



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 20

***FACTORES ASOCIADOS A
LA CONDUCTA AGRESIVA
EN NIÑOS PREESCOLARES
DE 2 A 4 AÑOS***

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO
DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A:

MARGARITA ORTÍZ SERRALDE

**TUTORA:
DRA. SANTA VEGA MENDOZA**



MÉXICO D. F.

GENERACIÓN 2006-2009



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Vo. Bo.

ASESOR DE TESIS

DRA. SANTA VEGA MENDOZA

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PROFESORA ADJUNTA DEL
CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 20 DEL MSS

Vo. Bo.

DRA. VICTORIA PINEDA AQUINO

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
MAESTRIA EN CIENCIAS
COORDINADORA CLÍNICA DE
EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 20 DEL IMSS

Vo. Bo.

DRA. MARIA DEL CARMEN AGUIRRE GARCÍA

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PROFESORA TITULAR DEL
CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 20 DEL IMSS

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a mi esposo, por ser el resorté que me impulso para realizar la especialidad, por ser la razón que me llevó a alcanzar la madurez mental y encontrar el verdadero valor de mí como persona.

Por ser él quien siempre ha estado a mi lado en las buenas y en las malas, haciéndome reflexionar e impulsarme para mi superación como esposa, hija, amiga y profesional, por el gran amor que me tiene y que es correspondido.... Gracias por tu apoyo.

Lo máximo
es estar contigo
y lo difícil
es estar sin ti.....

TE AMO

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por permitirme haber llegado hasta donde estoy, a mi madre por haberme dado la vida, a mis profesoras por haberme transmitido el conocimiento que me permitirá ser mejor profesional al servicio de la humanidad, aunque yo hubiera querido sacarles más, me quedo con lo que me dieron sin perder el espíritu del investigador, por lo que seguiré estudiando para elevar mis conocimientos.

Agradezco también a mis compañeros por la enseñanza mutua que tuvimos en los diferentes grados de jerarquía, me enseñaron que debo confiar en mí y en mi conocimiento para lograr el triunfo anhelado, que es ayudar al paciente a mejorar su salud.

Agradezco a Lolita y Rosy por la ayuda que me proporcionaron en el fotocopiado y la búsqueda del material bibliográfico.

Agradezco a mi familia que fue comprensible y paciente, porque tuve que sacrificar momentos especiales por estar en mis guardias.

Pero agradezco principalmente a mi esposo que me apoyo en todo momento y me ayudo en todo lo que pudo y siempre estuvo conmigo, no permitiéndome dudar en los momentos más duros.

A los que se me haya pasado mencionar, muchas gracias por su ayuda y apoyo, siempre estarán en mi corazón.

Gracias porque todos ustedes de una u otra forma contribuyeron a mi formación profesional y eso es algo que jamás olvidaré y siempre les estaré agradecida.

RESUMEN

FACTORES ASOCIADOS A LA CONDUCTA AGRESIVA EN NIÑOS PREESCOLARES DE 2 A 4 AÑOS.

Ortíz-Serralde Margarita*. Vega-Mendoza Santa**.

* Médico Residente de Medicina Familiar, ** Profesora Adjunta del Curso de Especialización de Medicina Familiar UMF 20.

Introducción: En la vida individual y social del niño preescolar, la conducta agresiva se manifiesta física y verbalmente, estos tipos de comportamientos son aprendidos e influidos por factores genéticos, biológicos, psicológicos y socioculturales del medio ambiente donde se desenvuelve el niño y que van a determinar su carácter y personalidad. **Objetivo:** Determinar los factores asociados a la conducta agresiva en los niños preescolares. **Material y métodos:** Se realizó un estudio transversal analítico, en la Estancia infantil No. 11 del IMSS, en 146 niños de 2 a 4 años que acudieron del 1º junio al 31 de junio 2008, por muestreo no probabilístico por conveniencia. La intervención fue un cuestionario dirigido a los padres para explorar factores sociodemográficos del niño, su padre y su madre, así como del FACES III para adaptabilidad y cohesión familiar y el de conductas agresivas con el instrumento de Buss y Perry modificado para preescolares. **Análisis estadístico:** Se analizó la información con estadística descriptiva, frecuencias, porcentajes, RM e IC del 95%. **Conclusiones:** La frecuencia de conductas agresivas fue escasa en 37.7%, leve 56.8% y moderada en 56.8%, factores biopsicosociales y familiares asociados a conductas agresivas fue sueño diurno con agresividad leve 32.5% y autoridad recaída en la madre con agresividad leve 19.3% y moderada 62.5%, sexo masculino en 57.5%, en 3 años de edad 48.8 %. En conclusión los factores relacionados a la agresividad en los preescolares fueron la presencia de sueño diurno y la jerarquía recaída en la madre.

Palabras clave: niños preescolares, factores asociados, conducta agresiva.

INDICE

RESUMEN	
MARCO TEÓRICO.....	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	11
OBJETIVOS.....	12
HIPÓTESIS.....	13
JUSTIFICACIÓN.....	14
SUJETO, MATERIAL Y MÉTODOS.....	16
RESULTADOS.....	22
DISCUSIÓN.....	54
CONCLUSIONES.....	58
COMENTARIOS Y RECOMENDACIONES.....	59
BIBLIOGRAFÍA.....	60
ANEXOS.....	65

MARCO TEÓRICO

La familia tiene la tarea de preparar a sus miembros para enfrentar crisis, si se toma en cuenta que es este el medio donde se desarrolla el niño así como las diferentes etapas del ciclo vital, según el autor Geyman. ⁽¹⁾ La fase en la familia que más importancia tiene dentro del desarrollo del niño es la fase de expansión, que inicia cuando se que se tienen hijos ya sea por embarazo o por la adopción e incluye la crianza y desarrollo de éstos durante sus primeros años, correspondiendo al periodo en que los hijos son dependientes de sus padres. Lo que implica un cambio radical en la organización familiar como el cuidado, la educación, la alimentación, darle afecto, cariño e ir moldeando su comportamiento que puede originar crisis en la dinámica familiar, como realizar ajustes para enfrentar la paternidad o pueden surgir problemas en el subsistema conyugal como en el subsistema paterno-filial. Por lo que es necesario la existencia de límites claros, directos y sencilla comunicación de sentimientos, actitudes y demandas para estimular en el niño su desarrollo psicoafectivo y evitar incongruencias en la forma de educar para no generar agresividad, pobre autoestima, confusión y comportamientos hostiles y manipuladores de los hijos. ^(2,3)

Esto nos lleva a analizar el desarrollo psicológico que tiene el niño en la etapa preescolar de 2 a 4 años, que es la etapa en la que alrededor de los 2 años el sistema nervioso alcanza la madurez, al coordinar mejor sus movimientos y tiene control sobre su postura, aumenta su vocabulario que va de 150 palabras a las 2 años a 1500 a los 3 años aproximadamente. Es curioso por naturaleza y esto lo llevará a seguir aprendiendo, lo que impulsará su autonomía; el niño empezará a conocerse a si mismo y a los demás, en esta etapa le es más fácil comenzar una acción que dejar de hacerla; hace rabietas con las cuales pretende la satisfacción inmediata de sus deseos como pegar, morder o dar patadas; además surge el no o fase del negativismo, siendo una actitud de protesta o negación ante todo lo que se le dice o pretende que haga; y en su afán de demostrar su independencia le hará a veces hacer sólo cosas prohibidas; a los 3 años hará su obstinación más llevadera, comprensible y tolerante. Por lo general se limita a juegos solitarios o de tipo paralelo junto a otro niño, es egocéntrico y tiene un creciente sentido de posesión. Cambia con frecuencia de una actividad a otra, predominando correr, trepar o arrastrarse. Es la "edad mágica" donde el niño cree todo lo que se le dice y teme ser abandonado, de ahí que no se debe abusar de su credulidad; y por lo tanto comienza a identificarse con el padre del mismo sexo y así favorece su identidad. De los 3 a 4 años ya el niño toma "conciencia de sí mismo, empieza a hablar en primera persona, suele terminar la etapa del negativismo. Son muy sociables; su lenguaje se perfecciona; juega con otros niños, mostrando gran

imaginación en el juego y refleja el “juego simbólico” que es cuando asigna a cada objeto o juguete de su actividad un papel o rol. Le cuesta compartir sus juguetes con otros niños y los lleva consigo a donde vaya. Tiene mejor coordinación de sus movimientos subiendo y bajando escaleras alternando los pies, abrocha y desabrocha sus botones. Representa en su pensamiento la acción que va a realizar y expresa mediante el lenguaje hechos pasados. Planteará preguntas con los “por qué”; continúa creyendo todo lo que le digamos. A esta edad inicia el curso escolar, lo que supone para algunos niños un trauma y manifestará rechazo mostrándose agresivo. Representará partes del cuerpo humano en un dibujo; se identificará con el progenitor del mismo sexo y descubrirá la diferencia anatómica entre los diferentes sexos. ⁽⁴⁾

Entendemos con lo anterior que hay diversos aspectos que influyen en el desarrollo del niño, abarcando crecimiento físico, biológico, psicológico y adaptación social, capacidades generadas por procesos de maduración orgánico-fisiológica y de funciones cognoscitivas. El niño al nacer, llega a desarrollarse por medio del aprendizaje que se da en primera instancia dentro de la familia a través de la socialización primaria, principalmente es el vínculo con la madre, aludida como apego que esta asociada con la satisfacción de necesidades, placer, alivio de la tensión y motivo de contento, lo que desarrolla interdependencia entre la madre y el hijo; constituyendo sentimientos de confianza y seguridad. ⁽⁵⁾

Esta fuerte interdependencia se ve alterada cuando hay sobreprotección o rechazo materno que conduce a comportamientos dependientes del niño o su aislamiento, lo que dificulta su socialización, desarrollando el niño angustia, patrones de conducta agresiva y sentimientos de culpabilidad. ⁽⁶⁾

Entonces la personalidad del niño se ve afectada, proceso por el cual el niño adquiere patrones conductuales y valores dentro de la familia como grupo social. Ya dentro de la familia, las actitudes, valores y conductas de los padres influirán en el desarrollo de sus hijos. ⁽⁷⁾

Lo que crea que haya diversidad en los estilos de crianza que influyen en las competencias, destrezas sociales y cognoscitivas, además de patrones agresivos en los niños. Dentro de estos estilos se tienen a los padres democráticos; que tienen hijos más competentes, se llevan bien con otros niños, están orgullosos de sus logros y deseando actuar como una persona mayor, los niños experimentan la satisfacción de poder cumplir con las expectativas de sus padres, los cuales tienen una imagen realista de lo que sus hijos son capaces de dar; los padres permisivos que no ofrecen orientación, ni disciplina al niño y lo que lo angustia y deprime, y no sabe de que forma debe comportarse; y los padres autoritarios que controlan a sus hijos de manera estricta utilizando el castigo y los golpes, los niños se sienten inseguros y temerosos, que no saben que comportamiento provocará un castigo. ⁽⁸⁾ Ahora padres agresivos tienen hijos agresivos, mostrándoles las formas de agredir y enseñando mediante su conducta que es la forma apropiada de resolver conflictos; en donde un padre poco exigente, que tenga actitudes hostiles,

desaprobando y castigando con agresión física o amenazante a su hijo, estará fomentando la agresividad en el niño, por lo que si se da maltrato infantil esté tendrá repercusiones en su comportamiento y personalidad. ⁽⁹⁾ De lo anterior se deduce que el maltrato infantil son los menores que enfrentan y sufren violencia física, emocional o ambas, ejecutadas por actos de acción u omisión, pero siempre en forma intencional, por las personas responsables de ellos, el comportamiento que da el maltrato en los niños es de actitudes agresivas, destructivas, rebeldes, hiperactividad o apatía, timidez, miedo, ansiedad, aislamiento, culpa, sentimientos de ser malos, en el ámbito escolar es frecuente la inasistencia y el bajo rendimiento, desconfianza y enojo. ⁽¹⁰⁾

Estas pautas de crianza familiar y la interacción con el medio, hacen que el niño aprenda a comportarse de cierta forma, a conseguir objetivos y a resolver conflictos, aprendiendo a diferenciar entre lo aceptable de lo inaceptable, aprende además sobre agresiones, cooperación, honestidad, compartir, castigos, desobediencia, recompensas, conductas agresivas y berrinches. ⁽¹¹⁾ Como también podemos encontrar que familias inestables con problemas de desempleo, sin identidad y con gran componente de amargura, niños no deseados, malos tratos físicos o psicológicos, o abusos sexuales, madre incapaz de entender las necesidades afectivas de su hijo, padre distante ausente o violento incapaz de dar cariño, la ausencia total de autoridad y límites, las continuas disputas en la familia y entre la pareja, abuso de alcohol, tabaco, consumo de drogas ilegales, ausencia constante y prolongado de los padres del hogar familiar y la incomunicación entre padres e hijos. ⁽¹²⁾

