puede apreciar que el 86,7% (n=52) del total de los niños del estudio que presentaron conductas agresivas provienen de un modelo familia monoparental, mientras que el 13,3% (n=8) refirieron una familia de tipo nuclear.

En la *Tabla 12*, se observa la distribución por el progreso escolar pacientes escolares de la muestra de estudio.

Tabla 12.-Distribución por tipo el progreso escolar del paciente

Progreso escolar	Frecuencia	Porcentaje
Bueno	26	43,3
Regular	31	51,7
Malo	3	5,0
Total	60	100

Fuente: Elaborado por la Autora (Historias clínicas, periodo enero a Julio 2013).

Con respecto al progreso escolar el 51,7% (n=31) fue de tipo regular, asociado a falta de adaptación al ambiente escolar y cumplimiento irregular de los deberes asignados en la escuela.

Relación existente del Sexo con la Edad, Tipo de Familia, Procedencia y Tipo de Agresión en los niños (as) con conducta agresiva

La información de cada participante en el estudio se transcribió en la base de datos creada a través del paquete estadístico SPSS 20, utilizando la tabla de contingencia, con la cual simultáneamente se estimaron los cálculos estadísticos concernientes al método de Chi Cuadrado, lo cual arrojaron los resultados que se muestran en las *Tablas 13, 14, 15 y 16*.

Sexo Vs. Edad

Consideraciones:

Hipótesis nula (Ho): se parte de la hipótesis de que el sexo no tiene diferencia significativa con la edad en la manifestación de conductas agresivas.

Hipótesis alterna (Ha): Se parte de la hipótesis de que el sexo tiene diferencia significativa con la edad en la manifestación de conductas agresivas.

Tabla 13.- Tabla de Contingencia del Sexo Vs Edad y Pruebas de Chi Cuadrado.

Característica / Variable		Edad					Total	
		7	8	9	10	11		
Sexo	Masculino	Recuento	5	5	8	12	7	37
		Frecuencia esperada	8,0	5,6	8,0	9,3	6,2	39,0
	Femenino	Recuento	8	4	5	3	3	23
		Frecuencia esperada	5,0	3,5	5,0	5,8	3,8	21,0
Total		Recuento	13	9	13	15	10	60
		Frecuencia esperada	13,0	9,0	13,0	15,0	10,0	60,0
Variabla Estadística	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)					
Chi-cuadrado de Pearson	2,7530 ^a	4	0,237					
a. 4 casillas (40,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 3,45.								

Fuente: Elaborado por la Autora, 2013

Interpretación:

De acuerdo al resultado obtenido donde se evidencia que “p” es superior 0,05 ($p=0,237$), por tal motivo se acepta la hipótesis nula donde ambas variables “sexo y edad” no guardan una relación estadísticamente significativa en la manifestación de conductas agresivas.

Sexo Vs. Tipo de Agresión

Consideraciones:

Hipótesis nula (H_0): se parte de la hipótesis de que el sexo no tiene diferencia significativa con el tipo de agresión en la manifestación de conductas agresivas.

Hipótesis alterna (H_a): Se parte de la hipótesis de que el sexo tiene diferencia significativa con el tipo de agresión en la manifestación de conductas agresivas.

Tabla 14.- Tabla de Contingencia del Sexo Vs Tipo de Agresión y Pruebas de Chi Cuadrado.

Característica / Variable		Tipo de Agresión		Total	
		Física	Verbal		
Sexo	Masculino	Recuento	27	10	37
		Frecuencia esperada	21,6	15,4	37,0
	Femenino	Recuento	8	15	23
		Frecuencia esperada	13,4	9,6	23,0
Total		Recuento	35	25	60
		Frecuencia esperada	35,0	25,0	60,0

Variables Estadística	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	8,511 ^a	1	,004

a. 0 casillas (0,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 8,75.

Fuente: Elaborado por la Autora, 2013

Interpretación:

De acuerdo al resultado obtenido donde se evidencia que “p” es inferior 0,05 ($p=0,004$), por tal motivo no se acepta la hipótesis nula donde ambas variables “sexo y tipo de agresión” si guardan una relación estadísticamente significativa en la manifestación de conductas agresivas.

Sexo Vs. Tipo de Familia

Consideraciones:

Hipótesis nula (Ho): se parte de la hipótesis de que el sexo no tiene diferencia significativa con el tipo de familia en la manifestación de conductas agresivas.

Hipótesis alterna (Ha): Se parte de la hipótesis de que el sexo tiene diferencia significativa con el tipo de familia en la manifestación de conductas agresivas.

Tabla 15.- Tabla de Contingencia del Sexo Vs Tipo de Familia Agresión y Pruebas de Chi Cuadrado.

Característica / Variable		Tipo de Familia		Total	
		Monoparental	Nuclear		
Sexo	Masculino	Recuento	31	6	37
		Frecuencia esperada	31,1	4,9	37,0
	Femenino	Recuento	21	2	23
		Frecuencia esperada	19,9	3,1	23,0
Total		Recuento	52	8	60
		Frecuencia esperada	52,0	8,0	60,0
Variables Estadística		Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	
Chi-cuadrado de Pearson		0,694 ^a	1	0,405	
a. 1 casillas (25,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2,80.					

Fuente: Elaborado por la Autora, 2013

Interpretación:

De acuerdo al resultado obtenido donde se evidencia que “p” es superior a 0,05 (p=0,405), por tal motivo si se acepta la hipótesis nula donde ambas variables “sexo y tipo de familia” no guardan una relación estadísticamente significativa en la manifestación de conductas agresivas.

Tipo de Agresión Vs. Procedencia

Consideraciones:

Hipótesis nula (Ho): se parte de la hipótesis de que el tipo de agresión no tiene diferencia significativa con la procedencia en la manifestación de conductas agresivas.

Hipótesis alterna (Ha): Se parte de la hipótesis de que el tipo de agresión tiene diferencia significativa con la procedencia en la manifestación de conductas agresivas.

Tabla 16.- Tabla de Contingencia del Tipo de Agresión Vs Procedencia y Pruebas de Chi Cuadrado.

Característica / Variable		Edad						Total	
		B. Alianza	La Concord.	B. Bolívar	La Castra	B 23 Enero	Madre Juana		
Sexo	Física	Recuento	6	5	2	5	12	5	35
		Frecuencia esperada	6,4	4,7	2,9	5,3	9,9	5,8	35,0
	Verbal	Recuento	5	3	3	4	5	5	25
		Frecuencia esperada	4,6	3,3	2,1	3,8	7,1	4,2	25,0
Total	Recuento	11	8	5	9	17	10	60	
	Frecuencia esperada	11,0	8,0	5,0	9,0	17,0	10,0	60,0	
Variables Estadística	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)						
Chi-cuadrado de Pearson	2,178 ^a	5	0,824						
a. 7 casillas (58,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2,08.									

Fuente: Elaborado por la Autora, 2013

Interpretación:

De acuerdo al resultado obtenido donde se evidencia que “p” es superior a 0,05 ($p=0,824$), por tal motivo se acepta la hipótesis nula donde ambas variables “tipo de agresión y procedencia” no guardan una relación estadísticamente significativa en la manifestación de conductas agresivas.

Una vez realizado el análisis de las variables independientes con la conducta agresiva, y no siendo lo suficientemente representativa para el presente estudio, se hace necesario identificar

otros factores de riesgo igualmente significativos que no se pudieron recabar en las historias médicas.

Fase II: Análisis de Data Recavada

Para el desarrollo de esta fase, en primera instancia se identificaron los cuatro factores claves para analizar mejor los resultados en concordancia a la agresividad en niños (as) “personales, escolares, familiares y ambientales”, del cual se desprendieron las preguntas aplicadas en el Cuestionario (*Anexo 1*), con la finalidad de recolectar la información de las diferentes áreas asignadas. Dicha información fue tabulada, traducida en frecuencias, tratada porcentualmente y de manera estadística e indicada en veinte (20) cuadros y veinte (20) gráficos, los cuales corresponden a cada uno de los ítems. De igual manera se dividió cada factor en dos subcategorías correspondientes a la alta probabilidad de manifestación de agresividad en ese factor estudiado (representando en las categorías de Muy Alto y Alto “es decir Si presencia del factor en la agresividad”) y a la baja probabilidad (mostrado en las categorías de Medio, Bajo y Muy Bajo “es decir No presencia del factor en la agresividad”).

Factores Personales

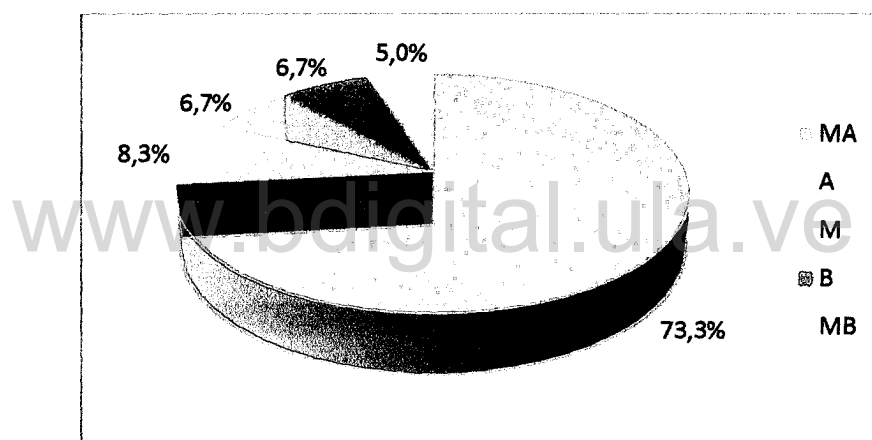
Tabla 17.- Items N° 1 del Cuestionario

Cuadro 1: ¿Su hijo (a) actúa de forma súbita sin reflexionar cuando es provocado por otras personas?

Muy Alto (MA)		Alto (A)		Medio (M)		Bajo (B)		Muy Bajo (MB)	
Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
44	73,3	5	8,3	4	6,7	4	6,7	3	5,0
Si presencia del factor				No presencia del factor					
Frecuencia		%		Frecuencia				%	
49		81,6		11				18,4	

Fuente: Elaborado por la Autora, 2013.

Gráfico 1: ¿Su hijo (a) actúa de forma súbita sin reflexionar cuando es provocado por otras personas?



Fuente: Elaborado por la Autora, 2013.

Interpretación de Data:

El Cuadro 1 y el Gráfico 1, referidos al ítem “¿Su hijo (a) actúa de forma súbita sin reflexionar cuando es provocado por otras personas?”, arrojan que el 73,3% (n=44) de los encuestados afirma que el paciente presenta de manera muy frecuente episodios de *actitud impulsiva* ante estímulos que no justifican dicho comportamiento. Para el resto de las categorías Alto (8,3%, n=5), Medio (6,7%, n=4), Bajo (6,7%, n=4) y Muy Bajo (5,0%, n=3), la frecuencia de prevalencia fue baja, lo que representa que dieciséis (16) pacientes tienen capacidad para responder de forma acorde a situaciones que impliquen cierto grado de provocación.

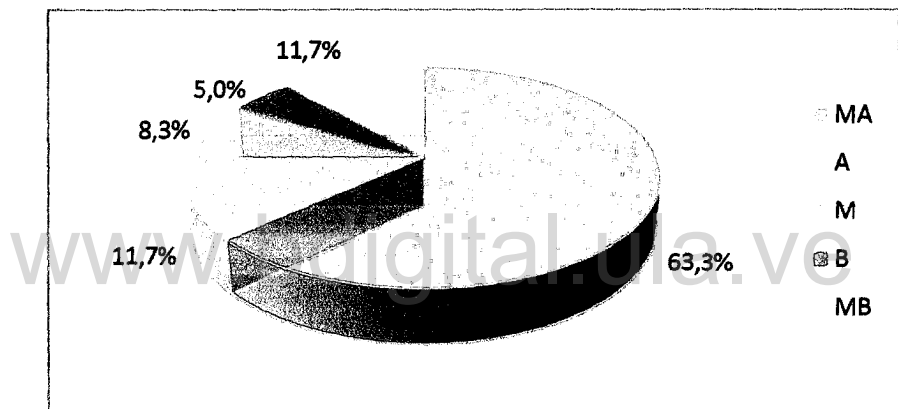
Tabla 18.- Ítems N°2 Cuestionario

Cuadro 2: ¿Cuando su hijo(a) no puede tener lo que desea, su comportamiento es llorar, patear y se molesta con facilidad?