Esto nos lleva a que debemos tener presente que dentro del desarrollo psicológico normal del niño preescolar este tiene conductas agresivas entre los 2 y 3 años cuando se siente frustrado por no ver cumplidos sus deseos, entonces el niño araña, muerde y pega; y antes de esta edad lo que muestra el niño es rabia, mediante pataletas y gritos. A partir de los 4 años es cuando esta agresividad pasa a ser expresada verbalmente, si continúan mostrándose agresivos, se convierte en una conducta problemática. El grado de agresividad, la edad de aparición y su permanencia en el tiempo hará determinar la intervención en modificar esta conducta. Generalmente tras este comportamiento hay baja autoestima y la expresión de un exceso de tensión o angustia; para unos la agresión es una forma de dominar al grupo y para otros es imitar lo que han visto en casa. La consideración de estos aspectos nos lleva a referirnos que la agresividad puede ser física o verbal, con autoagresividad y agresividad hacia los demás. ⁽¹³⁾ Los niños a la edad mencionada anteriormente suelen mostrar terquedad, oposición a los padres y maestros, este comportamiento no presenta ninguna anomalía, sin embargo cuando estos síntomas se hacen más frecuentes, repetitivos y se convierten en un comportamiento agresivo hacia a los demás, influyendo en su vida escolar, social y familiar, entonces se debe pensar en un trastorno de conducta. ⁽¹⁴⁾

De acuerdo a lo anterior, en la vida individual y social del niño, la agresividad se muestra a cada paso con múltiples rostros, puede ser física o verbal, realista o simbólica, deliberada o impulsiva, defensiva o vengativa. Puede despertarse por estímulos internos o ser evocada por situaciones externas; puede ser desplazada o inhibida; puede verterse al exterior o estar dirigida contra la propia persona; puede ser instrumento en el logro de una meta racional y a menudo irracional; ser agresivo, constituye a veces un modo de ser y un rasgo del carácter del individuo. Términos tales como cólera, enojo, hostilidad, odio, resentimiento, violencia, crueldad, sadismo, destructividad, etc, se refieren a distintos niveles de organización, o expresión de la agresividad. ⁽¹⁵⁾

Por lo cual se considera que la agresión es un ataque, con la intención de causar daño, por lo que este comportamiento intenta ofender a alguien mediante insultos, comentarios hirientes o a través de golpes, violaciones, lesiones, etc. Después de considerar esto, debemos de saber que hay dos tipos de agresión; una la agresión emocional, hostil o colérica, que es un estado emocional a la reacción a alguna provocación previa que persigue causar daño, este se infringe sin ningún motivo, como el golpear a una persona por la ira tras un insulto; y la agresión instrumental que esta privada de emoción, cuyo objetivo no es causar daño, la agresión es un medio para otro objetivo, que mediante esta, pretende anular a la persona, y se produce para obtener algo por difamación o calumnia. ⁽¹⁶⁾

Uno de los autores que ha estudiado la agresividad es Erich Fromm, que en su libro "La anatomía de la agresividad humana", contempla dos tipos de agresión que describe una como biológicamente adaptativa, que esta genéticamente programada y, común tanto en los animales como en los hombres; el otro tipo es la agresión maligna, como son la destructividad y la crueldad, que no es biológicamente adaptativa y es común únicamente a los hombres. ⁽¹⁷⁾

En los niños la agresividad es cuando un niño tiene propensión a agredir a otro niño y apreciamos que intenta causar daño físico o psicológico. Estas conductas agresivas son intencionadas y su principal característica es la violación de las reglas y las normas de la sociedad, por lo tanto tenemos al niño agresivo, que son los que recurren a la violencia física contra la propiedad, y contra las personas, lo cual incluye actos de vandalismo; y al niño no agresivo que son los que violan las normas, se escapan, roban o abusan de sustancias nocivas, pero que no son físicamente violentos con los demás. ⁽¹⁸⁾

Aunado a lo anterior, hay varias clases de comportamiento agresivo; primero según la modalidad, si es agresión física o verbal; segundo según la relación interpersonal, donde la agresión puede ser directa o indirecta; y tercero según el grado de actividad implicada donde la agresión puede ser activa o pasiva. En el caso de los niños, generalmente suele presentarse la agresión en forma directa, como un acto violento contra una persona; este acto violento puede ser físico, como patadas, pellizcos, empujones, golpes, etc; o verbal como insultos,

palabrotas y amenazas. También puede manifestarse en forma indirecta o desplazada, en la que el niño arremete contra los objetos de las personas que han sido el origen del conflicto. ⁽¹⁹⁾

Ahora hay una interrogante del por qué hay comportamiento agresivo; según la literatura hay dos teorías. La primera es la teoría activa, donde el origen son los impulsos internos, lo que significa que la agresividad es innata, y puede darse sin que exista provocación previa. Esta se subdivide a su vez en la teoría del impulso, comenzando con la hipótesis de la frustración-agresión, donde la agresión es una respuesta a una situación frustrante, donde parece ser que la frustración facilita la agresión, pero no es una condición necesaria para ella; y la teoría del aprendizaje social, en donde las conductas agresivas se aprenden por imitación u observación de modelos agresivos, con reforzamiento de la agresión, y considera a la frustración como una condición facilitadora, no necesaria de la agresión; y la segunda es la teoría reactiva, cuyo origen se encuentra en el medio ambiente que rodea al individuo, encontrándose una reacción frente a los sucesos ambientales. ⁽²⁰⁾

Sobre la base de lo anterior la agresividad como tendencia a ser agresivo debe ser distinguida de la conducta agresiva y de las expresiones afectivas de la agresividad; las emociones de enojo y de cólera y los sentimientos de odio y hostilidad. ⁽²¹⁾ La cólera y el enojo emergen en presencia de una señal adecuada interna o externa, instigan una conducta agresiva o implican un contenido ideativo y de actividad corporal que puede incluir cualquiera de los modos de expresión física de la agresión tales como morder, tragar, herir, destrozar, romper, mutilar, etc; así mismo tenemos que la violencia se refiere a la expresión directa, cruda y explosiva de la agresividad. ⁽²²⁾

De tal forma la violencia y los comportamientos agresivos son aprendidos en los primeros años de vida, estos comportamientos son influidos por varios factores como genéticos, biológicos, psicológicos, familiares y socioculturales del medio en que se desenvuelve el niño; los que van a determinar su carácter y personalidad. ⁽²³⁾

Entre los factores biológicos encontramos que la mala nutrición o problemas de salud específicos pueden originar en el niño una menor tolerancia a las frustraciones por no conseguir pequeñas metas, y por tanto incrementar las conductas agresivas. ⁽²⁴⁾ Dentro de estos, se han encontrado diversos factores que provocan cambios conductuales en el niño, como el consumo de alimentos con metilxantinas como el chocolate o algunos refrescos ricos en cafeína pueden provocar estados de excitación nerviosa. Ligeras hipovitaminosis de tiamina, falta de minerales y nutrientes descompensan el proceso bioquímico del SNC (sistema nervioso central). Alergia a la proteína de la leche de vaca u otras alergias, pueden dar lugar a síndromes como el de tensión-fatiga o estados de hipercinesia. Ciertas reacciones adversas a fármacos como la teofilina para el asma, o metilfenidato

para el trastorno por déficit de atención pueden desencadenar alteración del estado conductual. La alteración del ritmo circadiano genera un estado de fatiga psíquica caracterizada por irritabilidad, circunstancia que aflorara también en la actividad escolar. Otros factores como la iluminación inadecuada, la contaminación acústica también pueden influir en la conducta de los niños. ⁽²⁵⁾

También se ha encontrado que la exposición al plomo, provoca en el niño agresión; esto se debe a que el plomo puede destruir el sistema inhibitorio de la agresión. El nivel de absorción de este metal depende de factores como la dieta; el plomo y el calcio se unen a los mismos receptores, por lo que un niño sin calcio disponible absorbe más plomo; esta exposición puede ser transplacentaria por leche materna, polvo de habitación, pinturas, suelos contaminados, latas de alimentos y bebidas, soldaduras, tinturas y maquillajes. ⁽²⁵⁾

En este sentido, mecanismos cerebrales influyen en la conducta agresiva; en la que se ha relacionado la actividad de la MAO (monoaminooxidasa) plaquetaria con una capacidad pobre de impulsos. Suicidas, pirómanos, agresores físicos y adolescentes crueles con los animales poseen niveles bajos de serotonina (S). En sujetos agresivos la dopamina y la noradrenalina (NA) suelen estar aumentadas. Recientes investigaciones sugieren que la S aporta el carácter impulsivo e irritable a los sujetos agresivos, y la NA marca la dirección de esta hostilidad. Encontramos la siguiente relación entre neurotransmisores y conducta agresiva; primero baja S y alta NA es igual a tendencia a trastorno impulsivo de la personalidad con agresiones hacia el medio; y segundo baja S y baja NA es igual a tendencia hacia depresión con agresiones hacia el propio sujeto. Las estructuras límbicas y los lóbulos frontal y temporal son los centros donde la mayoría de hallazgos sitúan la expresión de la agresividad. ⁽²⁶⁾

Ahora bien; de acuerdo con lo mencionado anteriormente, debemos tener en cuenta que estas influencias, también están determinadas por los aspectos psicológicos propios del niño; como por el temperamento que es la tendencia a reaccionar ante el medio ambiente, donde un niño con temperamento colérico, irritable, independientemente de los factores adquiridos mostrará una conducta diferente ante su igual que sea pacífico, accesible y adaptado, estos síntomas pueden determinar una serie de comportamientos que pueden desencadenar una psicopatología como baja resistencia a la frustración que induce en el niño a reacciones agresivas; ansiedad con consecuencia a inhibir el ámbito afectivo, manifestada con represión de la agresividad, reactivación de sentimientos provocados por experiencias dolorosas que desencadenan angustia; el bajo autocontrol con falta de límites claros, precisos y razonados dificultan la comprensión de un concepto, esto permite al niño a reconducir sus impulsos en situaciones estresantes, generando dificultad en su pensamiento y baja autoestima, donde la imagen de si mismos es negativa, además conductas disruptivas en el ámbito escolar, con actitudes desfavorables hacia el aprendizaje, los profesores, la institución y el incumplimiento de la normativa escolar. La

carencia afectiva a la que son sometidos es determinante de su desarrollo, lo que repercutirá en sus relaciones humanas y en su entorno, lo que determina dificultades de relación hasta el punto de no querer establecer ningún tipo de nexo afectivo por el miedo al fracaso. ⁽²⁷⁾ Como se menciono anteriormente, el factor principal en la socialización primaria del niño es con los padres; al existir rechazo parental, con ausencia de calor, afecto o amor de los padres hacia sus hijos, predominado manifestaciones de ira, agresividad y rechazo se relacionan con problemas de salud mental en los hijos. De acuerdo a esto se realizo un estudio en escuelas públicas de Valenciana España, en la que se demostró que las características de personalidad de los niños rechazados difieren significativamente de los niños cuyas relaciones con sus padres no presentan características disfuncionales. Los niños rechazados tienden a reaccionar hostil y agresivo, muestran escasa confianza, estima, aceptación, y son negativos. ⁽²⁸⁾ En este sentido, estando el niño inmerso en una sociedad, nos encontramos con la violencia humana, la cual es una conducta compleja, biológicamente sustentada, que forma parte del sustrato genético, con factores de socialización modelados a partir del entorno cultural; por tanto se afirma que es una conducta social aprendida, proceso que influye en la personalidad individual del desarrollo infantil. ⁽²⁹⁾

Dentro de los aspectos psicológicos, existen también estados patológicos que pueden alterar las conductas en los niños de una forma agresiva, dentro de las que podemos encontrar como el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) o sin ella que representa el 3 a 6% de niños en edad escolar, la sintomatología implica el déficit de atención y la conducta hiperactiva e impulsiva. Niños con TDAH y conductas agresivas se encuentra en los que manifiestan una conducta agresiva preactiva o sea, planificada, deliberada, o dirigida a obtener un beneficio; y niños con agresividad reactiva, o sea conductas agresivas defensivas de carácter más impulsivo que se produce como respuesta a que el niño interpreta que es una provocación o un ataque ⁽³⁰⁾; el autismo, caracterizado por una escasa interacción social, con problemas en la comunicación verbal y no verbal, actividades e intereses limitados, inusuales y repetitivos, que también pueden caer en conductas autodestructivas como morderse o golpearse la cabeza, así como con agresividad ⁽³¹⁾; la depresión infantil (DI) puede estar enmascarada por la presencia de hiperactividad, conducta agresiva, quejas físicas o ausentismo escolar ⁽³²⁾, la DI detectada entre la población infantil es alrededor del 8 a 10% y está caracterizada por tristeza, irritabilidad, llanto fácil, pérdida de la autoestima, falta del sentido de humor, sentimiento de no ser querido, aislamiento social, cambios en el sueño, cambios de apetito y peso, hiperactividad, disforia e ideación suicida, por lo cual los niños criados por padres depresivos tienen tasa más alta de problemas de conducta ⁽³³⁾; y en pacientes que presentan crisis parciales complejas podrían comportarse de manera agresiva y violenta sobre todo si las crisis están mal controladas. ⁽³⁴⁾

Además encontramos otras patologías como Enfermedad de Cushing, hiperandrogenismo, hipertiroidismo e hipoglucemia que también se han visto asociadas a las conductas violentas; donde los hombres presentan más frecuencia de conducta antisocial en la infancia, en proporción de 4:1, encontrándose un influjo de los andrógenos, en particular la testosterona, asociada con la sexualidad, la dominancia social y la agresividad en animales ⁽³⁵⁾ ; por lo que todos estos aspectos deben considerarse en un niño con comportamiento agresivo.