Muy Alto (MA)		Alto (A)		Medio (M)		Bajo (B)		Muy Bajo (MB)	
Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
38	63,3	7	11,7	5	8,3	3	5,0	7	11,7
Si presencia del factor				No presencia del factor					
Frecuencia		%		Frecuencia				%	
45		75,0		15				25,0	

Fuente: Elaborado por la Autora, 2013.

Gráfico 2: ¿Cuando su hijo(a) no puede tener lo que desea, su comportamiento es llorar, patear y se molesta con facilidad?



Fuente: Elaborado por la Autora, 2013.

Interpretación de Data:

El Cuadro 2 y el Gráfico 2, referidos al ítem “¿Cuando su hijo(a) no puede tener lo que desea, su comportamiento es llorar, patear y se molesta con facilidad?”, arrojan que el 63,3% (n=38) de los encuestados afirma que el paciente presenta una prevalencia muy alta que refleja **Baja Tolerancia a la Frustración**, lo cual es manifestados a través de expresiones físicas y emocionales de rabia y desmotivación al no conseguir el objetivo deseado.

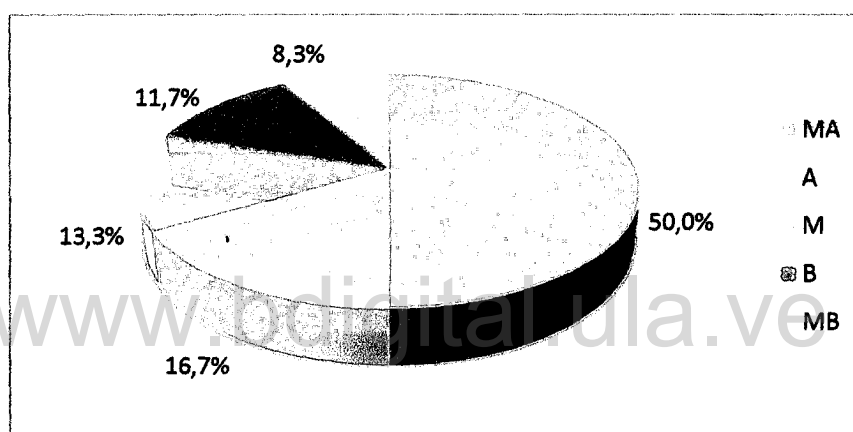
Tabla 19.-Ítems N° 3 Cuestionario

Cuadro 3: ¿Su hijo (a) presentó frecuentemente episodios de agresividad desde la edad preescolar?

Muy Alto (MA)		Alto (A)		Medio (M)		Bajo (B)		Muy Bajo (MB)	
Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
30	50,0	10	16,7	8	13,3	7	11,7	5	8,3
Si presencia del factor				No presencia del factor					
Frecuencia		%		Frecuencia				%	
40		66,7		20				33,3	

Fuente: Elaborado por la Autora, 2013.

Gráfico 3: ¿Su hijo (a) presentó frecuentemente episodios de agresividad desde la edad preescolar?



Fuente: Elaborado por la Autora, 2013.

Interpretación de Data:

El Cuadro 3 y el Gráfico 3, referidos al ítem “¿Su hijo (a) presentó episodios de agresividad desde la edad preescolar?”, arrojan que un 66,7% (n=40) de los pacientes encuestados correspondientes a las categorías de Muy Alto y Alto presentan un *inicio temprano* de los eventos de agresividad, los cuales de consideran normales para dicha edad dentro de su desarrollo psicoevolutivo. Por otro lado se observa que el 25% de los pacientes correspondientes a las categorías de Medio y Bajo, no presentaron de forma frecuente dicha conducta.

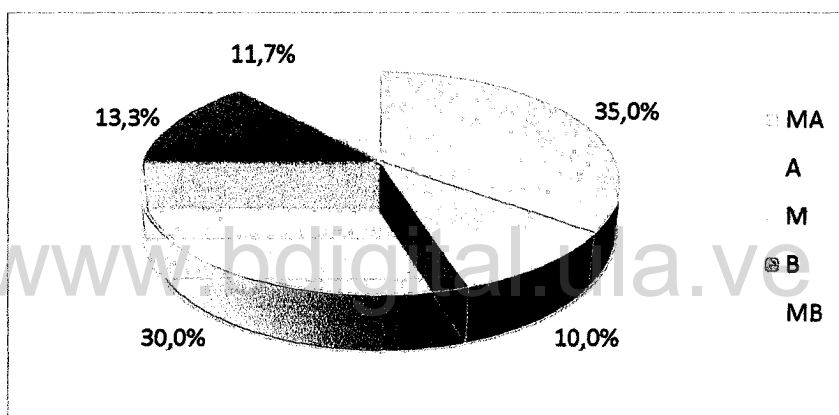
Tabla 20.-Ítems N° 4 Cuestionario

Cuadro 4: ¿Su hijo (a) muestra sentido del humor y se acerca a los demás de forma amigable?

Muy Alto (MA)		Alto (A)		Medio (M)		Bajo (B)		Muy Bajo (MB)	
Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
21	35,0	6	10,0	18	30,0	8	13,3	7	11,7
Si presencia del factor				No presencia del factor					
Frecuencia		%		Frecuencia				%	
27		45,0		33				55,0	

Fuente: Elaborado por la Autora, 2013.

Gráfico 4: ¿Su hijo (a) muestra sentido del humor y se acerca a los demás de forma amigable?



Fuente: Elaborado por la Autora, 2013.

Interpretación de Data:

El Cuadro 4 y el Gráfico 4, referidos al ítem “¿Su hijo (a) muestra sentido del humor y se acerca a los demás de forma amigable?”, arrojan que la mayoría de los encuestados, representado por el 35% (n=21) de los encuestados presenta de manera muy frecuente una *actitud de aislamiento* que le hace difícil su proceso de sociabilización con las personas que lo rodean, mientras que la mayoría de los pacientes presentan con menos frecuencia este tipo de factor de riesgo.

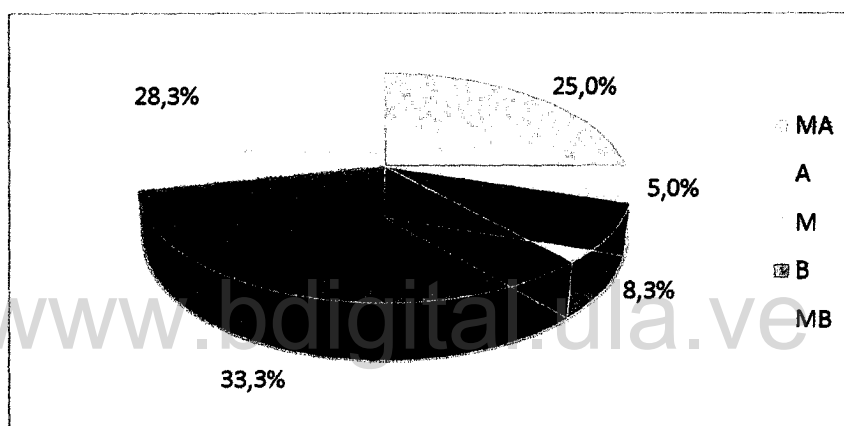
Tabla 21.-Ítems N° 5 Cuestionario

Cuadro 5: ¿Su hijo(a) puede comprender los sentimientos de las otras personas y ponerse en el lugar de ellos, por ejemplo, cuando se sienten tristes?

Muy Alto (MA)		Alto (A)		Medio (M)		Bajo (B)		Muy Bajo (MB)	
Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
15	25,0	3	5,0	5	8,3	20	33,3	17	28,3
Si presencia del factor				No presencia del factor					
Frecuencia		%		Frecuencia				%	
18		30,0		42				70,0	

Fuente: Elaborado por la Autora, 2013.

Gráfico 5: ¿Su hijo(a) puede comprender los sentimientos de las otras personas y ponerse en el lugar de ellos, por ejemplo, cuando se sienten tristes?



Fuente: Elaborado por la Autora, 2013.

Interpretación de Data:

El Cuadro 5 y el Gráfico 5, referidos al ítem “¿Su hijo(a) puede comprender los sentimientos de las otras personas y ponerse en el lugar de ellos, por ejemplo, cuando se sienten tristes?”, arrojan que solo un 25% (n=15) presenta *falta de empatía* por lo cual le imposibilita desarrollar medidas que faciliten la formación de vínculos y su mantenimiento en el tiempo. Para el 61,6% (n=37) correspondientes a las categorías de Bajo y Muy Bajo, se observa que tienen la capacidad de establecer contacto con el medio y poseen las herramientas para mantenerlas.

Factores Familiares

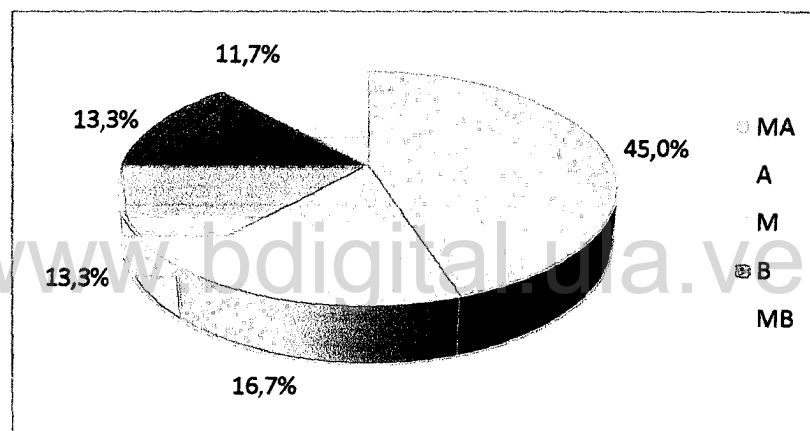
Tabla 22.-Ítems N° 6 Cuestionario

Cuadro 6: ¿Usted frecuentemente escucha y acepta las opiniones personales que el niño (a) realiza?

Muy Alto (MA)		Alto (A)		Medio (M)		Bajo (B)		Muy Bajo (MB)	
Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
27	45,0	10	16,7	8	13,3	8	13,3	7	11,7
Si presencia del factor				No presencia del factor					
Frecuencia		%		Frecuencia				%	
37		61,7		23				38,3	

Fuente: Elaborado por la Autora, 2013.

Gráfico 6: ¿Usted frecuentemente escucha y acepta las opiniones personales que el niño (a) realiza?



Fuente: Elaborado por la Autora, 2013.

Interpretación de Data:

El Cuadro 6 y el Gráfico 6, referidos al ítem “¿Usted frecuentemente escucha y acepta las opiniones personales que el niño (a) realiza?”, arrojan que un 61,7% (n=37) de los pacientes se encuentran en las categorías de Muy Alto y Alto, lo que refleja que el *Apego* constituye en los encuestados un factor importante para establecer vínculos afectivos entre padres e hijos. Por otro lado se presenta el 38,3% (n=23) correspondiente a las categorías de Medio, Bajo y Muy Bajo, se relaciona en el aumento no tan significativo del desarrollo de la agresividad infantil de este grupo.

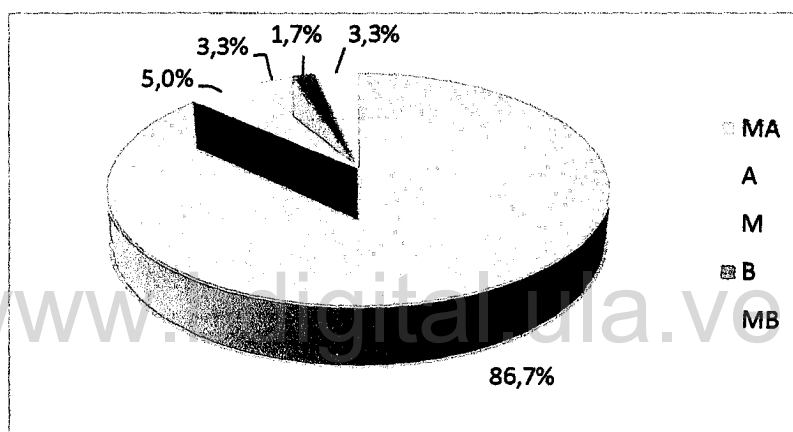
Tabla 23.-Ítems N° 7 Cuestionario

Cuadro 7: ¿Es el castigo físico la manera más frecuente de reprender a su hijo (a) cuando no cumple con los deberes del hogar o la escuela?

Muy Alto (MA)		Alto (A)		Medio (M)		Bajo (B)		Muy Bajo (MB)	
Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
52	86,7	3	5,0	2	3,3	1	1,7	2	3,3
Si presencia del factor				No presencia del factor					
Frecuencia		%		Frecuencia				%	
55		91,7		5				8,3	

Fuente: Elaborado por la Autora, 2013.