Dentro del contexto escolarizado, al llegar a la edad preescolar, los niños pasan del medio familiar al escolar, insertándose en una dualidad de espacios socializadores que es la familia y el jardín de niños, donde la incorporación del niño a esta, presenta una variedad de reacciones y formas de adaptación, que van desde la naturalidad hasta la ansiedad, y reflexiones sobre el papel de la educadora en la adaptación del niño al jardín de niños ⁽³⁶⁾ ; la educación de los niños en el centro escolar, es responsabilidad de los profesores para enseñar habilidades para el óptimo desarrollo personal, quienes enseñan estas habilidades construyen modelos con quienes los niños aprenden; donde aparecen indicadores de comportamientos agresivos y pasivos. Colegios con alto grado de rotación del personal y con poco contacto con los padres, suelen ser generadores de mayores niveles de agresividad y trastornos de conducta.⁽³⁷⁾ Respecto a las Guarderías y estancias infantiles del IMSS, el perfil del personal deben contar con estudios de asistente educativa, del sexo femenino, entre edades de 18 a 30 años, experiencia laboral no indispensable, contar con habilidades en el manejo del lenguaje, creatividad, trabajo en equipo, destreza manual y observación, inclinación a prestar ayuda a quien lo necesita, responsabilidad, establecimiento de relaciones interpersonales cordiales y respetuosas, ajuste emocional, tendencia a controlar las reacciones emocionales ante situaciones de estrés para emitir una respuesta adecuada e interés por el trabajo con los niños, y actitud preferencial manifiesta hacia los niños, todo esto para lograr una mejor enseñanza a los niños y no favorecer conductas agresivas.⁽³⁸⁾

Otras formas que influyen en los comportamientos de los niños son los medios de comunicación con difusión de la violencia, sexo fácil y aparente inocuidad en el consumo de sustancias tóxicas, especialmente de televisión y cine. El 90% de los dibujos animados incitan a la violencia.⁽³⁹⁾ En un estudio realizado por Pediatría en Cantabria en 1998, el consumo de televisión en niños de 2 a 5 años es de 9 hrs/semana y en los de 10 a 13 años es 14.36 hrs/semana.

El porcentaje de niños con TV en su habitación aumenta con la edad (el 10% en los pequeños, 15% en los medianos y 19% en los mayores).⁽⁴⁰⁾ Otros datos en este estudio llevan a la conclusión de que se debe limitar el consumo a menos de 2 hrs/día y que a más hrs de TV corresponde la aparición de múltiples factores de riesgo.⁽⁴¹⁾ Otras investigaciones sobre la violencia aseveran que los niños exhiben más conductas agresivas después de ver modelos agresivos en la TV o en el cine, que en presencia de programas no agresivos o neutros; también se comprobó que

los niños que muestran signos de angustia o malestar mientras observan escenas violentas, son menos propensos a tener conductas agresivas posteriormente.

De la mano va el uso de juguetes como pistolas o espadas, jugar a hacer chocar cochecitos, videojuegos, incluso los juegos como competiciones, carreras y artes marciales que permiten canalizar una agresividad natural del niño, que no es destructiva, sino que tiene un matiz de lucha personal por lo que uno quiere se afirma que este tipo de juguetes, tachados por algunos de violentos, aunque esto ha existido, dado que la agresividad forma parte del ser humano y es necesario canalizarla; con frecuencia los padres desconocen detalles sobre el uso de estos juegos, así como la edad recomendada para cada uno, debido a la desinformación aportada por el fabricante; por lo que el principal peligro que ofrecen es fomentar el aislamiento, el individualismo, creencia de que el mundo es un lugar cruel, desensibilización a la violencia, niños que se tornan más agresivos, lo que hay que luchar con la idea de juguete educativo, pues todos los juguetes educan en distintas facetas, donde pueden fomentar desarrollo motor, habilidades sociales, afectividad, capacidad lingüística y la de imaginar, por eso el juguete, ante todo, debe ser lúdico. ⁽⁴²⁾

Englobando lo anteriormente citado, en diversas investigaciones se han propuesto que hay factores de riesgo que propician comportamientos agresivos en los niños como las características propias de los niños, las características de los padres; los factores contextuales y la interacción padre-hijo, así mismo se han clasificado factores protectores que previenen la conducta antisocial como las relaciones de apoyo padre-hijo, los métodos positivos de disciplina, el monitoreo y la supervisión, que las familias estén dedicadas a sus hijos y que los padres busquen información y apoyo, encontrándose que hay relación entre la conducta agresiva en la infancia y los problemas de conducta antisocial a la edad adulta, esto considera que la agresividad del niño en su casa se relaciona significativamente con su agresividad en el escenario escolar tanto en el salón de clase como en el patio de recreo.⁽⁴³⁾ En otro estudio se demostró que la agresividad en familias impulsivas y disfuncionales es del 90 al 100%. ⁽⁴⁴⁾

Dentro de las investigaciones realizadas en el grupo de los preescolares nos encontramos que en uno realizado en Sevilla España, se examinó la naturaleza de la agresión injustificada, se tomaron niños de entre 4 y 6 años de edad, los varones fueron significativamente más agresivos en 20.4% y las niñas en 2.3%, con tipo de agresión física más frecuentemente. ⁽⁴⁵⁾ En las variedades de estudios, se aprecian más frecuentemente investigaciones en niños en edad escolar y adolescentes, siempre con una marcada asociación en factores psicosociales y conductas agresivas. Al tener en cuenta los factores asociados a estas conductas, ahora debemos de prevenir el comportamiento agresivo, donde la mejor estrategia consiste en modelar el ambiente y disponer de conductas alternativas a la agresión.⁽⁴⁶⁾ Se logra instruyendo y reforzando conductas adaptativas al tiempo que no se refuercen las conductas agresivas, esto se logra teniendo calma por

medio de la expresión facial, la postura, los gestos, lo que se dice, el tono de la voz, la velocidad y el volumen con que se dicen las cosas. Reforzar siempre cualquier intento que el niño haga, aunque sea pequeño, cuando se muestre en situaciones conflictivas. ⁽⁴⁷⁾

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Considerando la importancia y el impacto que las conductas agresivas tienen actualmente a nivel social y la preocupación que generan actualmente en el ámbito familiar, observe que el tener un comportamiento agresivo conlleva en nuestro caso concreto, a los niños a que tengan complicaciones y dificultades en las relaciones sociales; y que esto impide una correcta integración en cualquier ámbito. A si es que, normalmente, cuando un niño sostiene una conducta agresiva es porque reacciona ante un conflicto, con estos conflictos, los niños se sienten frustrados y construyen una emoción negativa a la cual reaccionará de una forma agresiva o no, dependiendo de sus experiencias y modelos. El niño puede aprender a comportarse de forma agresiva porque lo imita de los padres, otros adultos o compañeros.

En este sentido, dentro del contexto familiar y escolar, una de las dificultades de los padres de familia en las Estancias infantiles es saber cómo tratar con la agresividad de los niños ya que, a menudo, se enfrentan a la desobediencia y a la rebeldía de ellos, a través de acciones intencionadas manifestadas a través de patadas, arañazos, gritos, empujones, palabras, mordidas, jalones, etc. Por ello los padres de familia y los docentes deben tener siempre presente que la agresividad es un trastorno que, en exceso, si no se trata en la infancia, probablemente originará problemas en el futuro, como el fracaso escolar, falta de socialización, dificultad de adaptación, depresión, entre otros aspectos.

Teniendo en cuenta estos aspectos, surge el propósito de este estudio, dirigido a determinar qué factores influyen en estas conductas agresivas en los niños preescolares de una Estancia Infantil, con la finalidad de brindar en un mediano plazo a los docentes y padres de familia, alternativas viables que les permita canalizar de manera afectiva el control de las conductas agresivas de los niños, lo cual redundará en beneficio de su formación integral.

Es por eso que mi pregunta de investigación es ¿Cuáles son los factores que contribuyen en las conductas agresivas en los niños preescolares?

OBJETIVOS DEL ESTUDIO

OBJETIVO GENERAL

- Determinar los factores asociados a la conducta agresiva en los niños preescolares de 2 a 4 años.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar la frecuencia en que se manifiesta la conducta agresiva en los niños de 2 a 4 años.
- Identificar Perfil sociodemográfico del niño (sexo, edad) y de sus padres (edad, escolaridad, estado civil, ocupación, jornada laboral).
- Identificar cuáles son los factores biológicos como alteraciones en la nutrición, alteraciones de ciclo sueño-vigilia, consumo de alimentos tipo metilxantinas, problemas de salud o de alguna exposición a sustancias que estén propiciando conductas agresivas en los niños preescolares.
- Identificar las características familiares del niño preescolar con conductas agresivas como la presencia del padre en el hogar, jerarquía y autoridad, clasificación de la familia en base al parentesco y adaptabilidad con cohesión del FACES III.
- Identificar factores sociales (o hábitos) del niño como exposición a programas y tiempo de ver la T.V, tipos de juguetes que fomenten violencia y convivencia con sus iguales.
- Identificar asociación entre los factores biopsicosociales y familiares.

HIPÓTESIS

Los factores de alimentación (en base a metilxantinas), la autoridad y límites de la familia, están asociados a una conducta agresiva en el niño preescolar de 2 a 4 años.

JUSTIFICACION

A través del tiempo, se ha visto que la violencia que se está presentando en todas las sociedades, tiene un origen en la infancia de los individuos y en el medio ambiente familiar, social y cultural que los rodea durante esa época. Algunos corrigen o cambian ese patrón de vida que han llevado, pero otros la siguen toda su vida. Al considerar este aspecto, esto lleva a que los individuos en etapa adolescente y adulta presenten conductas agresivas, que estas se fueron formando desde su infancia, lo cual ha llevado a realizar investigaciones en escolares, adolescentes y adultos jóvenes, pero son muy escasos los estudios en niños en etapa preescolar, ya que es en esta etapa el momento adecuado para moldear o corregir el comportamiento agresivo y por ende adecuar su personalidad, tomando en cuenta que el niño aprende por imitación y siguiendo modelos.

Los niños preescolares por lo regular presentan una agresividad innata o normal que van a manifestar por medio de rabietas, golpes o patadas, todo esto va encaminado a conseguir lo que quieren, pero al avanzar su edad, esta agresividad normal puede tornarse patológica al empezar a persistir estas conductas y presentar dificultades en su entorno familiar, social y escolar y principalmente en su conducta, comportamientos y personalidad del niño durante su desarrollo. Por lo que son considerados diferentes factores asociados al comportamiento agresivo en estos niños, como los estilos de crianza paterna y la violencia intrafamiliar, que provocará en el niño una conducta agresiva física o verbal. Otras situaciones que pueden acentuar esta agresividad son los programas de televisión, los juguetes y la violencia social en la que se desenvuelve, ya que la etapa preescolar es donde el aprendizaje del niño se realiza por imitación y siempre va a imitar todo lo que ve. Por lo que se puede decir que un comportamiento excesivamente agresivo en la infancia, predice no sólo la manifestación de agresividad durante la adolescencia y edad adulta, sino la existencia de una mayor probabilidad de fracaso académico y la existencia de otras patologías psicológicas, debido fundamentalmente a las dificultades que estos niños encuentran para socializarse y adaptarse a su medio ambiente.

Tomando en cuenta lo anterior, el médico familiar, por ser el que da la atención de primer nivel, es el encargado de orientar y reconocer los factores que inciden en la agresividad, y que por ser la edad de los 2 a los 4 años donde el niño se desarrolla psicológicamente, inicia su autonomía y aprende todo lo que pasa en su entorno, y que mejor, observando a los niños en un lugar, como una estancia infantil, donde se tiene la convivencia con sus iguales, las relaciones sociales con sus cuidadoras y que se dan aprendizajes, se tienen varias situaciones de niños agresivos, que

llama la atención de una interrogante, ¿que influye en las conductas agresivas en los niños?; razón por la cual nos lleva a estudiar este rango de edad y así determinar que es un problema que presenta una multicausalidad y por lo tanto debe ser atendido por un equipo multidisciplinario (médico, psicólogo, educadores, sociólogos y paidopsiquiatras).

Por lo tanto este trabajo pretende mostrar los factores asociados tanto familiares y biopsicosociales que inciden fuertemente en la presencia de la agresividad en los niños preescolares y que determinan la persistencia de esta agresividad en los niños de 2 a 4 años de edad, ya que no hay estudios nacionales que nos representen a este grupo etario, y así poder reconocer los factores que pueden ser modificables y hacer un diagnóstico e intervención oportuna, para disminuir el daño psicoafectivo en los niños y la familia.

SUJETOS, MATERIAL Y MÉTODOS

El estudio se realizó en la Estancia Infantil No. 11 del I.M.S.S con preescolares de ambos sexos de 2 a 4 años de edad.

SELECCIÓN DEL DISEÑO:

El tipo de estudio es transversal analítico.

CARACTERÍSTICAS DEL GRUPO DE ESTUDIO:

Preescolares de ambos sexos de 2 a 4 años de edad inscritos en la Estancia Infantil No. 11 del I.M.S.S durante el periodo del 1º de junio al 30 de junio del 2008.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Preescolares de ambos sexos de 2 años a 4 años de edad que estén inscritos en la Estancia Infantil de ambos turnos.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Niños con diagnóstico de epilepsia, malformaciones congénitas del sistema nervioso, Síndrome de Down, con déficit de atención e hiperactividad, con depresión, autismo y otros trastornos con afección del sistema nervioso central.
- Preescolares de ambos sexos que no acudan regularmente a la Estancia Infantil.
- Niños que al momento del estudio sean de nuevo ingreso y se encuentren en el periodo de adaptación escolar.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN:

- Padre o tutor que deje incompleto el instrumento aplicado.

TAMAÑO DE LA MUESTRA Y MUESTREO:

La presente investigación se realizó sobre un grupo natural de guardería de la estancia infantil de 2 a 4 años de edad.

Se utilizó muestreo no probabilístico por conveniencia.

DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN
<p>Conducta agresiva</p> <p>(Variable Dependiente)</p>	<p>Actos intencionales de naturaleza física, verbal, gestual y/o de actitud mediante el cual un niño/a daña, produce conflicto, lastima o crea malestar en otros.</p>	<p>Instrumento de Buss y Perry que mide el nivel de la conducta agresiva en:</p> <p>a) Escasa. b) Leve. c) Moderada</p> <p>Y en tipo de agresividad:</p> <p>a) Física. b) Verbal. c) Ira. d) Hostilidad.</p>	<p>Cualitativa ordinal</p> <p>Nominal</p>
<p>Factores asociados</p> <p>(Variables independientes)</p>	<p>Cualidad que incrementa la posibilidad de presentar agresividad.</p> <p>a) Sociodemográficos: Para el niño(a), el papá y la mamá.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Genero. Condición por la que se diferencian los hombres y las mujeres en la especie humana. • Edad. Tiempo en que una persona ha vivido, contando desde la fecha de nacimiento. 	<p>Clasificación femenino y masculino. (Del niño y de los padres)</p> <p>Rango de 2 a 4 años (fecha de nacimiento) del niño, y edad de la madre y el padre.</p>	<p>Cualitativa Nominal dicotómica</p> <p>Cuantitativa de razón Continua</p>

	<p>b) <u>Biológicos</u>: Del niño: estado de nutrición, problemas de salud, consumo de alimentos metilxantinas, ciclo sueño vigilia, iluminación en la vivienda inadecuada, y exposición al plomo.</p> <p>De la madre: Embarazo deseado, número de hijos, consumo de sustancias tóxicas, problemas de salud física, problemas de salud mental anteriores y problemas psiquiátricos actuales.</p> <p>Del padre: Consumo de sustancias tóxicas, problemas de salud física, problemas de salud mental anteriores y problemas psiquiátricos actuales.</p> <p>c) <u>Familiares</u>: Alteración en la funcionalidad familiar y tipología familiar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Clasificación de la familia en base al parentesco biológico y social que guardan sus integrantes 	<p>Cuestionario para padres que incluye tres ámbitos:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Aspectos relacionados con el niño(a). b) Aspectos relacionados con la madre. c) Aspectos relacionados con el padre. d) Aspectos relacionados con la familia. <ul style="list-style-type: none"> • Nuclear • Nuclear simple • Nuclear numerosa • Reconstituida • Monoparental • Monopa- 	<p>Cualitativa nominal</p> <p>Cualitativa nominal</p>
--	--	--	---

	<ul style="list-style-type: none"> • Presencia del padre en el hogar. • Jerarquía y autoridad en la familia. • <u>FACES III</u>: Instrumento diseñado para integrar tres dimensiones de la funcionalidad familiar: adaptabilidad , cohesión y comunicación. 	<p>rental extendida</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monoparental extendida compuesta • Extensa • Extensa compuesta <ul style="list-style-type: none"> • Ausencia de padre. • Presencia de ambos padres <ul style="list-style-type: none"> • Madre, padre, ambos u otros. <p>Adaptabilidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rígida. • Estructurada. • Flexible. • Caótica. <p>Cohesión:</p> <ul style="list-style-type: none"> • No relacionada. • Semirrelacionada. • Relacionada. • Aglutinada. 	<p>Cualitativa nominal</p> <p>Cualitativa nominal</p> <p>Cualitativa nominal.</p>
--	--	--	---

	d) <u>Sociales</u> : Tiempo de adaptación y estancia en guardería. Horas de ver TV y programas, uso de juguetes, cuidador del niño, convivencia con otros niños		Cualitativa nominal.
--	---	--	----------------------

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO

Se llevo a cabo un estudio transversal analítico en la Estancia Infantil No. 11 del Instituto Mexicano del Seguro Social, seleccionando a los niños de 2 a 4 años de edad de ambos sexos, de ambos turnos y que acudieron regularmente, en el cual se realizaron cuestionarios a los padres de familia o tutores de los niños, con previo consentimiento informado y autorización de la Dirección de la Estancia Infantil.

Los instrumentos utilizados en esta investigación:

Se realizó un cuestionario que constó de 5 apartados:

- a) Características del niño: Edad, sexo, estado nutricional, padecimiento de alguna enfermedad, tiempo de la enfermedad, tipo de medicamento de uso, tiempo de estar en la guardería, hrs de estancia en la guardería, tiempo de adaptación a su ingreso, cuidador del niño cuando no esta en la guardería, hrs de sueño del niño, problemas para dormir, llora al despertarse, en el día siempre está con sueño, mala iluminación donde realiza actividades, consumo de alimentos tipo metilxantinas, exposición al plomo, tipo de juguetes del niño, ve TV por más de 2 hrs, programas que ve en la TV y convivencia con otros niños
- b) Características de la madre: Edad, estado civil, escolaridad, ocupación, hrs laborables, embarazo deseado, número de hijos, consumo de sustancias tóxicas, problemas de salud física, problemas de salud mental anteriores y problemas psiquiátricos actuales.
- c) Características del padre: Edad, escolaridad, ocupación, hrs laborables, consumo de sustancias tóxicas, problemas de salud física, problemas de salud mental anterior y problemas psiquiátricos actuales.

d) Características de la familia: Presencia del padre en el hogar, jerarquía y autoridad en la familia, clasificación de la familia con base en el parentesco, clasificación de la familia según la **escala de evaluación de adaptabilidad y cohesión familiar III (FACES III)** que integra 3 dimensiones:

- I. **Adaptabilidad**. habilidad de un sistema familiar para cambiar su estructura de poder, sus roles y sus reglas de relaciones en respuesta al estrés situacional o de desarrollo.
- II. **Cohesión**. Grado de vinculación emocional que tienen los miembros de los sistemas familiares entre sí; grado de autonomía individual que puede experimentar una persona dentro de la familia.
- III. **Comunicación**. La cohesión y la adaptabilidad son las dimensiones principales, en tanto que la comunicación favorece el mantenimiento óptimo de las otras dos.

Instrumento que evalúa las dos principales funciones a través de 20 reactivos, cuenta con una escala que incluye cinco opciones: nunca, casi nunca, algunas veces casi siempre y siempre. La calificación en cohesión es igual a la suma de los puntajes obtenidos en los ítems nones. La de adaptabilidad lo es a la de los ítems pares. Una vez hecha la suma, se buscan las calificaciones en cada una de las amplitudes de clase.

e) Evaluación de la conducta agresiva con el cuestionario de Buss y Perry (AQ de Buss y Perry) que sirve para determinar el nivel de agresividad y tipo de agresión en los preescolares. Instrumento formado por 24 ítems distribuidos en las siguientes dimensiones: agresividad **física** con 9 ítems, agresividad **verbal** con 5 ítems, **ira** con 6 ítems y **hostilidad** con 4 ítems; en escala de Likert: 1= muy pocas veces, 2= pocas veces, 3= algunas veces, 4= casi muchas veces, 5= muchas veces; en el cual se valorará el grado de agresividad, tomando los intervalos siguientes:

a) 24 a 48= escasa agresividad; b) 49 a 72= leve agresividad; c) 73 a 96= moderada agresividad y d) 97 a 120= severa agresividad.

Las puntuaciones permiten predecir la conducta agresiva en los niños, estos cuestionarios se aplican a los padres de los niños en la guardería sobre la conducta agresiva observable en ellos; en este caso de la investigación se hicieron correcciones respecto a la forma de la conducta que tiene los niños preescolares, ya que ellos no pueden contestar el cuestionario.

Posteriormente se analizó la información con estadística descriptiva, frecuencia, porcentajes, RM e IC al 95%.

RESULTADOS

Se realizó un estudio transversal analítico en donde se aplicaron cuestionarios previo consentimiento informado a 146 madres de niños preescolares de la guardería no. 11 del IMSS, en el periodo de junio de 2008; encontrando los siguientes resultados:

Se obtuvo que en los niños la edad media es 2.91 años, con una edad mínima de 2 una máxima de 4 y DS +- 0.71. La edad que predominó fue del 48.8%(n=71) con 3 años; por sexo el 57.5%(n=84) fue el masculino; el estado nutricional con 54.1%(n=79) fue de peso bajo; sólo el 17.1%(n=25) padecen alguna enfermedad, de ellos el 76%(n=19) tiene con la enfermedad menos de 1 año, y sólo el 40%(n=10) usa medicamentos del tipo de los antibióticos. **(Cuadro 1, figura 1 y 2)**

En cuanto a las características del niño preescolar en la guardería el 48.6%(n=71) tiene de 2 a 3 años de estar en la guardería; con 77.4%(n=113) de 6 a 8 hrs de estancia al día, el 44.1%(n=64) presentó 10 días de adaptación al ingreso y en 60.2%(n=88) la abuela(o) es el cuidador del niño cuando no está en la guardería. **(Cuadro 2 y figura 3)**

En las características del sueño del niño, el 74.6%(n=109) duermen de 9 a más hrs; en el 73.2%(n=107) no hubo problemas para dormir; por lo cual el 76.7%(n=112) de los niños no llora al despertarse; y el 78.7%(n=115) no tiene sueño durante el día. **(Cuadro 3)**

En el ambiente del niño, el 88.4%(n=129) no hay mala iluminación donde realiza actividades; el 72.6%(n=106) consume alimentos tipo metilxantinas; en 67.1%(n=98) no hubo exposición a plomo. **(Cuadro 4 y figura 4)**

En base a la recreación y socialización del niño, el 65.1%(n=95) de los niños usan juguetes tipo manuales; en 60.3%(n=88) los niños no ven la televisión por más de 2 hrs; en 71.2%(n=104) de los programas que más son las caricaturas; y en 82.2%(n=120) de los niños conviven con sus iguales. **(Cuadro 5)**

En las características de la madre, la edad media es 29.93 años con mínima de 20 y máxima 44 y SD +- 5.48, rangos de edad fue de 26 a 30 años en 33.6%(n=49); estado civil el 63%(n=92) fue casada; la escolaridad preparatoria en 32.2%(n=47); la ocupación de ayudante general en 34.2%(n=50); con 62.3%(n=91) de 6 a 8 hrs laborables; en 93.2%(n=136) el hijo fue deseado, en 78.1%(n=114), tienen de 1 a 2 hijos; en 72.2%(n=106) no consumen sustancias tóxicas; en 88.4%(n=129) no tiene problemas de salud física; en 100%(n=146) no ha tenido anteriormente problemas de salud mental; pero en la actualidad en 90.3%(n=132) no tiene problemas que han requerido acudir al psiquiatra o psicólogo. **(Cuadro 6 y figura 5)**

En las características del padre, la edad media es 30.0 años con mínima de 20 máxima de 52 y SD +- 10.40, rango de edad 26 a 30 años en 32.9%(n=48); la escolaridad preparatoria en 25.3%(n=37); la ocupación de ayudante general 23.3%(n=34); con 61%(n=89) de 9 a más hrs. laborables; en 39.1%(n=57) consumen alcohol; en 85.7%(n=125) no tienen problemas de salud física; en 88.4%(n=129) no ha tenido anteriormente problemas de salud mental; y en la actualidad en 87%(n=127) no tiene problemas que ha requerido acudir al psiquiatra o psicólogo. **(Cuadro 7 y figura 5)**

En las características de la familia del niño, en 84.9%(n=124) están ambos padres, familia nuclear 65.1%(n=95); en 63.1%(n=92) la jerarquía y autoridad en la familia la tiene ambos padres; con adaptabilidad tipo rígida 32.9%(n=48); con cohesión tipo no relacionada 36.3%(n=53); familias rígidamente no relacionadas en 71.7%(n=38); familias estructuralmente aglutinadas en 22.7%(n=5); familias flexiblemente semirrelacionadas en 47.1%(n=16); familias caóticamente relacionadas en 45.9%(n=17); familias balanceadas en 28%(n=41); familias intermedias en 37%(n=54) y familias extremas en 35%(n=51). **(Cuadro 8, 9, 10 y figura 6, 7 y 8)**

En la percepción de la conducta agresiva por medio de la escala de agresividad de Buss y Perry, en 56.8%(n=83) tienen agresividad leve; en 52.7%(n=77) tienen grado de agresividad física escasa; en 47.3%(n=69) tienen grado de agresividad verbal escasa; en 56.8%(n=83) tienen grado de agresividad demostrada por ira leve; y en 46.6%(n=68) tienen grado de agresividad por hostilidad escasa. **(Cuadro 11)**