Gráfico 7: ¿Es el castigo físico la manera más frecuente de reprender a su hijo (a) cuando no cumple con los deberes del hogar o la escuela?



Fuente: Elaborado por la Autora, 2013.

Interpretación de Data:

El Cuadro 7 y el Gráfico 7, referidos al ítem “¿Es el castigo físico la manera más frecuente de reprender a su hijo (a) cuando no cumple con los deberes del hogar o la escuela?”, arrojan que un 86,7% (n=52) de los pacientes han sido expuestos de manera muy frecuente a *castigo físico* por parte de sus representantes como medida de control de la agresividad expresada.

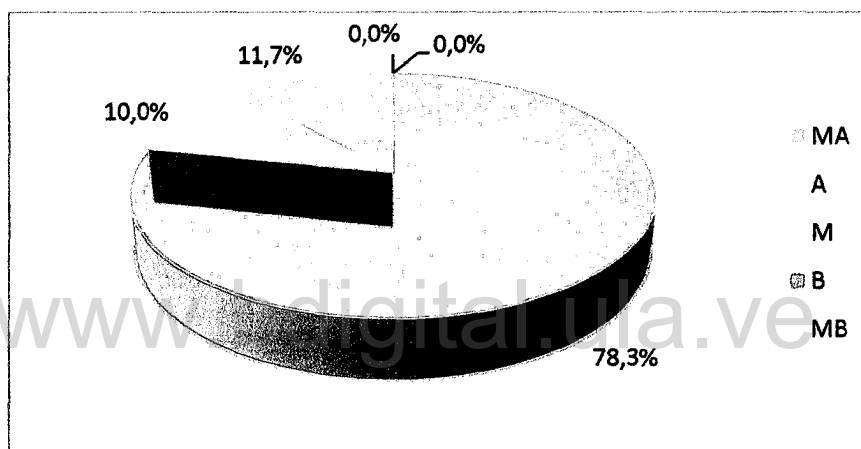
Tabla 24.-Ítems N° 8 Cuestionario

Cuadro 8: ¿Su hijo (a) necesita reprimendas verbales constantemente para cumplir con las ordenes que usted le ha indicado?

Muy Alto (MA)		Alto (A)		Medio (M)		Bajo (B)		Muy Bajo (MB)	
Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
47	78,3	6	10,0	7	11,7	0	0,0	0	0,0
Si presencia del factor				No presencia del factor					
Frecuencia		%		Frecuencia				%	
53		88,3		7				11,7	

Fuente: Elaborado por la Autora, 2013.

Gráfico 8: ¿Su hijo (a) necesita reprimendas verbales constantemente para cumplir con las ordenes que usted le ha indicado?



Fuente: Elaborado por la Autora, 2013.

Interpretación de Data:

El Cuadro 8 y el Gráfico 8, referidos al ítem “¿Su hijo (a) necesita reprimendas verbales constantemente para cumplir con las ordenes que usted le ha indicado?”, arrojan que un 88,3% (n=53) de los pacientes *reciben reprimendas verbales* constantemente por parte de sus representantes con la finalidad de que cumplan con el fin de conseguir una respuesta favorable a las ordenes sugeridas. Este factor se constituye en uno de los principales predictores de agresividad infantil en esta muestra de estudio ya que representa el 100% (n=60) correspondiente a las categorías de Muy Alto, Alto y Medio.

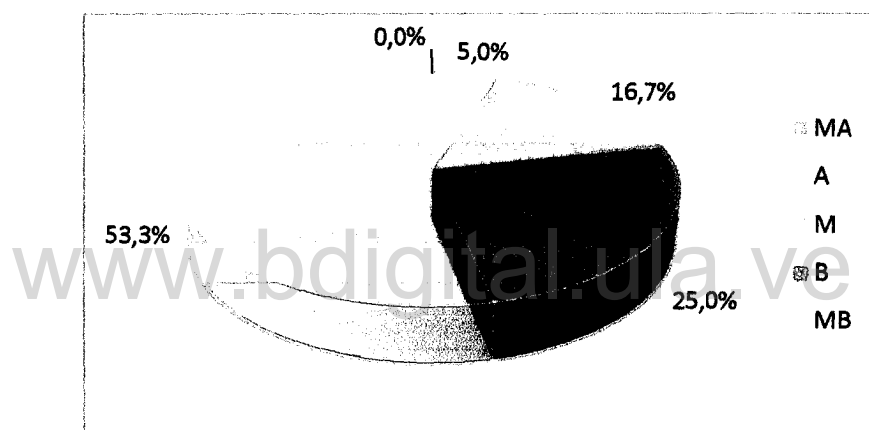
Tabla 25.-Ítems N° 9 Cuestionario

Cuadro 9: ¿Con que frecuencia comparte tiempo de disfrute y momentos afectivos con su hijo (a)?

Muy Alto (MA)		Alto (A)		Medio (M)		Bajo (B)		Muy Bajo (MB)	
Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
0	0,0	3	5,0	10	16,7	15	25,0	32	53,3
Si presencia del factor				No presencia del factor					
Frecuencia		%		Frecuencia				%	
3		5,0		97				95,0	

Fuente: Elaborado por la Autora, 2013.

Gráfico 9: ¿Con que frecuencia comparte tiempo de disfrute y momentos afectivos con su hijo (a)?



Fuente: Elaborado por la Autora, 2013.

Interpretación de Data:

El Cuadro 9 y el Gráfico 9, referidos al ítem “¿Con que frecuencia comparte tiempo de disfrute y momentos afectivos con su hijo (a)?”, arrojan que un 78,3% (n=47) correspondientes a las categorías de Bajo y Muy Bajo, lo que refleja que la gran mayoría de los representantes no tienen la disponibilidad para compartir con sus hijos evitando el fortalecimiento de un *vínculo afectivo*. Mientras que el 16,7% (n=10) refleja que el niño (a) comparte poco tiempo con sus padres.

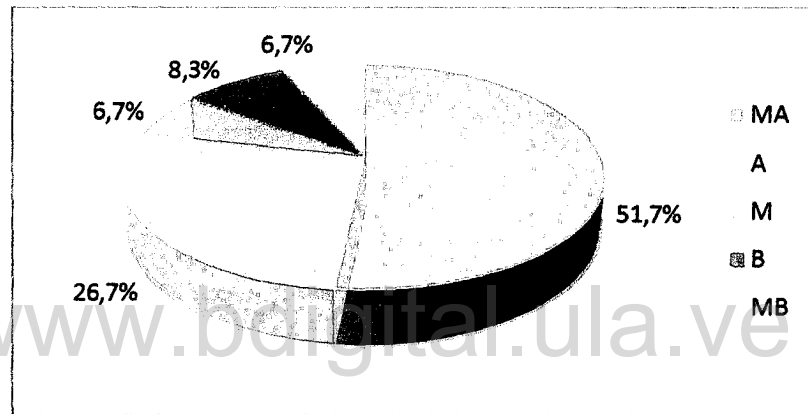
Tabla 26.-Ítems N° 10 Cuestionario

Cuadro 10: ¿Su hijo (a) ha crecido en un hogar con frecuentes conflictos familiares?

Muy Alto (MA)		Alto (A)		Medio (M)		Bajo (B)		Muy Bajo (MB)	
Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
31	51,7	16	26,7	4	6,7	5	8,3	4	6,7
Si presencia del factor				No presencia del factor					
Frecuencia		%		Frecuencia				%	
47		78,4		13				21,6	

Fuente: Elaborado por la Autora, 2013.

Gráfico 10: ¿Su hijo (a) ha crecido en un hogar con frecuentes conflictos familiares?



Fuente: Elaborado por la Autora, 2013.

Interpretación de Data:

El Cuadro 10 y el Gráfico 10, referidos al ítem “¿Su hijo (a) ha crecido en un hogar con frecuentes conflictos familiares?”, arrojan que un 78,4% (n=47) correspondientes a las categorías de Muy Alto y Alto, lo que demuestra que existe un alto índice de *conflicto familiar* asociado al desarrollo de agresividad infantil.

Factores Escolares

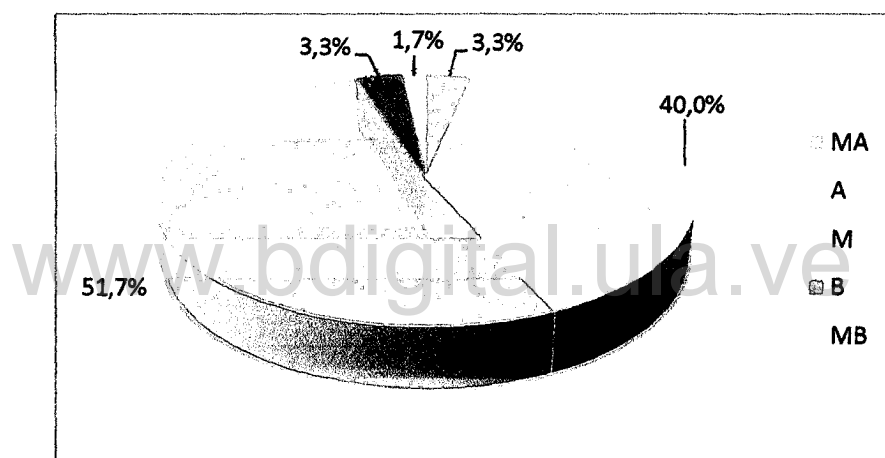
Tabla 27.-Ítems N°11 Cuestionario

Cuadro 11: ¿Su hijo (a) frecuentemente muestra habilidades para aprender y atiende en forma adecuada a las explicaciones del docente?

Muy Alto (MA)		Alto (A)		Medio (M)		Bajo (B)		Muy Bajo (MB)	
Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
2	3,3	24	40,0	31	51,7	3	3,3	0	1,7
Si presencia del factor				No presencia del factor					
Frecuencia		%		Frecuencia				%	
26		43,3		34				56,7	

Fuente: Elaborado por la Autora, 2013.

Gráfico 11: ¿Su hijo (a) frecuentemente muestra habilidades para aprender y atiende en forma adecuada a las explicaciones del docente?



Fuente: Elaborado por la Autora, 2013.

Interpretación de Data:

El Cuadro 11 y el Gráfico 11, referidos al ítem “¿Su hijo (a) frecuentemente muestra habilidades para aprender y atiende en forma adecuada a las explicaciones del docente?”, arrojan que 55% (n=34) correspondiente a las categorías de Medio y Bajo, lo que demuestra que está presente el factor de *inadaptación escolar* representado por un baja motivación pro el cumplimiento y participación de los deberes escolares.

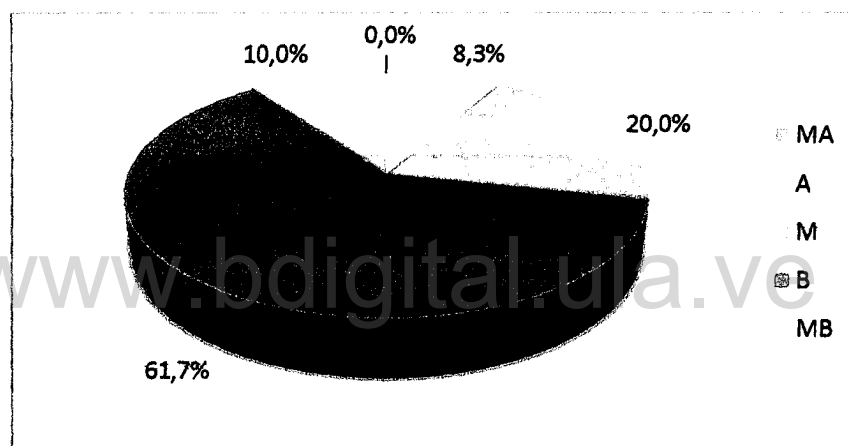
Tabla 28.-Ítems N° 12 Cuestionario

Cuadro 12: ¿Su hijo(a) tiene amigos en la escuela y tiene buenas relaciones con ellos?

Muy Alto (MA)		Alto (A)		Medio (M)		Bajo (B)		Muy Bajo (MB)	
Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
0	0,0	5	8,3	12	20,0	37	61,7	6	10,0
Si presencia del factor				No presencia del factor					
Frecuencia		%		Frecuencia				%	
5		8,3		55				91,7	

Fuente: Elaborado por la Autora, 2013.

Gráfico 12: ¿Su hijo(a) tiene amigos en la escuela y tiene buenas relaciones con ellos?



Fuente: Elaborado por la Autora, 2013.