La asociación de la conducta agresiva escasa con las características del niño, una edad de 3 años en el 58.2% (n=32); sexo masculino en el 52.7%(n=29) y 47.3% (n=26) en femenino; peso bajo en 70.9%(n=39); en el 81.8%(n=45) no padecen ninguna enfermedad; de los que si la padecen el 10.9%(n=6) es de menos de 1 año; 3.6% usa medicamentos del tipo de antibióticos, homeopáticos o naturales. **De la conducta agresiva leve** edad de 3 años en el 43.4% (n=36) ; sexo masculino en 60.2%(n=50) y 39.8%(n=33) el femenino; peso normal en 53%(n=44); en 84.3%(n=70) no padecen ninguna enfermedad; de los que si la padecen el 13.3%(n=11) tiene con la enfermedad menos de 1 año; de ellos el 9.6%(n=8) usa antibióticos. **De la conducta agresiva moderada** edad de 2 años 50%(n=4); sexo masculino en 62.5%(n=5) y 37.5%(n=3) el femenino; peso bajo en 87.5%(n=7); en 75%(n=6) no padecen ninguna enfermedad; de los que si la padecen el 25%(n=2) tiene con la enfermedad menos de 1 año; de ellos el 100%(n=8) no utilizan ningún medicamento para su enfermedad. **(Cuadro 12)**

La asociación de la conducta agresiva escasa con las características del niño en la guardería, el 47.3%(n=26) tienen de 2 a 3 años de ingresar a la guardería; con 6 a 8 hrs. de estancia 70.9%(n=39), en cuanto al tiempo de

adaptación a su ingreso el 40%(n=22) requirió 10 días; el cuidador del niño cuando no está en la guardería es la abuela (o) con un 54.5%(n=30). **De la conducta agresiva leve** el 51.8%(n=43) tienen de 2 a 3 años de ingresar a la guardería; con 6 a 8 hrs de estancia 83.1%(n=69); en cuanto al tiempo de adaptación a su ingreso el 47% (n=39) requirió 10 días; el cuidador del niño cuando no está en la guardería es la abuela (o) con un 61.4%(n=51). **De la conducta agresiva moderada** el 37.5%(n=3) tienen de 1 a 2 años de ingresar a la guardería; con 6 a 8 hrs de estancia 62.5%(n=5); en cuanto al tiempo de adaptación a su ingreso el 37.5%(n=3) requirió 10 días y 37.5%(n=3) requirió 15 días; el cuidador del niño cuando no está en la guardería es la abuela (o) con un 75%(n=6). **(Cuadro 13)**

La asociación de la conducta agresiva escasa con las características del estado de sueño y ambiente del niño, duermen 9 a más hrs 83.6%(n=46); no tienen problemas para dormir 78.2%(n=43); no lloran al despertarse 83.6%(n=46); no tienen síntomas de sueño en el día 94.5%(n=52); no tienen mala iluminación en donde realizan actividades 87.3%(n=48); consumen alimentos tipo metilxantinas 74.5%(n=41); tienen exposición a plomo 63.6%(n=35). **De la conducta agresiva leve**, duermen 9 hrs a más 69.9%(n=58); no tienen problemas para dormir 73.5%(n=61); no lloran al despertarse 75.9%(n=63); no tienen síntomas de sueño en el día 67.5%(n=56); no tienen mala iluminación donde realizan sus actividades 89.1%(n=74); consumen alimentos tipo metilxantinas 68.7%(n=57); tienen exposición a plomo 71.1%(n=59). **De la conducta agresiva moderada** duermen 9 hrs a más 62.5% (n=5); no tienen problemas para dormir 62.5%(n=5); no lloran al despertarse 62.5%(n=5); no tienen síntomas de sueño en el día 87.5%(n=7); no tienen mala iluminación donde realizan sus actividades 87.5%(n=7); consumen alimentos tipo metilxantinas 100%(n=8); tienen exposición al plomo 50%(n=4) y no tienen exposición al plomo 50%(n=4). **(Cuadro 14 y 15)**

La asociación de la conducta agresiva escasa con la recreación y socialización del niño, el 61.8%(n=34) usa juguetes manuales; no ven televisión más de 2 hrs 65.5%(n=36); ven programas de caricaturas 63.7%(n=35) y 72.7%(n=40) conviven con sus iguales. **De la conducta agresiva leve**, el 65.1%(n=54) usa juguetes manuales; no ven televisión más de 2 hrs 56.6%(n=47); ven programas de caricaturas 75.9%(n=63) y 89.2%(n=74) conviven con sus iguales. **De la conducta agresiva moderada** el 87.5%(n=7) usa juguetes manuales; no ven televisión más de 2 hrs 62.5%(n=5); ven programas de caricaturas 75%(n=6); y 75%(n=6) convive con sus iguales. **(Cuadro 16)**

La asociación de la conducta agresiva escasa con las características de la madre, con un rango de edad de 31 a 35 años 41.8%(n=23); casadas 67.3%(n=37); escolaridad profesional 36.4%(n=20); ocupación ayudante general 32.7%(n=18); laboran 6 a 8 hrs 58.2%(n=32); hijo deseado 100%(n=55); tienen de 1 a 2 hijos 83.6%(n=46); no consumen ninguna sustancia tóxica 83.6%(n=46); no padecen problemas de salud física 83.6%(n=46); no han tenido anteriormente

problemas de salud mental 100%(n=55); en la actualidad no tienen problemas que han requerido acudir al psiquiatra o psicólogo 89.1%(n=49). **De la conducta agresiva leve**, con un rango de edad de 26 a 30 años 43.4%(n=36); casadas 65.1%(n=54); escolaridad preparatoria 36.1%(n=30); ocupación ayudante general 33.7%(n=28); laboran 6 a 8 hrs 63.9%(n=53); hijo deseado 89.2%(n=74); tienen de 1 a 2 hijos 75.9%(n=63); no consumen ninguna sustancia tóxica 66.25%(n=55); no padecen problemas de salud física 90.4%(n=75); no han tenido anteriormente problemas de salud mental 100%(n=83); actualmente no tienen problemas que han requerido acudir al psiquiatra o psicólogo 94%(n=78). **De la conducta agresiva moderada**, con un rango de edad de 21 a 25 años 62.5%(n=5); unión libre 62.5%(n=5); escolaridad técnica 37.5%(n=3); ocupación ayudante general 50%(n=4); laboran 6 a 8 hrs 75%(n=6); hijo deseado 87.5%(n=7); tienen de 1 a 2 hijos 62.5%(n=5); no consumen ninguna sustancia tóxica 62.5%(n=5); no padecen problemas de salud física 100%(n=8), no han tenido anteriormente problemas de salud mental 100%(n=8) y actualmente no tienen problemas que han requerido acudir al psiquiatra o psicólogo 62.5%(n=5). **(Cuadro 17)**

La asociación de la conducta agresiva escasa con las características del padre, con un rango de edad de 31 a 35 años 32.7%(n=18); escolaridad secundaria 29.1%(n=16); ocupación ayudante general 25.5%(n=14); laboran 9 a más hrs 61.8%(n=34); no consumen ninguna sustancia tóxica 40%(n=22); no padecen problemas de salud física 85.5%(n=47); no han tenido anteriormente problemas de salud mental 92.7%(n=51); actualmente no tienen problemas que han requerido acudir al psiquiatra o psicólogo 89.1%(n=49). **De la conducta agresiva leve**, con un rango de edad de 26 a 30 años 41%(n=34); escolaridad preparatoria 28.9%(n=24); ocupación ayudante general 22.9%(n=19); laboran 9 a más hrs 63.9%(n=53); consumen alcohol 47%(n=39); no padecen problemas de salud física 89.2%(n=74); no han tenido anteriormente problemas de salud mental 88%(n=73); actualmente no tienen problemas que han requerido acudir al psiquiatra o psicólogo 89%(n=74). **De la conducta agresiva moderada**, con un rango de edad de 21 a 25 años 25%(n=2) y de 31 a 35 años 25%(n=2); escolaridad profesional 50%(n=4); ocupación profesionista 25%(n=2); laboran 6 a 8 hrs 37.5%(n=3); no consumen ninguna sustancia tóxica 25%(n=2) y consumen alcohol 25%(n=2); no padecen problemas de salud física 50%(n=4), no han tenido anteriormente problemas de salud mental 62.5%(n=5) y actualmente no tienen problemas que han requerido acudir al psiquiatra o psicólogo 50%(n=4). **(Cuadro 18)**

La asociación de la conducta agresiva escasa con las características de la familia del niño, en 87.3%(n=48) están ambos padres; en 72.7%(n=40) la jerarquía y autoridad de la familia la tienen ambos padres; familia nuclear 67.3%(n=37); con adaptabilidad tipo caótica 38.2%(n=21); y cohesión tipo relacionada 34.5%(n=19). **De la conducta agresiva leve**, en 85.5% (n=71) están ambos padres; en 60.2%(n=50) la jerarquía y autoridad de la familia la tienen ambos padres; familia nuclear 66.2%(n=55); con adaptabilidad tipo rígida

44.6%(n=37); cohesión tipo no relacionada 49.3%(n=41). **De la conducta agresiva moderada**, en 62.5%(n=5) están ambos padres; en 62.5%(n=5) la jerarquía y autoridad de la familia la tiene la madre; familia nuclear 37.5%(n=3); adaptabilidad tipo flexible 50%(n=4); cohesión tipo no relacionada 37.5%(n=3) y cohesión tipo semirrelacionada 37.5%(n=3). **(Cuadro 19)**

Los factores asociados que encontramos a la presencia de conducta agresiva fueron la percepción de estar con sueño durante el día y la autoridad recaída en solo uno de los padres. **(Cuadro 20)**

CUADROS Y FIGURAS

Cuadro 1.
CARACTERÍSTICAS DEL NIÑO PREESCOLAR
DE LA GUARDERIA No. 11

VARIABLE	FRECUENCIA (n=146)	%
Edad		
2 años	44	30.1
3 años	71	48.8
4 años	31	21.1
Sexo		
Masculino	84	57.5
Femenino	62	42.5
Estado Nutricional		
Peso bajo	79	54.1
Normal	61	41.8
Sobrepeso	6	4.1
Padecimiento de alguna enfermedad		
SI	25	17.1
NO	121	82.9
Tiempo de la enfermedad	(n=25)	
Menos de 1 año	19	76.0
1 a 2 años	6	24.0
Tipo de medicamento de uso	(n=25)	
Ninguno	8	32.0
Antibióticos	10	40.0
AINES	2	8.0
Homeopáticos o naturales	2	8.0
Expectorantes	2	8.0
Antihistamínicos	1	4.0

Figura 1.
EDAD DE LOS NIÑOS PREESCOLARES

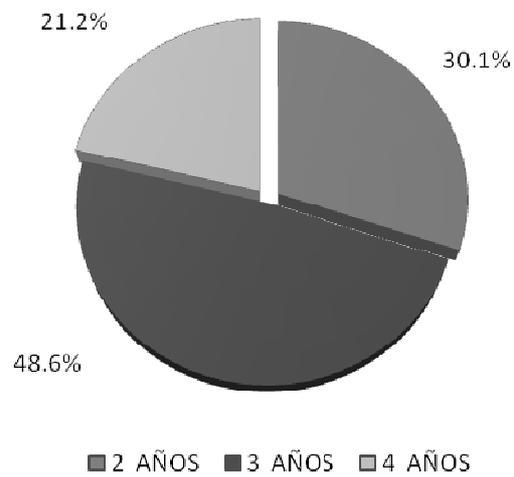
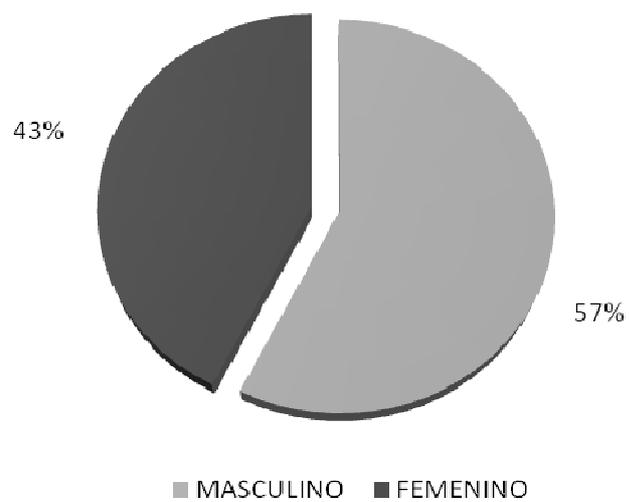


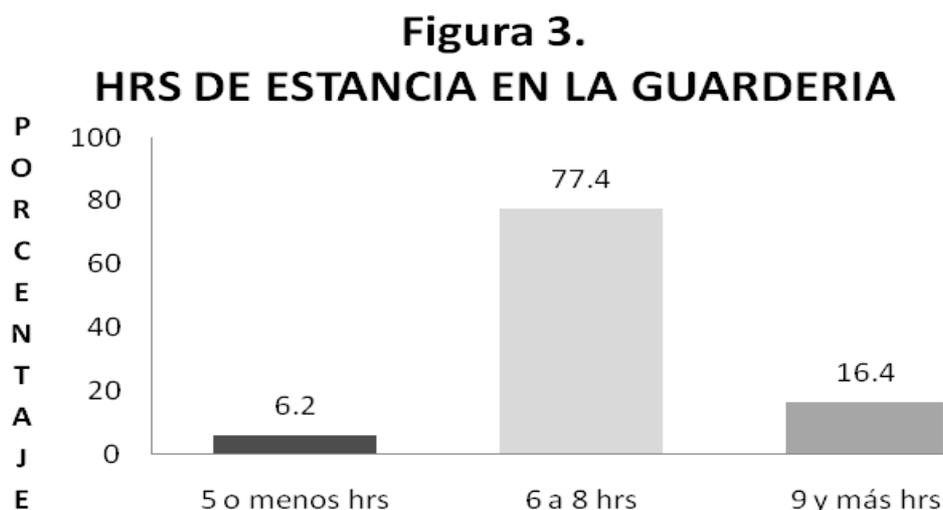
Figura 2. SEXO EN LOS NIÑOS PREESCOLARES



Cuadro 2.

**CARACTERÍSTICAS DEL NIÑO PREESCOLAR DE LA
GUARDERIA No. 11**

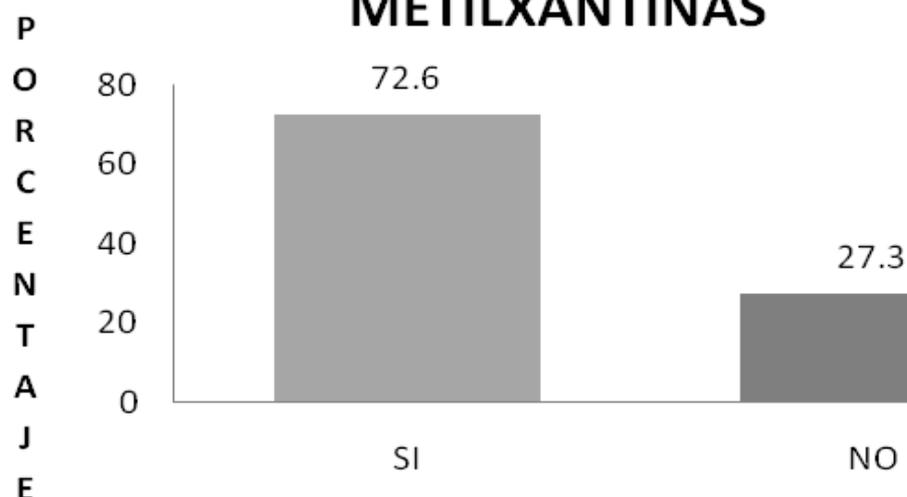
VARIABLE	FRECUENCIA (n= 146)	%
Tiempo de estar en la guardería		
Menos de 1 año	7	4.7
1 a 2 años	52	35.7
2 a 3 años	71	48.6
Más de 3 años	16	11.0
Hrs de estancia en la guardería		
5 o menos hrs	9	6.2
6 a 8 hrs	113	77.4
9 y más hrs	24	16.4
Tiempo de adaptación al ingreso		
5 días	39	26.2
10 días	64	44.1
15 días	32	22.1
16 y más días	11	7.6
Cuidador del niño al no estar en guardería		
Papás	32	22.0
Hermana (o)	5	3.4
Abuela (o)	88	60.2
Tía (o)	19	13.0
Niñera u otra persona	2	1.4



Cuadro 3.
CARACTERISTICAS DEL ESTADO DE SUEÑO DEL NIÑO
PREESCOLAR DE LA GUARDERIA No. 11

VARIABLE	FRECUENCIA (n=146)	%
Hrs de sueño del niño		
4 a 5 hrs	1	0.8
6 a 8 hrs	36	24.6
9 y más hrs	109	74.6
Problemas para dormir		
SI	39	26.8
NO	107	73.2
Llora al despertarse		
SI	34	23.3
NO	112	76.7
En el día siempre está con sueño		
SI	31	21.3
NO	115	78.7

Figura 4.
CONSUMO DE ALIMENTOS
METILXANTINAS



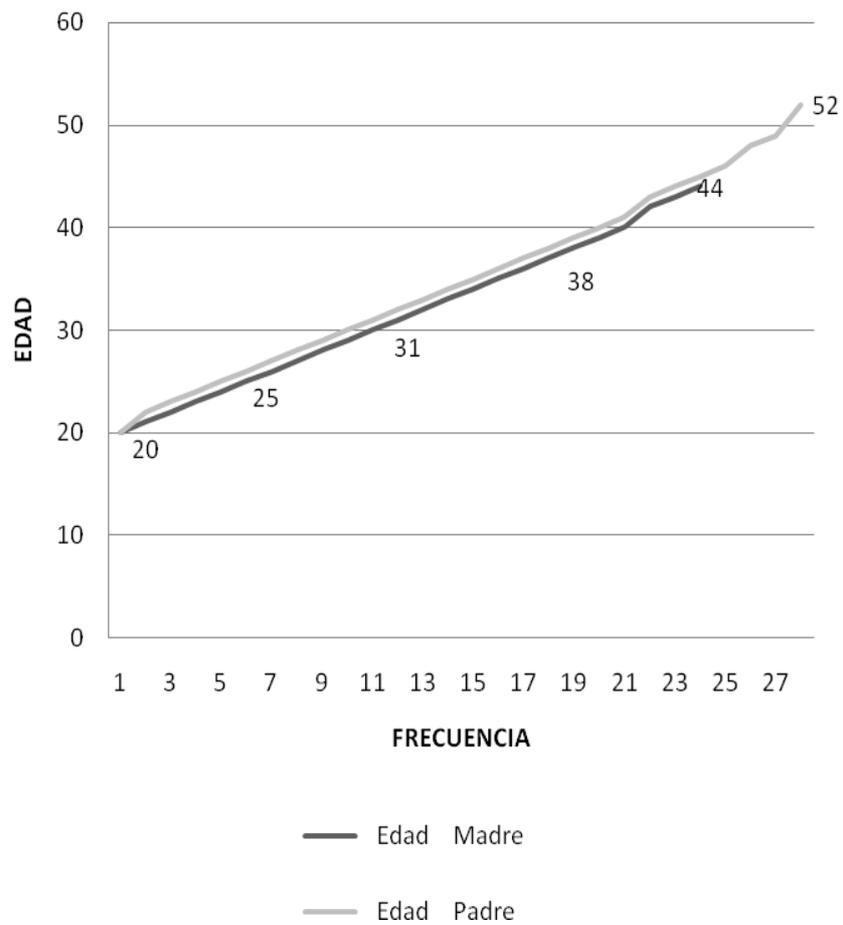
Cuadro 4.
AMBIENTE DEL NIÑO PREESCOLAR DE LA
GUARDERIA No. 11

VARIABLE	FRECUENCIA (n=126)	%
Mala iluminación donde realiza actividades		
SI	17	11.6
NO	129	88.4
Consumo de alimentos tipo metilxantinas		
SI	106	72.6
NO	40	27.3
Exposición a plomo		
SI	48	32.8
NO	98	67.1

Cuadro 5.
RECREACION Y SOCIALIZACION DEL NIÑO PREESCOLAR DE LA
GUARDERIA No. 11

VARIABLE	FRECUENCIA (n=146)	%
Tipo de juguetes del niño		
Didáticos	13	8.9
Videojuegos	2	1.4
Violencia	10	6.8
Manuales	95	65.1
Musicales	1	0.7
Deportes	25	17.1
Ve televisión por más de 2 hrs		
SI	58	39.7
NO	88	60.3
Programas que ve en la TV		
Caricaturas	104	71.2
Peleas o guerra	8	5.5
Aventuras	25	17.1
Documentales	9	6.2
Convivencia con otros niños		
SI	120	82.2
NO	26	17.8

Figura 5.
EDAD DE LOS PADRES DE LOS NIÑOS



**Cuadro 6. CARACTERISTICAS DE LA MADRE DE LOS NIÑOS
PREESCOLARES DE LA GUARDERIA No. 11**

VARIABLE	FRECUENCIA (n=146)	%
Edad de la madre		
16 a 20 años	3	2.1
21 a 25 años	31	21.2
26 a 30 años	49	33.6
31 a 35 años	39	26.7
36 a 40 años	20	13.7
41 a más años	4	2.7
Estado civil		
Madre soltera	10	6.8
Casada	92	63.0
Unión libre	34	23.3
Divorciada	6	4.1
Separación	4	2.7
Escolaridad		
Primaria	4	2.7
Secundaria	21	14.4
Preparatoria	47	32.2
Técnica	35	24.0
Profesional	39	26.7
Ocupación		
Maestra o educadora	16	10.9
Secretaria	26	17.8
Obrera	36	24.7
Ayudante general	50	34.2
Enfermera	3	2.1
Trabajadora social	2	1.4
Profesionista	13	8.9
Hrs laborables		
5 o menos hrs	2	1.4
6 a 8 hrs	91	62.3
9 y más hrs	53	36.3
Embarazo del hijo deseado		
SI	136	93.2
NO	10	6.8

Cuadro 6.
CARACTERÍSTICAS DE LA MADRE DE LOS NIÑOS
PREESCOLARES DE LA GUARDERÍA No. 11 (Continuación)

VARIABLE	FRECUENCIA (n=146)	%
Número de hijos		
1 a 2	114	78.1
3 a 4	30	20.5
5 a más	2	1.4
Consumo de sustancias tóxicas		
Alcohol	17	11.7
Tabaco	22	15.2
Drogas	1	0.9
Ninguna	106	72.2
Problemas de salud física		
Ninguna	129	88.4
Enfermedades metabólicas	6	4.1
Enfermedades cardiovasculares	2	1.4
Enfermedades neumológicas	2	1.4
Enfermedades osteomusculares	1	0.7
Enfermedades renales	3	2.1
Otras	3	2.1
Problemas de salud mental anteriores		
Ninguna	146	100
Problemas psiquiátricos actuales		
Ninguno	132	90.3
Depresión	2	1.4
Problemas familiares anteriores	7	4.8
Separación conyugal	3	2.1
Depresión postparto	2	1.4

Cuadro 7.
CARACTERISTICAS DEL PADRE DE LOS NIÑOS PREESCOLARES
DE LA GUARDERIA No. 11

VARIABLE	FRECUENCIA (n=134)	%
Edad del padre		
16 a 20 años	1	0.7
21 a 25 años	14	9.6
26 a 30 años	48	32.9
31 a 35 años	36	24.7
36 a 40 años	23	15.8
41 a más	12	8.2
Escolaridad		
Primaria	6	4.1
Secundaria	30	20.6
Preparatoria	37	25.3
Técnica	28	19.2
Profesional	33	22.7
Ocupación		
Profesionista	17	11.6
Obrero	24	16.5
Ayudante general	34	23.3
Informática	10	6.8
Chofer	7	4.8
Comerciante o de servicios	22	15.1
Personal de seguridad	10	6.8
Técnicos	11	7.5
Hrs laborables		
5 o menos hrs	1	0.7
6 a 8 hrs	43	29.5
9 y más hrs	89	61.0

Cuadro 7.
CARACTERÍSTICAS DEL PADRE DE LOS NIÑOS
PREESCOLARES DE LA GUARDERÍA No. 11
 (Continuación)

VARIABLE	FRECUENCIA (n=146)	%
Consumo de sustancias tóxicas		
Alcohol	57	39.1
Tabaco	28	19.2
Drogas	3	2.1
Ninguno	46	31.5
Problemas de salud física		
Ninguno	125	85.7
Enfermedades metabólicas	3	2.1
Enfermedades cardiovasculares	1	0.7
Enfermedades osteomusculares	1	0.7
Enfermedades digestivas	1	0.7
Otras	3	2.1
Problemas de salud mental anterior		
Ninguno	129	88.4
Alcoholismo	2	1.4
Depresión	1	0.7
Problemas emocionales	2	1.4
Problemas psiquiátricos actuales		
Ninguno	127	87.0
Depresión	1	0.6
Problemas familiares anteriores	3	2.0
Problemas emocionales	3	2.0

Cuadro 8.
CARACTERÍSTICAS DE LA FAMILIA DEL NIÑO
PREESCOLAR DE LA GUARDERÍA No. 11

VARIABLE	FRECUENCIA (n=146)	%
Presencia del padre en el hogar		
Ausencia de padre	22	15.1
Presencia de ambos padres	124	84.9
Jerarquía y autoridad en la familia		
Madre	35	24.0
Padre	17	11.6
Ambos	92	63.1
Otros	2	1.3
Clasificación de la familia con base en el parentesco		
Nuclear simple	95	65.0
Monoparental	7	4.8
Monoparental extendida	12	8.2
Monoparental extendida compuesta	3	2.1
Extensa	26	17.8
Extensa compuesta	3	2.1
Adaptabilidad de FACES III		
Rígida	48	32.9
Estructurada	25	17.1
Flexible	40	27.4
Caótica	33	22.6
Cohesión de FACES III		
No relacionada	53	36.3
Semirrelacionada	34	23.3
Relacionada	37	25.3
Aglutinada	22	15.1

Figura 6.
PRESENCIA DEL PADRE EN EL HOGAR.