Interpretación de Data:

El Cuadro 12 y el Gráfico 12, referidos al ítem “¿Su hijo(a) tiene amigos en la escuela y tiene buenas relaciones con ellos?”, arrojan que el *rechazo de iguales* en la escuela representa en esta población de estudio un 71,6% (n=43) lo que expresa la falta de sociabilización con sus compañeros de la escuela.

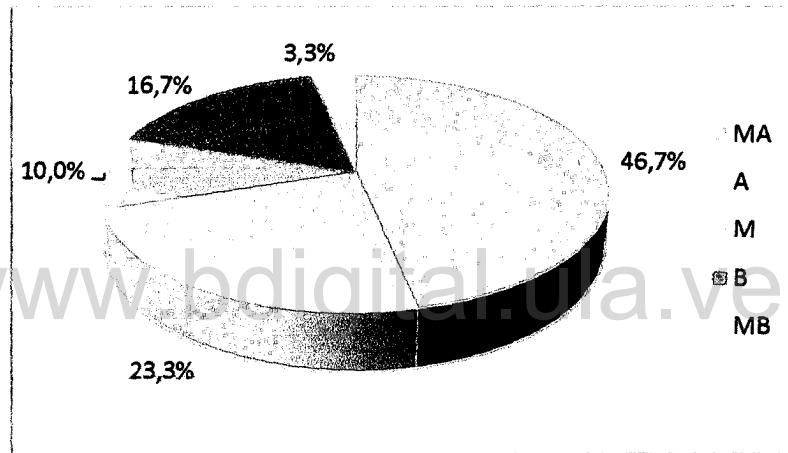
Tabla 29.-Ítems N°13 Cuestionario

Cuadro 13: ¿Con frecuencia su hijo (a) actúa de forma agresiva con sus compañeros de clase?

Muy Alto (MA)		Alto (A)		Medio (M)		Bajo (B)		Muy Bajo (MB)	
Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
28	46,7	14	23,3	6	10,0	10	16,7	2	3,3
Si presencia del factor				No presencia del factor					
Frecuencia		%		Frecuencia				%	
42		70,0		18				30,0	

Fuente: Elaborado por la Autora, 2013.

Gráfico 13: ¿Con frecuencia su hijo (a) actúa de forma agresiva con sus compañeros de clase?



Fuente: Elaborado por la Autora, 2013.

Interpretación de Data:

El Cuadro 13 y el Gráfico 13, referidos al ítem “¿Con frecuencia su hijo (a) actúa de forma agresiva con sus compañeros de clase?”, arrojan que el 70%(n=42) de los encuestados establecen que sus hijos practican la *conducta “bullying”* como una manera de manifestar la agresividad con el uso de poder para conseguir lo que desean de sus compañeros de clase.

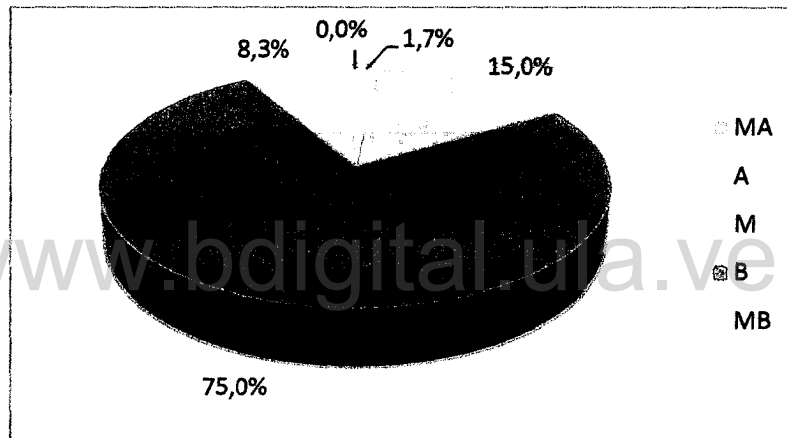
Tabla 30.-Ítems N°14 Cuestionario

Cuadro 14: ¿Con que frecuencia usted revisa los cuadernos de su hijo (a) y lo apoya en el aprendizaje escolar?

Muy Alto (MA)		Alto (A)		Medio (M)		Bajo (B)		Muy Bajo (MB)	
Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
0	0,0	1	1,7	9	15,0	45	75,0	5	8,3
Si presencia del factor				No presencia del factor					
Frecuencia		%		Frecuencia				%	
1		1,7		59				98,3	

Fuente: Elaborado por la Autora, 2013.

Gráfico 14: ¿Con que frecuencia usted revisa los cuadernos de su hijo (a) y lo apoya en el aprendizaje escolar?



Fuente: Elaborado por la Autora, 2013.

Interpretación de Data:

El Cuadro 14 y el Gráfico 14, referidos al ítem “¿Con que frecuencia usted revisa los cuadernos de su hijo (a) y lo apoya en el aprendizaje escolar?”, arrojan que un 83,3% (n=50) correspondiente a las categorías de Bajo y Muy Bajo presenta la *ausencia de apoyo familiar en el desarrollo escolar* ya que es su mayoría sus padres afirman no tener tiempo suficiente para orientar a sus hijos en sus actividades y deberes escolares.

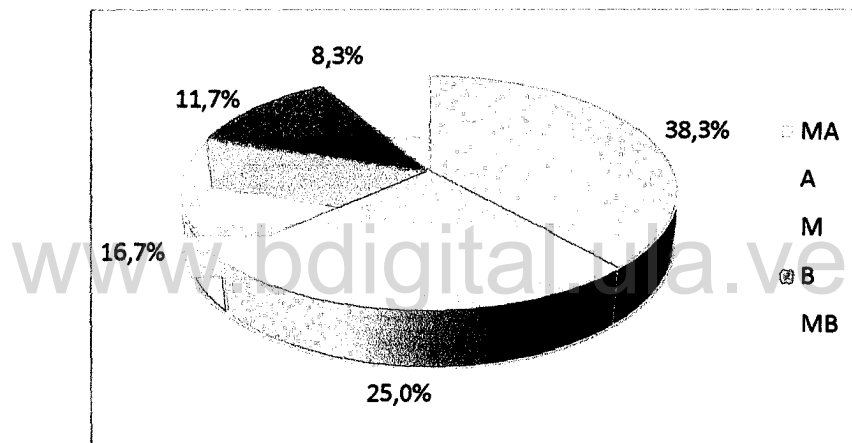
Tabla 31.-Ítems N°15 Cuestionario

Cuadro 15: ¿Su hijo (a) se relaciona frecuentemente con niños(as) de igual conducta agresiva?

Muy Alto (MA)		Alto (A)		Medio (M)		Bajo (B)		Muy Bajo (MB)	
Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
23	38,3	15	25,0	10	16,7	7	11,7	5	8,3
Si presencia del factor				No presencia del factor					
Frecuencia		%		Frecuencia				%	
38		63,3		22				36,7	

Fuente: Elaborado por la Autora, 2013.

Gráfico 15: ¿Su hijo (a) se relaciona frecuentemente con niños(as) de igual conducta agresiva?



Fuente: Elaborado por la Autora, 2013.

Interpretación de Data:

El Cuadro 15 y el Gráfico 15, referidos al ítem “¿Su hijo (a) se relaciona frecuentemente con niños(as) de igual conducta agresiva?”, arrojan que un 53,3% (n=38) correspondientes a las categorías de Muy Alto y Alto, confirman que los niño (as) con conductas agresivas presentes en este estudio suelen asociarse preferentemente en la escuela con niños de igual conducta agresiva, por lo cual se evidencia el *factor del grupo de iguales* como factor de riesgo importante a estudiar.

Factores Ambientales

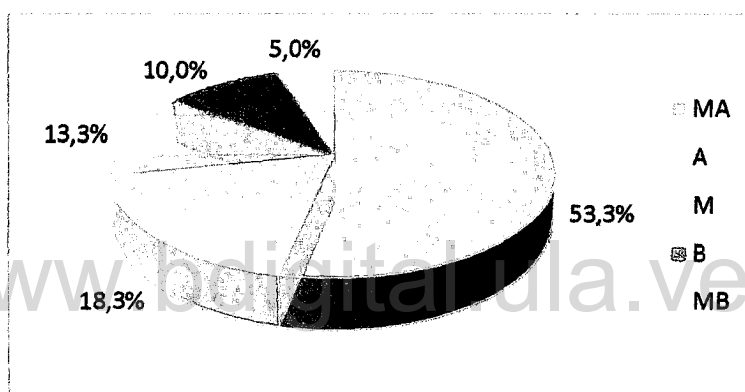
Tabla 32.-Ítems N°16 Cuestionario

Cuadro 16: ¿La mayor parte del tiempo sus hijos (as) están al cuidado de otras personas?

Muy Alto (MA)		Alto (A)		Medio (M)		Bajo (B)		Muy Bajo (MB)	
Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
32	53,3	11	18,3	8	13,3	6	10,0	3	5,0
Si presencia del factor				No presencia del factor					
Frecuencia		%		Frecuencia				%	
43		71,6		17				28,4	

Fuente: Elaborado por la Autora, 2013.

Gráfico 16: ¿La mayor parte del tiempo sus hijos (as) están al cuidado de otras personas?



Fuente: Elaborado por la Autora, 2013.

Interpretación de Data:

El Cuadro 16 y el Gráfico 16, referidos al ítem “¿La mayor parte del tiempo sus hijos (as) están al cuidado de otras personas?”, arrojan que un 71,6% (n=43) correspondiente a las categorías de Muy Alto y Alto, demuestran que el *factor de ausencia de imagen de autoridad* está presente en la mayor parte de la muestra de estudio, producto de que los niños(as) deben ser cuidados por otras personas diferentes al representante.

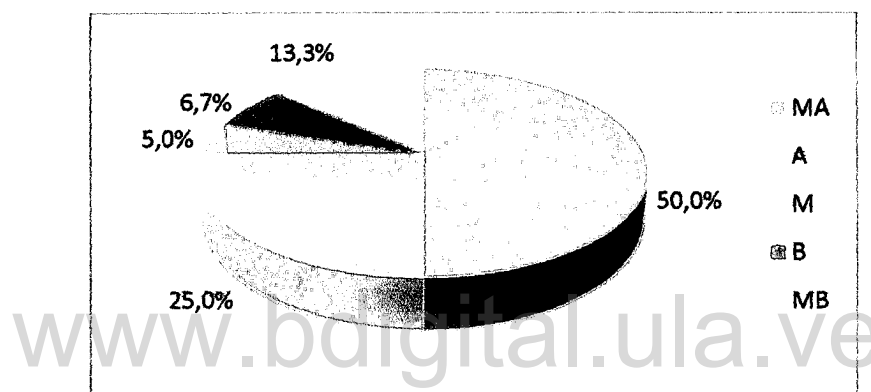
Tabla 33.-Ítems N°17 Cuestionario

Cuadro 17: ¿Con que frecuencia su hijo (a) usa el videojuego?

Muy Alto (MA)		Alto (A)		Medio (M)		Bajo (B)		Muy Bajo (MB)	
Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
30	50,0	15	25,0	3	5,0	4	6,7	8	13,3
Si presencia del factor				No presencia del factor					
Frecuencia		%		Frecuencia				%	
45		75,0		15				25,0	

Fuente: Elaborado por la Autora, 2013.

Gráfico 17: ¿Con que frecuencia su hijo (a) usa el videojuego?



Fuente: Elaborado por la Autora, 2013.

Interpretación de Data:

El Cuadro 17 y el Gráfico 17, referidos al ítem “¿Con que frecuencia su hijo (a) usa el videojuego?”, arrojan que un 75% (n=45) correspondiente a las categorías de Muy Alto y Alto, demuestran que los niños tienen una *libertad amplia en cuanto al horario de uso del video juego* predominando los de tipo bélicos y de peleas (según referencian los padres durante el momento de la encuesta). Por otro lado el 20% (n=12) que corresponde a las categorías de Bajo y Muy Bajo no cuentan con este dispositivo.

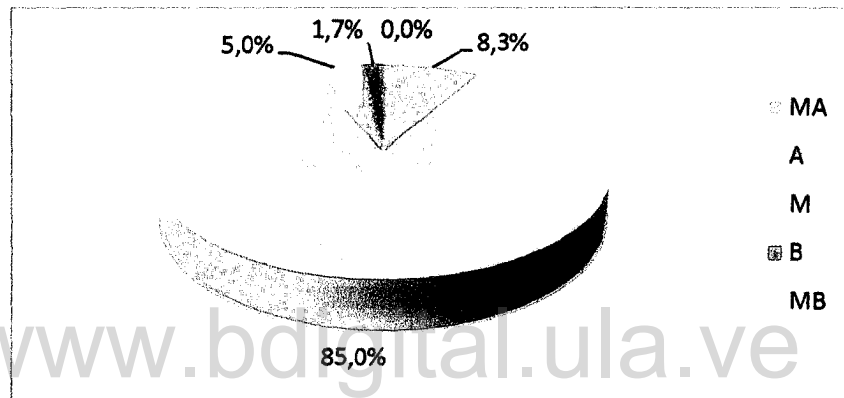
Tabla 34.-Ítems N°18 Cuestionario

Cuadro 18: ¿Con que frecuencia su hijo (a) usa el televisor?