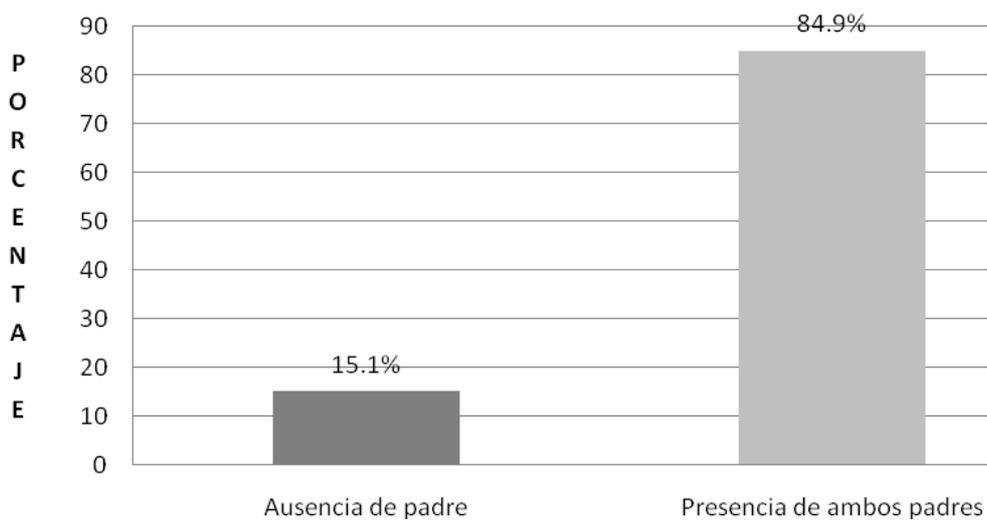


Figura 7.
TIPO DE FAMILIA SEGUN EL PARENTESCO

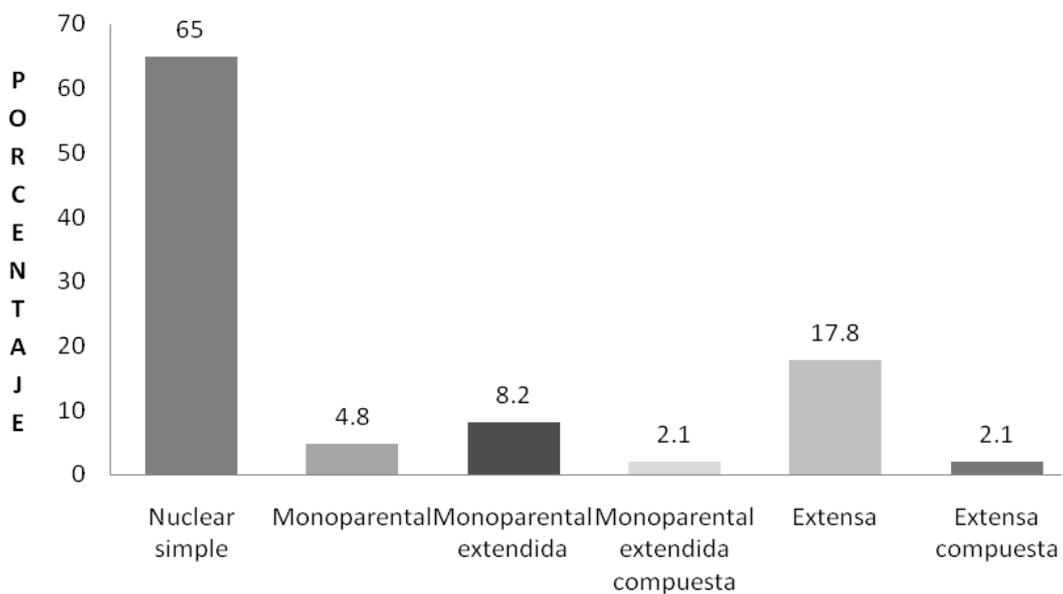
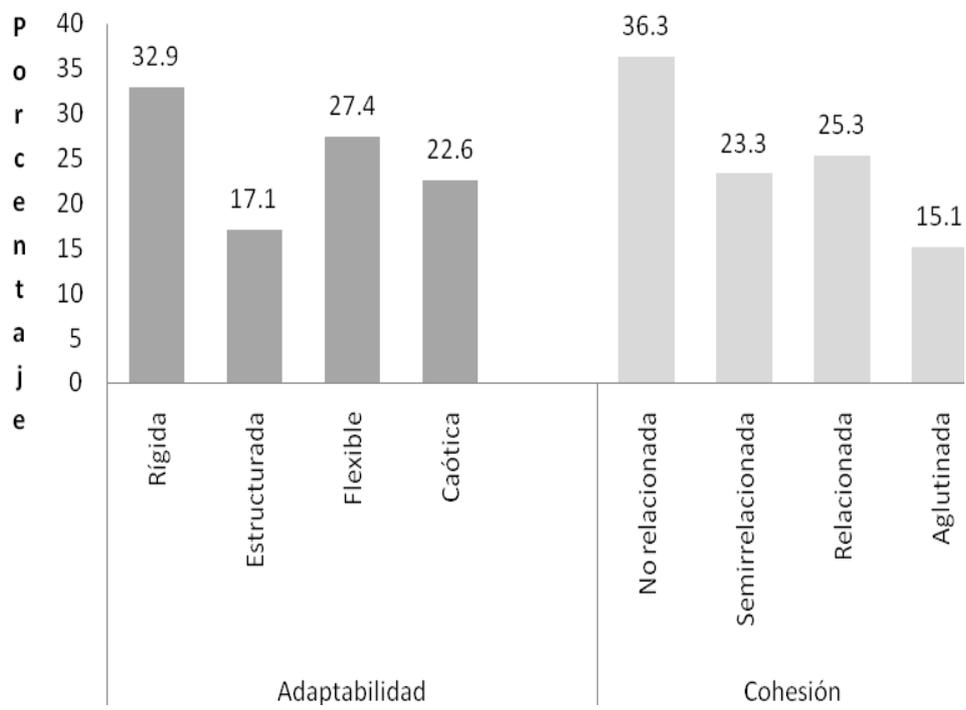


Figura 8.
TIPO DE FAMILIA SEGUN FACES III



Cuadro 9.
CLASIFICACION DE FAMILIAS SEGÚN EL FACES III DE LOS NIÑOS
PREESCOLARES DE LA GUARDERIA No. 11

COHESION									
		No Relacionada	%	Semi- rrelacionada	%	Relaciona- da	%	Aglutinada	%
ADAPTABILIDAD	Rígida	38	71.7	6	17.6	2	5.4	2	9.1
	Estructurada	6	11.3	7	20.6	7	18.9	5	22.7
	Flexible	7	13.2	16	47.1	11	29.7	6	27.3
	Caótica	2	3.8	5	14.7	17	45.9	9	40.9

Cuadro 10.
MODELO CIRCUNFLEJO DEL FACES III DE LAS FAMILIAS
DE LOS NIÑOS PREESCOLARES DE LA
GUARDERIA No. 11

VARIABLE	Frecuencia (n=146)	%
Funcionalidad familiar		
Familia balanceada	41	28
Familia intermedia	54	37
Familia extrema	51	35

Cuadro 11.
PERCEPCION DE LA CONDUCTA AGRESIVA (BUSS Y PERRY) DEL
NIÑO PREESCOLAR DE LA GUARDERIA No. 11

VARIABLE	FRECUENCIA (n=146)	%
Escala de agresividad de Buss y Perry		
Escasa agresividad	55	37.7
Leve agresividad	83	56.8
Moderada agresividad	8	5.5
Grado de agresividad física		
Escasa	77	52.7
Leve	62	42.5
Moderada	6	4.1
Severa	1	0.7
Grado de agresividad verbal		
Escasa	69	47.3
Leve	66	45.2
Moderada	9	6.2
Severa	2	1.4
Grado de agresividad demostrada por ira		
Escasa	38	26.0
Leve	83	56.8
Moderada	24	16.4
Severa	1	0.7
Grado de agresividad por hostilidad		
Escasa	68	46.6
Leve	50	34.2
Moderada	28	19.2

Cuadro 12.
CARACTERÍSTICAS DEL NIÑO PREESCOLAR ASOCIADO A
CONDUCTA AGRESIVA DE LA GUARDERÍA No. 11

CARACTERÍSTICAS DEL NIÑO	CONDUCTA AGRESIVA					
	Escasa	%	Leve	%	Moderada	%
EDAD						
2 años	16	29.1	24	28.9	4	50.0
3 años	32	58.2	36	43.4	3	37.5
4 años	7	12.7	23	27.7	1	12.5
SEXO						
Masculino	29	52.7	50	60.2	5	62.5
Femenino	26	47.3	33	39.8	3	37.5
ESTADO NUTRICIONAL						
Peso bajo <18.4 IMC	39	70.9	33	39.8	7	87.5
Normal 18.5-24.9 IMC	16	29.1	44	53.0	1	12.5
Sobrepeso 25-29.9 IMC	0	0	6	7.2	0	0
Padecimiento de alguna enfermedad						
SI	10	18.2	13	15.7	2	25.0
NO	45	81.8	70	84.3	6	75.0
Tiempo de la enfermedad						
Menos de 1 año	6	10.9	11	13.3	2	25.0
1 a 2 años	4	7.3	2	2.4	0	0
Tipo de medicamento de uso						
Ninguno	0	0	0	0	8	100.0
Antibiótico	2	3.6	8	9.6	0	0
AINES	0	0	2	2.4	0	0
Homeopáticos o naturales	2	3.6	0	0	0	0
Expectorantes	1	1.8	1	1.2	0	0
Antihistamínicos	1	1.8	0	0	0	0

Cuadro 13.
CARACTERÍSTICAS DEL NIÑO PREESCOLAR DE LA GUARDERÍA
No. 11 ASOCIADO A CONDUCTA AGRESIVA

Características del niño en la guardería	Conducta agresiva					
	Escasa	%	Leve	%	Moderada	%
Tiempo de estar en la guardería						
Menos de 1 año	2	3.6	3	3.6	2	25.0
1 a 2 años	24	43.6	25	30.1	3	37.5
2 a 3 años	26	47.3	43	51.8	2	25.0
Más de 3 años	3	5.5	12	14.5	1	12.5
Hrs de estancia en la guardería						
5 o menos hrs	6	10.9	3	3.6	0	0
6 a 8 hrs	39	70.9	69	83.1	5	62.5
9 y más hrs	10	18.2	11	13.3	3	37.5
Tiempo de adaptación al ingreso						
5 días	19	34.5	18	21.7	2	25.0
10 días	22	40.0	39	47.0	3	37.5
15 días	9	16.4	20	24.1	3	37.5
16 y más días	5	9.1	6	7.2	0	0
Cuidador del niño al no estar en guardería						
Papás	16	29.1	16	19.3	0	0
Hermana(o)	4	7.3	2	2.4	0	0
Abuela(o)	30	54.5	51	61.4	6	75.0
Tía(o)	5	9.1	12	14.5	2	25.0
Niñera u otra persona	0	0	2	2.4	0	0

Cuadro 14.
CARACTERÍSTICAS DEL ESTADO DE SUEÑO DEL NIÑO
PREESCOLAR DE LA GUARDERIA No. 11 ASOCIADO A
CONDUCTA AGRESIVA

Características del estado de sueño del niño	Conducta agresiva					
	Escasa	%	Leve	%	Moderada	%
Hrs de sueño del niño						
4 a 5 hrs	0	0	1	1.2	0	0
6 a 8 hrs	9	16.4	24	28.9	3	37.5
9 y más hrs	46	83.6	58	69.9	5	62.5
Problemas para dormir						
SI	12	21.8	22	26.5	5	62.5
NO	43	78.2	61	73.5	3	37.5
Llora al despertarse						
SI	9	16.4	20	24.1	5	62.5
NO	46	83.6	63	75.9	3	37.5
En el día siempre está con sueño						
SI	3	5.5	27	32.5	1	12.5
NO	52	94.5	56	67.5	7	87.5

Cuadro 15.
AMBIENTE DEL NIÑO PREESCOLAR DE LA GUARDERIA
No. 11 ASOCIADO A CONDUCTA AGRESIVA

Ambiente del niño	Conducta agresiva					
	Escasa	%	Leve	%	Moderada	%
Mala iluminación donde realiza actividades						
SI	7	12.7	9	10.9	1	12.5
NO	48	87.3	74	89.1	7	87.5
Consumo de alimentos tipo metilxantinas						
SI	41	74.5	57	68.7	8	100.0
NO	14	25.5	26	31.3	0	0
Exposición a plomo						
SI	20	36.4	24	28.9	4	50.0
NO	35	63.6	59	71.1	4	50.0

Cuadro 16.
RECREACION Y SOCIALIZACION DEL NIÑO PREESCOLAR
DE LA GUARDERIA No. 11 ASOCIADO A CONDUCTA AGRESIVA

Recreación y socialización del niño	Conducta agresiva					
	Escasa	%	Leve	%	Moderada	%
Tipo de juguete del niño						
Didácticos	6	10.9	7	8.5	0	0
Videojuegos	1	1.8	0	0	1	12.5
Violencia	0	0	10	12.0	0	0
Manuales	34	61.8	54	65.1	7	87.5
Musicales	0	0	1	1.2	0	0
Deportes	14	25.5	11	13.2	0	0
Ve televisión por más de 2 hrs						
SI	19	34.5	36	43.4	3	37.5
NO	36	65.5	47	56.6	5	62.5
Programas de TV que ve						
Caricaturas	35	63.7	63	75.9	6	75.0
Peleas o guerra	1	1.8	7	8.4	0	0
Aventuras	13	23.6	11	13.3	1	12.5
Documentales	6	10.9	2	2.4	1	12.5
Convivencia con sus iguales						
SI	40	72.7	74	89.2	6	75.0
NO	15	27.3	9	10.8	2	25.0