Muy Alto (MA)		Alto (A)		Medio (M)		Bajo (B)		Muy Bajo (MB)	
Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
5	8,3	51	85,0	3	5,0	1	1,7	0	0,0
Si presencia del factor				No presencia del factor					
Frecuencia		%		Frecuencia				%	
56		93,3		4				6,7	

Fuente: Elaborado por la Autora, 2013.

Gráfico18: ¿Con que frecuencia su hijo (a) usa el televisor?



Fuente: Elaborado por la Autora, 2013.

Interpretación de Data:

El Cuadro 18 y el Gráfico 18, referidos al ítem “¿Con que frecuencia su hijo (a) usa el televisor?”, arrojan que un 90,0% (n=56) correspondiente a las categorías de Muy Alto y Alto, señala que existe una alta exposición de los niños(as) a la *influencia de los medios de comunicación* principalmente programas de contenido violentos y otros temas no aptos para menores de edad.

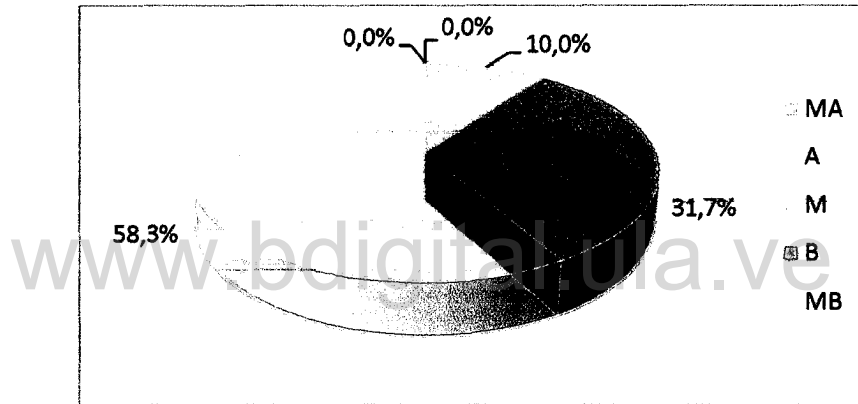
Tabla 35.-Ítems N°19 Cuestionario

Cuadro 19: ¿Ejerce usted control del tiempo de exposición y tipos de videojuegos y programas de televisión que observa su hijo?

Muy Alto (MA)		Alto (A)		Medio (M)		Bajo (B)		Muy Bajo (MB)	
Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
0	0,0	0	0,0	6	10,0	19	31,7	35	58,3
Si presencia del factor				No presencia del factor					
Frecuencia		%		Frecuencia				%	
0		0,0		60				100	

Fuente: Elaborado por la Autora, 2013.

Gráfico 19: ¿Ejerce usted control del tiempo de exposición y tipos de videojuegos y programas de televisión que observa su hijo?



Fuente: Elaborado por la Autora, 2013.

Interpretación de Data:

El Cuadro 19 y el Gráfico 19, referidos al ítem “¿Ejerce usted control del tiempo de exposición y tipos de videojuegos y programas de televisión que observa su hijo?”, arrojan que un 90% (n=54) los representantes no supervisan el tiempo a exposición a televisión y el tipo de videojuegos que el niño (a) utiliza, por ente se evidencia que el factor de riesgo *bajo control parental* está presente en la mayor parte de la muestra.

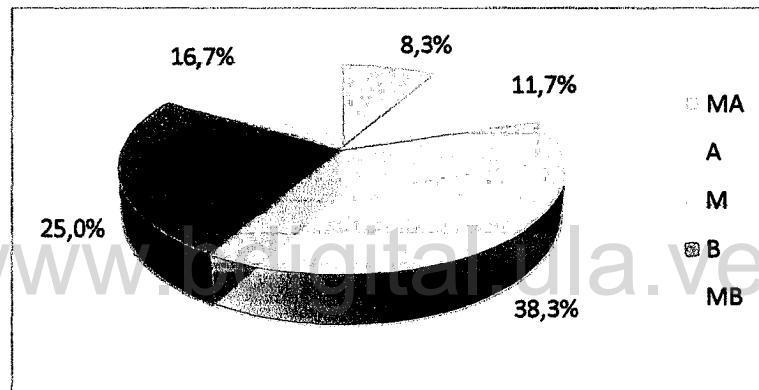
Tabla 36.-Ítems N°20 Cuestionario

Cuadro 20: ¿Su hijo (a) logra acuerdos y convence a otros adecuadamente, acepta y disfruta de los otros niños, adultos y personas mediante sonrisas, saludos o afirmaciones?

Muy Alto (MA)		Alto (A)		Medio (M)		Bajo (B)		Muy Bajo (MB)	
Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
5	8,3	7	11,7	23	38,3	15	25	10	16,7
Si presencia del factor				No presencia del factor					
Frecuencia		%		Frecuencia				%	
12		20,0		38				80,0	

Fuente: Elaborado por la Autora, 2013.

Gráfico 20: ¿Su hijo (a) logra acuerdos y convence a otros adecuadamente, acepta y disfruta de los otros niños, adultos y personas mediante sonrisas, saludos o afirmaciones?



Fuente: Elaborado por la Autora, 2013.

Interpretación de Data:

El Cuadro 20 y el Gráfico 20, referidos al ítem “¿Su hijo (a) logra acuerdos y convence a otros adecuadamente, acepta y disfruta de los otros niños, adultos y personas mediante sonrisas, saludos o afirmaciones?”, arrojan que un 61,3% (n=38) correspondiente a las categorías de Medio y Bajo, expresan una mayor tendencia a la *inadaptación social*.

CAPITULO IV: DISCUSIÓN

No hay un acuerdo unánime entre los autores en la definición de agresividad, pues no se le considera un trastorno (no está como tal en ninguna clasificación diagnóstica), sino más bien una conducta desadaptada que se une frecuentemente a ciertos trastornos. Diferentes definiciones resaltan la intencionalidad, el modo en que se produce, el resultado al que llegan, etc., pero ¿cuándo podemos decir que un niño que muestre una conducta hostil es un niño agresivo? (10). Por otro lado, la conducta agresiva humana se define como cualquier forma de acción violenta sobre los otros, que puede tratar de eludir o repelar. La agresión implica el deseo de herir, lastimar o dañar de algún modo a otro, como consecuencia de los sucesos anteriores o posteriores al acto agresivo (12).

En esta investigación se analizaron las siguientes variables:

Factor Sexo y Edad: se evidenció la presencia de un orden de frecuencia alto para el sexo masculino entre edades 9 a 11 años; por otro lado, se observó que en el género femenino el intervalo se presentaba entre 7 y 9 años, lo cual es probable que esté relacionado a los factores biológicos y cognitivos que emergen en la edad escolar con el proceso de socialización, lo que se correlaciona con las revisiones bibliográficas realizadas a nivel internacional que explican que debido a la madurez precoz de las niñas en su desarrollo psicoevolutivo con respecto a los niños favorece la preservación de rasgos asociados a conducta agresiva en los niños. Por otro lado estas dos variables no guardan relación de significancia estadística ya que el valor de “p” fue superior 0,05 ($p=0,237$). Los varones están menos preparados psicológicamente que las niñas ante la situación de aprendizaje pues tienen más problemas de adaptación y orientación, situación que puede deberse al nivel de maduración ya que los niños tienen más deficiencias en lenguaje y

habilidades motoras que las niñas a estas edades, facilitando el aumento de la vulnerabilidad a desarrollar problemas de adaptación (10).

Procedencia: se observó que la relación entre el tipo de agresión “Física o verbal” con el lugar de residencia de los pacientes ubicados en el casco central de la Ciudad de San Cristóbal no son estadísticamente significativa ya que el valor de “p” fue mayor a 0,05 ($p=0,824$), aun cuando existe un alto registro de violencia en esta zona. El hecho de pertenecer a clases sociales desfavorecidas no implica en sí mismo el desarrollo de problemas de conducta; son los factores asociados a esta condición los que determinan el desarrollo de conductas desadaptadas (9,10,13). En un reciente trabajo se observó que un alto porcentaje de niños agresivos de corta edad pertenecía a un estatus social bajo, en cambio la evolución de estos niños no guardaba ninguna relación con el nivel socioeconómico (14,16).

Tipo de Agresión: con respecto a los resultados, el valor significativo fue menor de 0,05 ($p=0,004$), por lo que se interpreta que ambas variables guardan una relación estadísticamente significativa en la manifestación de conductas agresivas, siendo el 58,3% para las físicas ($n=35$, 27 niños y 8 niñas) y el 41,7% para las verbales ($n=25$, 10 niños y 15 niñas), lo que indica que los niños presentan más agresividad física y las niñas más agresividad verbal. En un estudio realizado por la Universidad de Oriente se evidencia que el 46% de los agresores son niños, mientras que solo 14% son niñas. En cuanto a las conductas de enfado, el 56% adopta posturas evasivas y el 26% adopta comportamiento de agresión física, la mayor parte en forma de patadas y puñetazos (12). La agresividad natural de los niños, es decir la que se considera adaptativa, aumenta con la edad y va variando desde la forma física e instrumental hacia el tipo verbal y hostil (10).

Tipo de Familia: de acuerdo a los resultados obtenidos el 86,7% corresponde a familias monoparentales (n=52, 31 niños y 21 niñas) y el 13,3% a nucleares (n=8, 6 niños y 2 niñas), evidenciándose que el 83,8 % de varones y el 91,3% de hembras pertenecen a familias monoparentales, las cuales se encuentran constituidas en su mayoría por la madre como ente de autoridad del grupo familiar, producto de la separación de ambos padres (referido durante el desarrollo de la entrevista). Por otro lado se muestra que el sexo y el tipo de familia no guardan una relación estadísticamente significativa para la manifestación de conductas agresivas ya que el valor de “p” es superior a 0,05 ($p=0,405$). La mayor parte de los estudios indican que entre el 60 al 70% de los niños que desarrollan conductas agresivas provienen de familias monoparentales y esto es debido a que presentan más problemas sociales, académicos, con respecto a los niños que provienen de familias nucleares, expresando su agresividad a través del comportamiento tales como: hostilidad, desobediencia, depresión y retraimiento; así como la pérdida de interés por la escuela y la vida social (2, 12,25).

Progreso escolar del paciente: se observa que el progreso escolar fue regular en un 51,7% (n=31). Según estudios realizados en estudiantes escolares con bajo rendimiento escolar, hay una alta prevalencia de maltrato físico en el hogar y son procedentes de hogares monoparentales, trayendo consigo frustración, baja autoestima, desmotivación las actividades escolares y actitudes de hostilidad predisponiéndolos al desarrollo de conductas agresivas (9,15).

Las variables implicadas en la manifestación de la conducta agresiva del niño pueden ser múltiples y se clasifican en personales, familiares, escolares y ambientales (6), de acuerdo a este estudio de investigación se procedió a la relación estadística por medio del método de Chi Cuadrado para cada una de los factores de riesgo contenidos en las preguntas de la encuesta aplicada. De las cien (100) relaciones analizadas, se encuentra que solo existe significancia estadística (con $p < 0,05$), en los siguientes factores:

- Sexo con la baja tolerancia a la frustración: $p=0,046$, $n=45$ (75%), 31 niños y 15 niñas. [Alta probabilidad de manifestar agresividad en relación a estos dos factores].
- Sexo con la ausencia de imagen de autoridad: $p=0,038$, $n=43$ (71,6%), 23 niños y 20 niñas. [Alta probabilidad de manifestar agresividad en relación a estos dos factores].
- Edad con conducta bullying: $p=0,049$, $n=42$ (70%), 7 años ($n=6$), 8 años($n=8$), 9 años ($n=11$), 10 años ($n=12$) y 11 años ($n=5$). [Alta probabilidad de manifestar agresividad en relación a estos dos factores].
- Tipo de agresión con actitud de aislamiento: $p=0,048$, $n=27$ (45%), física ($n=12$) y verbal ($n=15$). [Baja probabilidad de manifestar agresividad en relación a estos dos factores].
- Tipo de familia con actitud de aislamiento: $p=0,047$, $n=27$ (45%), monoparental ($n=26$) y nuclear ($n=1$). [Baja probabilidad de manifestar agresividad en relación a estos dos factores].
- Procedencia con actitud de aislamiento: $p=0,021$, $n=27$ (45%), B. Alianza ($n=5$), La Concordia ($n=2$), B. Bolívar ($n=3$), La Castra ($n=7$), B. 23 de Enero ($n=3$) y Madre Juana ($n=7$). [Baja probabilidad de manifestar agresividad en relación a estos dos factores].
- Procedencia con reciben reprimendas verbales: $p=0,020$, $n=53$ (88,3%), B. Alianza ($n=11$), La Concordia ($n=7$), B. Bolívar ($n=4$), La Castra ($n=5$), B. 23 de Enero ($n=17$) y Madre Juana ($n=9$). [Baja probabilidad de manifestar agresividad en relación a estos dos factores].
- Procedencia con ausencia de apoyo familiar: $p=0,048$, $n=1$ (1,7%), B. Bolivar ($n=1$). [Baja probabilidad de manifestar agresividad en relación a estos dos factores].

Factores personales: se observó que el desarrollo de la conducta agresiva guarda un vínculo asociado con una alta probabilidad de manifestación de agresividad con los factores de riesgo personales estudiados en la muestra seleccionada, representados por: actitud impulsiva (81,6%, n=49), baja tolerancia a la frustración (75%, n=45), inicio temprano de la expresión agresiva (66,7%, n=40), actitud de aislamiento (45%, n=27) y falta de empatía (30%, n=18). Los estudios sostienen que la personalidad de los agresores tiende a mostrar bajos niveles de empatía hacia sus compañeros, valoran la violencia como herramienta para conseguir lo que desean y muestran tendencias agresivas hacia los pares, son impulsivos, poco empáticos, se retiran ante eventos personales, hostiles, dominantes, poco cooperativos y poco sociables (6,12,14,22).

Factores Familiares: se evidenció, que el progreso de la conducta agresiva está relacionada en gran medida con la presencia de cualquiera de los factores de riesgos familiares estudiados durante el desarrollo de la investigación, definido por la presencia de: apego (61,7%, n=37), castigo físico (91,7%, n=55), reprimendas verbales (88,3%, n=53) y conflicto familiar (78,4%, n=47); caso contrario donde se presenta una baja probabilidad al desarrollo de la conducta agresiva con el factor relacionado al vínculo afectivo (5%, n=3). En estudios realizados resaltan que los padres que adoptan un estilo de disciplina que utilice el castigo físico y verbal, asociado a un bajo compromiso afectivo y presencia de conflictos en el hogar, genera en el niño afectado de depresión, ansiedad y desconfianza lo que conlleva al desarrollo de agresividad (26,27). Por otro lado, el patrón de interacción padre-hijo más frecuente fue catalogado como malo, 56% (12). 70% de los padres tenían una integración social deficiente (14).

Factores Escolares: se concluyó que el avance de la conducta agresiva está afectada en un alto grado con la presencia de cualquiera de los factores de riesgos escolares estudiados durante el análisis de las encuestas, definido por la presencia de: inadaptación escolar (43,3%, n=26), conducta "bullying" (70%, n=42), factor del grupo de iguales (63,3, n=38); caso contrario donde

se presenta una baja probabilidad al desarrollo de la conducta agresiva es el factor de ausencia de apoyo familiar en el desarrollo escolar (1,7%, n=1) y rechazo de iguales (8,3%, n=5). Según Pelegrin y otros (3,20,22), los niños con inadaptación escolar y rechazo de sus iguales manifiestan comportamientos agresivos y tienen un mayor riesgo de desarrollar conducta antisocial. Por otro lado, un estudio sobre el impacto psicológico del maltrato en la primera infancia y en la edad escolar, concluye que los niños maltratados, por lo general, presentan un funcionamiento psicológico mermado y suelen mostrar elevados niveles de agresividad (28), tal como se observa en este estudio.

Factores ambientales: en esta investigación se constató que el desarrollo de la conducta agresiva guarda un vínculo asociado con una alta probabilidad para la manifestación de agresividad con los factores de riesgos ambientales estudiados en la muestra seleccionada, representados por: factor de ausencia de imagen de autoridad (71,6%, n=43), libertad amplia en cuanto al horario de uso del video juego (75%, n=45), influencia de los medios de comunicación, un bajo control parental e inadaptación social (93,3%, n=56); caso contrario donde se presenta una baja probabilidad al desarrollo de la conducta agresiva es el factor de riesgo de bajo control parental (0%, n=0). El estudio realizado demuestra que el tiempo dedicado a mirar televisión fue mayor de 16 horas semanales con el mayor grupo de niños 65% (12). De modo que un bajo control parental asociado a una alta exposición al uso de videos juegos y programas televisivos de contenido violento, representados por dibujos animados agresivos: los personajes exhiben gran fortaleza y características especiales que cautivan al público infantil al visualizarlos como héroes que triunfan gracias a los actos violentos (12,29,30). Todos estos factores se han relacionado con pensamientos de violencia como mecanismo para resolver conflictos, produciendo estrés, apatía y ansiedad.

CONCLUSIONES

Los pacientes escolares del género masculino que acudieron a la consulta del departamento de psiquiatría infanto-juvenil del Hospital Central de San Cristóbal durante el periodo de estudio fueron los que presentaron con mayor frecuencia conductas agresivas con respecto al género femenino.

Las niñas presentan más agresividad en edades tempranas (7 a 9 años) manifestada a través de la agresión verbal, mientras que los niños lo realizan a edades cercanas a la pre-adolescentes (9-11 años) por medio de la agresión física.

Los datos obtenidos demuestran que el progreso escolar en los pacientes está relacionado a un nivel regular correspondiente al 51,7% (n=31), el cual es motivado a la falta de adaptación al ambiente escolar y cumplimiento irregular de los deberes asignados en la escuela.

Se realizaron las pruebas no paramétricas (Chi-Cuadrado) a las variables de sexo, edad, tipo de familia, procedencia y tipo de agresividad, donde se concluyó que el sexo con la edad y el tipo de familia no guardan una relación estadísticamente significativa en la manifestación de conductas agresivas ($p=0,237$ y $p=0,04$, respectivamente), mientras que con tipo de agresividad si existe una relación estadística muy definida con $p < 0,05$ ($p=0,004$). Por otro lado el tipo de agresión con la procedencia no guarda una relación estadísticamente significativa en la manifestación de conductas agresivas por presentar un $p > 0,05$ ($p=0,824$).

El 48,8% de los encuestados demuestra que los niños(as) presentan muy frecuentemente conductas agresivas desencadenadas por todos los factores de riesgo incluidos en la presente investigación.

Los factores de riesgo con más alto índice para predisponer al niño(a) al desarrollo de conductas agresivas son la *influencia de los medios de comunicación, castigo físico, recibir*

reprimendas verbales y actitud impulsiva, representados por el 93,3%, 91,7%, 88,3% y 81,6% respectivamente, de la muestra de estudio.

Los factores de riesgo con mediano índice para predisponer al niño(a) al desarrollo de conductas agresivas son *el conflicto familiar, tolerancia a la frustración, libertad amplia al horario de uso de video juegos y ausencia de imagen de autoridad*, representados por el 78,4%, 75%, 75% y 71,6% respectivamente, de la muestra de estudio.

Los factores de riesgo con poca influencia para predisponer al niño(a) al desarrollo de conductas agresivas son *el bajo control parental, ausencia de apoyo familiar en el desarrollo escolar, vínculo afectivo y rechazo de iguales*, representados por el 0%, 1,7%, 5% y 8,3% respectivamente, de la muestra de estudio.

www.bdigital.ula.ve

RECOMENDACIONES

Es necesario seguir investigando y conocer el comportamiento de los escolares, su actitud ante la sociedad, así como la personalidad, factores ambientales y culturales que lo afectan con la finalidad de mejorar la formación de los niños y prevenir conductas agresivas, tomando en cuenta que nuestro país es uno de los más afectados en cuanto a violencia y agresividad se refiere, resulta importante enfatizar en la educación de los niños la comunicación, sensibilización, niveles adecuados de tolerancia y respeto hacia el entorno que lo rodea.

Promover talleres vivenciales familiares en las escuelas, donde se puedan discutir los factores determinantes de la conducta agresiva en los niños escolares.

Desarrollar programas de salud mental en conjunto con el departamento de Psiquiatría, destinadas a la educación de las familias, médicos y profesores.

Dar a conocer al público en general que el castigo físico, la falta de control del uso del televisor y los videos juegos, así como la falta del fortalecimiento de los vínculos que afectivo padres – hijos son los que exponen a los niños(as) al desarrollo de conducta agresiva.

Orientar a los padres para que reconozcan lo importante que es supervisar los programas que ven sus hijos y que es necesario que a veces se sienten con ellos a mirar televisión y explicarles lo que no entienden o lo que se está transmitiendo en ese momento.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre la violencia y la salud. OPS. Washington, DC. 2002.
- 2.- Lobos S y Jereda D. La conducta agresiva del niño en edad escolar de 7 a 9 años en familias desintegradas- Universidad san Carlos de Guatemala, escuela de Ciencias psicológicas. Guatemala, 2004.
- 3.- Delgado G, Mayz C. Las conductas violentas de los niños(as) bajo una perspectiva holístico – comprensiva. Revista Ciencias de la Educación v.18 n.31 Valencia ene. 2008.
- 4.- Rutter M. Fundamentos científicos de psiquiatría del desarrollo: El desarrollo de la agresión. Salvat Editores. Barcelona, España. 1985. P:381-93.
- 5.- Sánchez N, Juan P y Román F. Amígdala, corteza prefrontal y especialización hemisférica en la experiencia y expresión emocional. Anales de psicología, vol. 20, nº 2 (diciembre), 223-240. 2004. Disponible en: www.um.es/analesps/v20/v20_2/05-20_2.pdf.
- 6.- Pelegrin, A y Otros. Variables contextuales y personales que inciden en el comportamiento violento del niño. Universidad Miguel Hernández, Europem Journal of Education and Psychology, Vol 1, Nº 1, Pág. 5 a la 20, España. 2008.
- 7.- Sáez, Jesús. Epidemiología y prevención del maltrato infantil. Asociación Española de Medicina y Salud Escolar y Universitaria, Madrid, 2008.
- 8.- Fernández G, J. Análisis evolutivo de la conducta agresiva y rechazo social en las relaciones entre iguales en alumnos de educación primaria. Universidad de Granada: Departamento de psicología evolutiva. Granada, España. 1996.
- 9.- Ajuria J. Manual de psiquiatría infantil: psicopatología de las pulsiones agresivas. Editorial Masson. Barcelona, España. 1993. P: 417-42.
- 10.- Mesa, M y Jane M. La conducta agresiva en preescolares: revisión de factores implicados y evolución. Departament de Psicologia de la Salut i Psicologia Social, Unitat de Psicopatologia Clínica Infanto Juvenil, Universitat Autònoma de Barcelona. 2011.
- 11.-Villalobos J. Experiencias con el método de modificación conductual en niños pré-escolares. Centro de Investigaciones Psicológicas y Sexológicas. Maracaibo, Venezuela. 2002.
- 12.- Castañeda, L y Mesa, M. Conducta agresiva y perfil psicosocial de escolares de 4to a 6to grado de U.E.B.E Juan Bautista Ferreras Abril mayo 2009. Universidad de oriente, Núcleo Bolívar, Departamento de salud mental. 2010.
- 13.- Carrero, E. Agresión en Niños y Adolescentes. Universidad Nacional Federico Villareal, Facultad de Psicología. Lima, Perú. 2002.

- 14.- Noroño, N, Segundo, R, Cadalso, R. y Fernández, O. Influencia del medio familiar en niños con conducta agresiva. 2002. Rev. Cub de Ped. Disponible: http://bvs.sld.cu/revistas/ped/vo174_2_02/ped07202.pdf.
- 15.- Antón, M., Carbonero, L., Rojo, M., Cubero, J. y Blanco, J. La agresión en las escuelas percibidas por los alumnos. Rev. Elec. Int de For. del Prof. Disponible en: <http://web.archive.org/web/20030515200618/www.aufop.org/publica/reifp/articulo.asp?pid=208&docid=101>.
- 16.- Benítez de C. Propuesta de Orientación dirigida a Docentes para la disminución de conductas agresivas de los Niños. Centro Docente N° 24 Las Angustias del Municipio San José de Cúcuta del Norte de Santander Colombia.1999.
- 17.- Velandia A, L. Neuroanatomía funcional. Talleres gráficos universitarios, Universidad de los Andes. Mérida, Venezuela. 1995. P: 179-198.
- 18.- Posada A, Gómez J y Ramírez H. El niño sano. Editorial Médica Panamericana. Bogotá, Colombia. 2005.
- 19.- Canals, J y Guillamet A. Agresividad y violencia en el niño y en el adolescente, Programa “Salud i Escola”. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. Girona. 2009.
- 20.- Parga, R. Violencia y Agresividad en la Infancia y la Adolescencia. Instituto Nacional del Menor. 2006.
- 21.- Hernández, E. Conductas Agresivas en la Infancia. Tomado de: http://www.psicologia-online.com/infantil/conductas_agresivas.shtml. 2006.
- 22.- Patró, R y Limiñana R. Víctimas de violencia familiar: consecuencias psicológicas en hijos de mujeres maltratadas. Anales de psicología: 2005, vol 21, nº 1 (Junio), 11-17.
- 23.- Hernández, R, Fernández, C. y Baptista, L. Metodología de la Investigación. (4ª. ed.).D.F, México. Editorial McGraw – Hill. 2006.
- 24.- Hurtado J. Metodología de la Investigación Holística. IUTP. Sypal. Ecoediciones. Colombia. 2000.
- 25.- Becerra, L., Fernández, G., Juarez, I. y Salmeron, A. 2008. Relación entre el divorcio de los padres y la conducta agresiva de los hijos. Apsique, serie en línea, Disponible: [http://www.apsique.com/blog/relación entre divorcio y conducta agresiva los hijos](http://www.apsique.com/blog/relación%20entre%20divorcio%20y%20conducta%20agresiva%20los%20hijos), Diciembre, 2008.
- 26.- Barrera, Diana et al. 2006 Medio familiar y entorno escolar. Persona y bioética. [Serie en línea] 10 (027): 99-107. Disponible: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=83210206&iCveNum=6528>. Julio, 2009.

- 27.- Saucedo, J., Olivo, N., Gutiérrez, J. y Maldonado, M., 2006. El castigo físico en la crianza de los hijos. Un estudio comparativo. Bol Med Hosp Infant Mex. Serie en línea: 63 (6): 382-388. Disponible: <http://www.medigraphic.com/espanol/e-htms/e-bmhim/e-hi2006/e-hi06-6/em-hi066d.htm>. Agosto, 2009.
- 28.- Cajigas, N., Kahan, E., Luzardo, M., Najson, U. y Zalmavides, G. 2006 Agresión entre pares (Bullying) en un centro educativo de Montevideo: estudio de las frecuencias de los estudiantes de mayor riesgo. Rev. Med. Urug. Serie en línea: 22 :143-151. Disponible: <http://www.rmu.org.uy/revista/2006v2/art9.pdf>.
- 29.- Zawadzki, D. N. 2007. Violencia en la infancia y adolescencia. Pediatría. [Serie en línea] 34 (1) Disponible: http://www.spp.org.py/revistas/ed_2007/violencia_vol_1_2007.html. Marzo, 2009.
- 30.- Manzo, M.C., Reyes, E. 2008. La violencia en los dibujos animados norteamericanos y japoneses: su impacto en la agresividad infantil. Investigaciones Médicoquirúrgicas, Serie en línea: 2 (11). Disponible: [http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/cimeq/rev_invest_medicoquirurgicas_2008_vol_2\(10\)_50.pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/cimeq/rev_invest_medicoquirurgicas_2008_vol_2(10)_50.pdf). Marzo, 2009.

www.bdigital.ula.ve

ANEXOS

Anexo 1 - Cuestionario

**REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD DE LOS ANDES
FACULTAD DE MEDICINA
HOSPITAL CENTRAL DE SAN CRISTOBAL
POSTGRADO DE PUERICULTURA Y PEDIATRIA**

CUESTIONARIO

**INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATA PARA LA INVESTIGACIÓN:
“DIAGNÓSTICO DE FACTORES DE RIESGO DE AGRESIVIDAD INFANTIL EN
ESCOLARES QUE ASISTEN A LA UNIDAD DE PSIQUIATRÍA INFANTO-
JUVENIL DEL HOSPITAL CENTRAL DE SAN CRISTÓBAL EN EL PERIODO
ENERO- JULIO DE 2013”**

Estimado Compañero (a):

El presente cuestionario tiene como propósito recabar su opinión e información sobre los factores de riesgo de niños escolares con conducta agresiva, con el fin de evaluar la conducta agresiva en escolares que acuden a la consulta de la Unidad de psiquiatría Infanto-juvenil del Hospital Central y realizar un diagnóstico de los factores de riesgo asociados al desarrollo de agresividad infantil. Es por lo anteriormente expuesto que el instrumento está dirigido a Padres.

Por tal motivo es importante su colaboración, respondiendo con la mayor sinceridad y objetividad posible. La información recabada tiene fines netamente académicos y será utilizada para el presente estudio en forma estrictamente confidencial y anónima para la realización del trabajo de investigación de la Especialidad de Pediatría.

Se agradece su valiosa colaboración.

Atentamente,



Med. Cirujano. Francia Tatiana Agudelo Vargas

C. I. N° 13.708.850

**REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD DE LOS ANDES
FACULTAD DE MEDICINA
HOSPITAL CENTRAL DE SAN CRISTOBAL
POSTGRADO DE PUERICULTURA Y PEDIATRIA**

CUESTIONARIO

**INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATA PARA LA INVESTIGACIÓN:
“DIAGNÓSTICO DE FACTORES DE RIESGO DE AGRESIVIDAD INFANTIL EN
ESCOLARES QUE ASISTEN A LA UNIDAD DE PSIQUIATRÍA INFANTO-
JUVENIL DEL HOSPITAL CENTRAL DE SAN CRISTÓBAL EN EL PERIODO
ENERO- JULIO DE 2013”**

INSTRUCCIONES

1. El cuestionario está dividido en cuatro (04) parte, que estudia las siguientes áreas de gestión:

FACTORES
1. Personales
2. Familiares
3. Escolares
4. Ambientales

2. Lea cuidadosamente cada enunciado, los cuales presentan cinco alternativas de respuestas, cada una excluyente, por lo que se agradece elegir marcando con una equis (X) en el espacio correspondiente de acuerdo a la forma como usted aprecie y observe esa situación en la corporación.

PUNTAJE	CATEGORÍA	CLAVE	DESCRIPCIÓN
5	MUY ALTO	MA	Nivel muy alto en la existencia del ítem
4	ALTO	A	Nivel satisfactorio en la existencia del ítem
3	MEDIO	M	Nivel término medio en la existencia del ítem
2	BAJO	B	Nivel bajo en la existencia del ítem
1	MUY BAJO	MB	Nivel muy bajo o sin aplicación en la existencia del ítem

Nº historia: _____ Edad: ____ Sexo: __ Procedencia: _____ Grado: _____

Edad de inicio de actos agresivos: _____ Nº de encuesta: _____.

N°	ÍTEMS	MA	A	M	B	MB
		5	4	3	2	1
FACTORES PERSONALES						
01	¿Su hijo (a) actúa de forma súbita sin reflexionar cuando es provocado por otras personas?					
02	¿Cuando su hijo(a) no puede tener lo que desea, su comportamiento es llorar, patear y se molesta con facilidad?					
03	¿Su hijo (a) presentó frecuentemente episodios de agresividad desde la edad preescolar?					
04	¿Su hijo (a) muestra sentido del humor y se acerca a los demás de forma amigable?					
05	¿Su hijo(a) puede comprender los sentimientos de las otras personas y ponerse en el lugar de ellos, por ejemplo, cuando se sienten tristes?					
FACTORES FAMILIARES						
06	¿Usted frecuentemente escucha y acepta las opiniones personales que el niño (a) realiza?					
07	¿Es el castigo físico la manera más frecuente de reprender a su hijo (a) cuando no cumple con los deberes del hogar o la escuela?					
08	¿Su hijo (a) necesita reprimendas verbales constantemente para cumplir con las ordenes que usted le ha indicado?					
09	¿Con que frecuencia comparte tiempo de disfrute y momentos afectivos con su hijo (a)?					
10	¿Su hijo (a) ha crecido en un hogar con frecuentes conflictos familiares?					
FACTORES ESCOLARES						
11	¿Su hijo(a) frecuentemente muestra habilidades para aprender y atiende en forma adecuada a las explicaciones del docente?					
12	¿Su hijo(a) tiene amigos en la escuela y tiene buenas relaciones con ellos?					
13	¿Con frecuencia su hijo (a) actúa de forma agresiva con sus compañeros de clase?					
14	¿Con que frecuencia usted revisa los cuadernos de su hijo (a) y lo apoya en el aprendizaje escolar?					
15	¿Su hijo (a) se relaciona frecuentemente con niños(as) de igual conducta agresiva?					
FACTORES AMBIENTALES						
16	¿La mayor parte del tiempo sus hijos (as) están al cuidado de otras personas					
17	¿Con que frecuencia su hijo (a) usa el videojuego?					
18	¿Con que frecuencia su hijo (a) usa el televisor?					
19	¿Ejerce usted control del tiempo de exposición y tipos de videojuegos y programas de televisión que observa su hijo?					
20	¿Su hijo (a) logra acuerdos y convence a otros adecuadamente, acepta y disfruta de los otros niños, adultos y personas mediante sonrisas, saludos o afirmaciones?					

Anexo 2 –Validación del Instrumento

**REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD DE LOS ANDES
FACULTAD DE MEDICINA
HOSPITAL CENTRAL DE SAN CRISTOBAL
POSTGRADO DE PUERICULTURA Y PEDIATRIA**

ACTA DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

**“DIAGNÓSTICO DE FACTORES DE RIESGO DE AGRESIVIDAD INFANTIL EN
ESCOLARES QUE ASISTEN A LA UNIDAD DE PSIQUIATRÍA INFANTO-
JUVENIL DEL HOSPITAL CENTRAL DE SAN CRISTÓBAL EN EL PERIODO
ENERO- JULIO DE 2013”**

San Cristóbal, Agosto 2013.

Ciudadano:

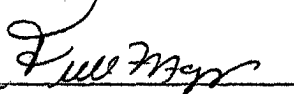
Msc. Ing. Gihover Sánchez

Por medio de la presente me dirijo a usted, con la finalidad de solicitarle formalmente la validación del instrumento que aplicaré en la recolección de información para elaborar el trabajo de grado que lleva por título: “DIAGNÓSTICO DE FACTORES DE RIESGO DE AGRESIVIDAD INFANTIL EN ESCOLARES”, como requisito como Credencial de Merito para la Obtención del Grado de Especialista en Puericultura y Pediatría que otorga la Universidad de los Andes.

A tal efecto se elaboró el instrumento tipo “Cuestionario”, dirigido a los Padres donde se tomará las opiniones provenientes de la muestra de estudio seleccionada, para evaluar la conducta agresiva en escolares que acuden a la consulta de la Unidad de psiquiatría Infanto-juvenil del Hospital Central y generar estrategias para un diagnóstico precoz y un manejo adecuado de la agresividad infantil, con el fin de mejorar calidad de vida y pronóstico.

De antemano gracias por su amable atención y colaboración.

Atentamente.-



Med. Cirujano. Francia Tatiana Agudelo Vargas

C. I. N° 13.708.850

Anexo:

- a) Constancia de Validación.
- b) Tabla con Criterios de Evaluación, Revisión y Validación de los ítems.
- c) Objetivos de la Investigación – Cuadro de Operación de las Variables.
- d) Instrumento.

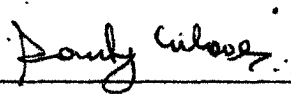
**REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD DE LOS ANDES
FACULTAD DE MEDICINA
HOSPITAL CENTRAL DE SAN CRISTOBAL
POSTGRADO DE PUERICULTURA Y PEDIATRIA**

a) Validación

Quien suscribe, Gihover Sánchez, portador de la cedula de identidad N° 14.417.093, con titulo en Magíster en Ingeniería de Control de Procesos, a través de la presente, manifiesto que he validado el modelo de cuestionario diseñado por la Med. Cirujano. Francia Tatiana Agudelo Vargas, titular de la cedula de identidad N° 13.708.850, alumna de la especialización en Pediatría de la Universidad de los Andes, cuyo Trabajo de Grado tiene por objetivo evaluar la conducta agresiva en escolares que acuden a la consulta de la Unidad de psiquiatría Infanto-juvenil del Hospital Central y generar estrategias para un diagnóstico precoz y un manejo adecuado de la agresividad infantil, con el fin de mejorar calidad de vida y pronóstico.

Y considero que el Cuestionario presentado:

En San Cristóbal a los 16 días del mes de Agosto del 2013.



Msc. Ing. Mecánico Gihover Sánchez

b)Tabla de Criterios

REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA UNIVERSIDAD DE LOS ANDES FACULTAD DE MEDICINA HOSPITAL CENTRAL DE SAN CRISTOBAL POSTGRADO DE PUERICULTURA Y PEDIATRIA					
				Fecha:	16/08/2013
Datos del Experto					
Nombres y Apellidos:			Gihover Silfredo Sánchez Buitrago		
Nº Cedula de Identidad:			14.417.093		
Profesión:			Ing. Mecánico, Msc. Ingeniería de Control de Procesos. Msc. Gerencia		
CRITERIOS PARA LA VALIDACIÓN					
C=	Coherencia de los ítems con los objetivos.		P=	Pertinencia	
R=	Redacción.		V=	Validez interna (del contenido)	
Indique con una equis "X" cada uno de los aspectos si los considera correctos, de los contrario adicione sus observaciones.					
TABLA DE VALIDACIÓN					
ITEMS	C	P	R	V	OBSERVACIONES
					Agregue comentarios, sugerencias en caso de mejorar el ítems
1	x	x	x	x	
2	x	x	x	x	
3	x	x	x	x	
4	x	x	x	x	
5	x	x	x	x	
6	x	x	x	x	
7	x	x	x	x	
8	x	x	x	x	
9	x	x	x	x	
10	x	x	x	x	
11	x	x	x	x	
12	x	x	x	x	
13	x	x	x	x	
14	x	x	x	x	
15	x	x	x	x	
16	x	x	x	x	
17	x	x	x	x	
18	x	x	x	x	
19	x	x	x	x	
20	x	x	x	x	
Msc. Ing. Gihover Sánchez					<i>Gihover Sánchez</i>

c) Objetivos de la Investigación – Cuadro de Variables

Objetivo General

Realizar un diagnóstico de los factores de riesgo asociados al desarrollo de agresividad infantil en escolares que asisten a la consulta de la Unidad de Psiquiatría Infanto-juvenil del Hospital Central de San Cristóbal durante el periodo correspondiente de Enero a Julio 2013.

Objetivos Específicos

- Determinar la prevalencia de conducta agresiva en niños escolares que acuden a la consulta de psiquiatría infanto-juvenil del Hospital Central de San Cristóbal.
- Determinar la relación que guarda el género con el desarrollo de conducta agresiva.
- Identificar los tipos de agresividad infantil en niños escolares que acuden a la consulta de psiquiatría infanto-juvenil del Hospital Central de San Cristóbal.
- Determinar si la agresividad infantil influye en el rendimiento escolar.
- Dar a conocer los factores de riesgo asociados a conducta agresiva infantil.
- Determinar si existen factores de riesgo con mayor influencia para el desarrollo de conductas agresivas en niños.

Cuadro de Variables

Objetivo General	Variables	Definición	Dimensión	Indicadores
Realizar un diagnóstico de los factores de riesgo asociados al desarrollo de agresividad infantil en escolares que asisten a la consulta de la Unidad de Psiquiatría Infanto-juvenil del Hospital Central de San Cristóbal.	Factores de riesgo en niños escolares con conducta agresiva que acuden a la consulta de psiquiatría del Hospital Central de San Cristóbal. Diagnóstico cuantitativo (Método Estadístico)	Factores de riesgo en niños escolares con conducta violenta: son situaciones que pueden predisponer a un individuo a sufrir de una enfermedad cuando es expuesto al mismo. La evaluación tiene una realimentación entre si y un impacto con el paciente. Su finalidad es cumplir eficientemente la cadena de interrelación en el tratamiento del niño.	1.- Factores (ambientales, escolares, familiares y personales): 1.1.- Información. 1.2.- Psicología al niño. 1.3.- Pedagogía en el Hogar. 1.4. Variable dependiente: Agresividad. 1.5. Variables Independientes	1.1.1.- Antecedentes de Historias Médicas. 1.1.2.- Encuesta. 1.1.3.- Observación directa. 1.1.4.- Entrevista directa. 1.2.1.- Tipo de Amigos. 1.2.2.- Comportamiento dentro del hogar. 1.2.3.- Relación con sus Padres. 1.3.1.- Técnicas de grupo y juegos que realiza en su hogar. 1.3.1.- Tratamiento en relación a actividades cotidianas. 1.3.2.- Control parental ante medios de comunicación. 1.3.3.- Evaluación y tratamiento ante episodio de mal comportamiento. 1.3.4.- Patrón de conducta de los padres en la solución de conflictos agresivos. 1.4.1. Factores de riesgo. 1.4.2. Sexo, Edad, Procedencia, Tipo de Familia y Progreso Escolar.

**REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD DE LOS ANDES
FACULTAD DE MEDICINA
HOSPITAL CENTRAL DE SAN CRISTOBAL
POSTGRADO DE PUERICULTURA Y PEDIATRIA**

ACTA DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

**“DIAGNÓSTICO DE FACTORES DE RIESGO DE AGRESIVIDAD INFANTIL EN
ESCOLARES QUE ASISTEN A LA UNIDAD DE PSIQUIATRÍA INFANTO-
JUVENIL DEL HOSPITAL CENTRAL DE SAN CRISTÓBAL EN EL PERIODO
ENERO- JULIO DE 2013”**

San Cristóbal, Agosto 2013.

Ciudadano:

Msc. Ing. Iris Guerra

Por medio de la presente me dirijo a usted, con la finalidad de solicitarle formalmente la validación del instrumento que aplicaré en la recolección de información para elaborar el trabajo de grado que lleva por título: “**DIAGNOSTICO DE FACTORES DE RIESGO DE AGRESIVIDAD INFANTIL EN ESCOLARES**”, como requisito como Credencial de Merito para la Obtención del Grado de Especialista en Puericultura y Pediatría que otorga la Universidad de los Andes.

A tal efecto se elaboró el instrumento tipo “Cuestionario”, dirigido a los Padres donde se tomará las opiniones provenientes de la muestra de estudio seleccionada, para evaluar la conducta agresiva en escolares que acuden a la consulta de la Unidad de psiquiatría Infanto-juvenil del Hospital Central y generar estrategias para un diagnóstico precoz y un manejo adecuado de la agresividad infantil, con el fin de mejorar calidad de vida y pronóstico.

De antemano gracias por su amable atención y colaboración.

Atentamente.-


Med. Cirujano. Francia Tatiana Agudelo Vargas
C. I. N° 13.708.850

Anexo:

- e) Constancia de Validación.
- f) Tabla con Criterios de Evaluación, Revisión y Validación de los ítems.
- g) Objetivos de la Investigación – Cuadro de Operación de las Variables.
- h) Instrumento.

**REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD DE LOS ANDES
FACULTAD DE MEDICINA
HOSPITAL CENTRAL DE SAN CRISTOBAL
POSTGRADO DE PUERICULTURA Y PEDIATRIA**

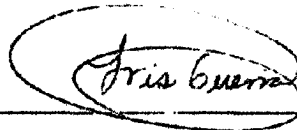
d) Validación

Quien suscribe, Iris Guerra, portador de la cedula de identidad N° 12.232.021, con título en Magíster en Ingeniería Industrial, a través de la presente, manifiesto que he validado el modelo de cuestionario diseñado por la Med. Cirujano. Francia Tatiana Agudelo Vargas, titular de la cedula de identidad N° 13.708.850, alumna de la especialización en Pediatría de la Universidad de los Andes, cuyo Trabajo de Grado tiene por objetivo evaluar la conducta agresiva en escolares que acuden a la consulta de la Unidad de psiquiatría Infanto-juvenil del Hospital Central y generar estrategias para un diagnóstico precoz y un manejo adecuado de la agresividad infantil, con el fin de mejorar calidad de vida y pronóstico.

Y considero que el Cuestionario presentado:

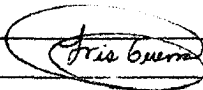
www.bdigital.ula.ve

En San Cristóbal a los 16 días del mes de agosto del 2013.



Msc. Ing. Industrial Iris Guerra

e) Tabla de Criterios

REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA UNIVERSIDAD DE LOS ANDES FACULTAD DE MEDICINA HOSPITAL CENTRAL DE SAN CRISTOBAL POSTGRADO DE PUERICULTURA Y PEDIATRIA					
				Fecha:	16/08/2013
Datos del Experto					
Nombres y Apellidos:		Iris Maude Guerra Chaparro			
N° Cedula de Identidad:		12.232.021			
Profesión:		Ing. Industrial, Msc. Ingeniería industrial			
CRITERIOS PARA LA VALIDACIÓN					
C=	Coherencia de los ítems con los objetivos.			P=	Pertinencia
R=	Redacción.			V=	Validez interna (del contenido)
Indique con una equis "X" cada uno de los aspectos si los considera correctos, de los contrato adicione sus observaciones.					
TABLA DE VALIDACIÓN					
ITEMS	C	P	R	V	OBSERVACIONES
					Agregue comentarios, sugerencias en caso de mejorar el ítems
1	x	x	x	x	
2	x	x	x	x	
3	x	x	x	x	
4	x	x	x	x	
5	x	x	x	x	
6	x	x	x	x	
7	x	x	x	x	
8	x	x	x	x	
9	x	x	x	x	
10	x	x	x	x	
11	x	x	x	x	
12	x	x	x	x	
13	x	x	x	x	
14	x	x	x	x	
15	x	x	x	x	
16	x	x	x	x	
17	x	x	x	x	
18	x	x	x	x	
19	x	x	x	x	
20	x	x	x	x	
Msc. Ing. Iris Guerra					

f) Objetivos de la Investigación – Cuadro de Variables

Objetivo General

Realizar un diagnóstico de los factores de riesgo asociados al desarrollo de agresividad infantil en escolares que asisten a la consulta de la Unidad de Psiquiatría Infanto-juvenil del Hospital Central de San Cristóbal durante el periodo correspondiente de Enero a Julio 2013.

Objetivo Específicos

- Determinar la prevalencia de conducta agresiva en niños escolares que acuden a la consulta de psiquiatría infanto-juvenil del Hospital Central de San Cristóbal.
- Determinar la relación que guarda el género con el desarrollo de conducta agresiva.
- Identificar los tipos de agresividad infantil en niños escolares que acuden a la consulta de psiquiatría infanto-juvenil del Hospital Central de San Cristóbal.
- Determinar si la agresividad infantil influye en el rendimiento escolar.
- Dar a conocer los factores de riesgo asociados a conducta agresiva infantil.
- Determinar si existen factores de riesgo con mayor influencia para el desarrollo de conductas agresivas en niños.

Cuadro de Variables

Objetivo General	Variables	Definición	Dimensión	Indicadores
Realizar un diagnóstico de los factores de riesgo asociados al desarrollo de agresividad infantil en escolares que asisten a la consulta de la Unidad de Psiquiatría Infanto-juvenil del Hospital Central de San Cristóbal.	Factores de riesgo en niños escolares con conducta agresiva que acuden a la consulta de psiquiatría del Hospital Central de San Cristóbal. Diagnóstico cuantitativo (Método Estadístico)	Factores de riesgo en niños escolares con conducta violenta: son situaciones que pueden predisponer a un individuo a sufrir de una enfermedad cuando es expuesto al mismo. La evaluación tiene una realimentación entre si y un impacto con el paciente. Su finalidad es cumplir eficientemente la cadena de interrelación en el tratamiento del niño.	1.- Factores (ambientales, escolares, familiares y personales): 1.1.- Información. 1.2.- Psicología al niño. 1.3.- Pedagogía en el Hogar. 1.4. Variable dependiente: Agresividad. 1.5. Variables Independientes	1.1.1.- Antecedentes de Historias Médicas. 1.1.2.- Encuesta. 1.1.3.- Observación directa. 1.1.4.- Entrevista directa. 1.2.1.- Tipo de Amigos. 1.2.2.- Comportamiento dentro del hogar. 1.2.3.- Relación con sus Padres. 1.3.1.- Técnicas de grupo y juegos que realiza en su hogar. 1.3.1.- Tratamiento en relación a actividades cotidianas. 1.3.2.- Control parental ante medios de comunicación. 1.3.3.- Evaluación y tratamiento ante episodio de mal comportamiento. 1.3.4.- Patrón de conducta de los padres en la solución de conflictos agresivos. 1.4.1. Factores de riesgo. 1.4.2. Sexo, Edad, Procedencia, Tipo de Familia y Progreso Escolar.