Cuadro 17.
CARACTERISTICAS DE LA MADRE DEL NIÑO PREESCOLAR DE LA
GUARDERIA No. 11 ASOCIADO A CONDCUTA AGRESIVA

Características de la madre	Conducta agresiva					
	Escasa	%	Leve	%	Moderada	%
Edad de la madre						
16 a 20 años	1	1.8	2	2.3	0	0
21 a 25 años	9	16.4	17	20.5	5	62.5
26 a 30 años	11	20.0	36	43.4	2	25.0
31 a 35 años	23	41.8	15	18.1	1	12.5
36 a 40 años	9	16.4	11	13.3	0	0
41 a más años	2	3.6	2	2.4	0	0
Estado civil						
Madre soltera	4	7.3	4	4.8	2	25.0
Casada	37	67.3	54	65.1	1	12.5
Unión libre	11	20.0	18	21.7	5	62.5
Divorciada	1	1.8	5	6.0	0	0
Separación	2	3.6	2	2.4	0	0
Escolaridad						
Primaria	1	1.8	3	3.6	0	0
Secundaria	10	18.1	10	12.1	1	12.5
Preparatoria	15	27.3	30	36.1	2	25.0
Técnica	9	16.4	23	27.7	3	37.5
Profesional	20	36.4	17	20.5	2	25.0
Ocupación						
Maestra o educadora	6	10.9	10	12.1	0	0
Secretaria	9	16.4	16	19.3	1	12.5
Obrera	14	25.5	20	24.1	2	25.0
Ayudante general	18	32.7	28	33.7	4	50.0
Enfermera	0	0	3	3.6	0	0
Trabajadora social	1	1.8	1	1.2	0	0
Profesionista	7	12.7	5	6.0	1	12.5
Hrs laborables						
5 o menos hrs	0	0	2	2.4	0	0
6 a 8 hrs	32	58.2	53	63.9	6	75.0
9 y más hrs	23	41.8	28	33.7	2	25.0

Cuadro 17. CARACTERÍSTICAS DE LA MADRE DEL NIÑO PRESSCOLAR DE LA GUARDERIA No. 11 ASOCIADA A CONDUCTA AGRESIVA (Continuación)

Características de la madre	Conducta		Agresiva			
	Escasa	%	Leve	%	Mod.	%
Embarazo deseado						
SI	55	100.0	74	89.2	7	87.5
NO	0	0	9	10.8	1	12.5
Número de hijos						
1 a 2	46	83.6	63	75.9	5	62.5
3 a 4	7	12.8	20	24.1	3	37.5
5 a más	2	3.6	0	0	0	0
Consumo de sustancias tóxicas						
Alcohol	3	5.5	14	16.9	0	0
Tabaco	5	9.1	14	16.9	3	37.5
Drogas	1	1.8	0	0	0	0
Ninguna	46	83.6	55	66.2	5	62.5
Problemas de salud física						
Ninguna	46	83.6	75	90.4	8	100.0
Enfermedades metabólicas	3	5.5	3	3.6	0	0
Enfermedades cardiovasculares	0	0	2	2.4	0	0
Enfermedades neumológicas	1	1.8	1	1.2	0	0
Enfermedades osteomusculares	0	0	1	1.2	0	0
Enfermedades renales	3	5.5	0	0	0	0
Otras	2	3.6	1	1.2	0	0
Problemas de salud mental anteriores						
Ninguna	55	100.0	83	100.0	8	100.0
Problemas psiquiátricos actuales						
Ninguno	49	89.1	78	94.0	5	62.5
Depresión	2	3.6	0	0	0	0
Problemas familiares anteriores	3	5.5	2	2.4	2	25.0
Separación conyugal	1	1.8	1	1.2	1	12.5
Depresión posparto	0	0	2	2.4	0	0

Cuadro 18.
CARACTERÍSTICAS DEL PADRE DEL NIÑO PREESCOLAR
DE LA GUARDERIA No. 11 ASOCIADO A CONDUCTA AGRESIVA

Características del padre	Conducta Agresiva					
	Escasa	%	Leve	%	Moderada	%
Edad del padre						
16 a 20 años	0	0	1	1.2	0	0
21 a 25 años	4	7.3	8	9.6	2	25.0
26 a 30 años	13	23.6	34	41.0	1	12.5
31 a 35 años	18	32.7	16	19.3	2	25.0
36 a 40 años	10	18.2	13	15.7	0	0
41 a más años	7	12.7	5	6.0	0	0
Escolaridad						
Primaria	3	5.5	3	3.6	0	0
Secundaria	16	29.1	14	16.9	0	0
Preparatoria	12	21.8	24	28.9	1	12.5
Técnica	7	17.5	21	25.3	0	0
Profesional	14	25.5	15	18.1	4	50.0
Ocupación						
Profesionista	7	12.7	8	9.6	2	25.0
Obrero	7	12.7	16	19.4	1	12.5
Ayudante general	14	25.5	19	22.9	1	12.5
Informática	3	5.5	7	8.4	0	0
Chofer	4	7.3	3	3.6	0	0
Comerciante o de servicios	12	21.8	9	10.9	1	12.5
Personal de seguridad	2	3.6	7	8.4	1	12.5
Técnicos	4	7.3	7	8.4	0	0
Hrs laborables						
5 o menos hrs	1	1.8	0	0	0	0
6 a 8 hrs	17	30.9	23	27.7	3	37.5
9 y más hrs	34	61.8	53	63.9	2	25.0

Cuadro18.
CARACTERÍSTICAS DEL PADRE DEL NIÑO PREESCOLAR DE LA
GUARDERIA No. 11 ASOCIADO A CONDUCTA AGRESIVA (Continuación)

Características del padre	Conducta Agresiva					
	Escasa	%	Leve	%	Moderada	%
Consumo de sustancias tóxicas						
Alcohol	16	29.1	39	47.0	2	25.0
Tabaco	13	23.6	14	16.9	1	12.5
Drogas	1	1.8	2	2.4	0	0
Ninguna	22	40.0	22	26.5	2	25.0
Problemas de salud física						
Ninguna	47	85.5	74	89.2	4	50.0
Enfermedades metabólicas	3	5.5	0	0	0	0
Enfermedades cardiovasculares	0	0	1	1.2	0	0
Enfermedades osteomusculares	1	1.8	0	0	0	0
Enfermedades digestivas	0	0	0	0	1	12.5
Otras	1	1.8	2	2.4	0	0
Problemas de salud mental anteriores						
Ninguno	51	92.7	73	88.0	5	62.5
Alcoholismo	0	0	2	2.4	0	0
Depresión	1	1.8	0	0	0	0
Problemas emocionales	0	0	2	2.4	0	0
Problemas psiquiátricos actuales						
Ninguno	49	89.1	74	89.2	4	50.0
Depresión	1	1.8	0	0	0	0
Problemas familiares anteriores	1	1.8	2	2.4	0	0
Problemas emocionales	1	1.8	1	1.2	1	12.5

Cuadro 19.
CARACTERÍSTICAS DE LA FAMILIA DEL NIÑO PREESCOLAR DE LA
GUARDERIA No. 11 ASOCIADA A CONDUCTA AGRESIVA

Características de la familia del niño	Conducta agresiva					
	Escasa	%	Leve	%	Moderada	%
Presencia del padre en el hogar						
Ausencia del padre	7	12.7	12	14.5	3	37.5
Presencia de ambos Padres	48	87.3	71	85.5	5	62.5
Jerarquía y autoridad en la familia						
Madre	14	25.5	16	19.3	5	62.5
Padre	1	1.8	16	19.3	0	0
Ambos	40	72.7	50	60.2	2	25.0
Otros	0		1	1.2	1	12.5
Clasificación de la familia en base al parentesco						
Nuclear simple	37	67.3	55	66.2	3	37.5
Monoparental	2	3.6	5	6.0	0	0
Monoparental extendida	4	7.3	6	7.2	2	25.0
Monoparental extendida compuesta	1	1.8	1	1.2	1	12.5
Extensa	10	18.2	14	17.0	2	25.0
Extensa compuesta	1	1.8	2	2.4	0	0
Adaptabilidad (FACES III)						
Rígida	9	16.4	37	44.6	2	25.0
Estructurada	9	16.4	15	18.0	1	12.5
Flexible	16	29.0	20	24.1	4	50.0
Caótica	21	38.2	11	13.3	1	12.5
Cohesión (FACES III)						
No relacionada	9	16.4	41	49.3	3	37.5
Semirrelacionada	17	30.9	14	16.9	3	37.5
Relacionada	19	34.5	17	20.5	1	12.5
Aglutinada	10	18.2	11	13.3	1	12.5

Cuadro 20.
FACTORES ASOCIADOS A LA CONDUCTA AGRESIVA

FACTOR ASOCIADO	RM	IC AL 95%	P*
Sueño diurno (si/no)	8.36	(2.23-36.89)	0.000
Autoridad Recae en la madre (leve/moderada)	7.81	(1.16-65.36)	0.009
Recae en la madre (moderada/escasa o nula)	7.14	(1.04-61)	0.0015

*significancia estadística

DISCUSION

El estudio demostró que de los niños preescolares estudiados en la Guardería se encontraron con conducta agresiva escasa o nula 37.7%, leve 56.8% y moderada 5.5%.

La agresividad leve de los niños está asociada a la presencia de sueño diurno en 32.5% y a la autoridad con jerarquía recaída en la madre, con agresividad leve 19.3% y moderada 62.5%.

La asociación de médicos de la Cd. de Buenos Aires nos menciona que la alteración del ritmo circadiano genera un estado de fatiga psíquica caracterizada por irritabilidad, circunstancia que aflorara también en la actividad escolar. ⁽²⁵⁾ Así mismo Convertini Gladys en su estudio trastornos del sueño en niños sanos, menciona que para el niño se encuentran efectos negativos en las funciones cognitivas, emocionales y conductuales, y son cambios subjetivos como cambios de humor, irritabilidad, fatiga; dificultades de concentración y desorientación; distorsiones perceptuales; alucinaciones visuales; impacto en las actividades cotidianas; microsueños diurnos que lo harán cometer errores y omisiones; hiperactividad; pérdida de la atención; enlentecimiento cognitivo, declinación de la velocidad de cálculo; dificultades en la memoria y el aprendizaje: menor logro académico. Hasta un 20 % de los niños pueden perder un año escolar; y aumento de la prevalencia de accidentes tanto en el niño que no duerme como en sus padres. ⁽⁴⁸⁾ En apoyo a los anterior Aldana A, Samudio D, Irala E y Rodas N; en sus investigaciones, vieron que los desórdenes del sueño en la infancia son frecuentes y usualmente inofensivos; raramente indican una enfermedad seria. En general pasan inadvertidos, salvo que los padres expresen alguna preocupación. Además el sueño ocupa una tercera parte de nuestras vidas, alternándose con estado de vigilia en forma cíclica; formando parte del ritmo circadiano de 24 horas en lo que respecta al ciclo sueño – vigilia; y la cantidad de sueño necesaria para el reposo varía según la edad, con un promedio de 10.5 horas en escolares y preescolares. La epidemiología de los trastornos del sueño en edad pediátrica ha sido investigada en numerosos trabajos por diversos autores con variados resultados en cuanto a prevalencia global, así Lozoff encontró una prevalencia global de 30% en niños de 6 meses a 4 años de edad, otros autores han reportado prevalencias de 60.4%, 22.8%, 37%, y 10.8% pasando por cifras intermedias, todas estas variaciones se deben al tipo de cuestionario utilizado y las edades de los niños. ⁽⁴⁹⁾

Lo anterior se relaciona con nuestro estudio donde los niños que presentan conducta de agresividad tienen sueño diurno. Además de una prevalencia de trastornos del sueño del 21 al 26% de 2 a 4 años.

Algunos autores teóricamente refieren que el rol de padre es ser un buen proveedor, por lo que tiene menos tiempo para compartir con la familia, lo que

puede generar en los hijos, un sentimiento de abandono, de poca valoración que se traduce en rabia y agresión, por otra parte el rol de la madre es la cuidadora y educadora mismo que ha venido cambiando con la incorporación a las actividades económicas de la mujer por lo que delega el cuidado de los hijos a otros familiares o bien a instituciones lo que produce confusión en la jerarquía hacia los hijos, dificultad de establecer límites. ⁽⁵⁴⁾ **LIBRO familia falta referencia bibliografía)**

Por otra parte en las familias monoparentales, que cada vez es más frecuente por situaciones de divorcio o paternidad irresponsable, migración, tienden a pautas organizacionales familiares que conllevan a sobreinvolucramiento afectivo con dificultad en el establecimiento de los límites individuales y entre el subsistema parental que para la formación de la personalidad del niño son indispensables en esta etapa de socialización. ⁽⁵⁵⁾. Al momento no existen trabajos que cuestionen la jerarquía recaída en la madre como una pauta familiar para la expresión de conductas agresivas en los hijos, tal como lo mencionamos anteriormente son las estructuras de parentalidad, (el tipo de paternidad, la presencia de los padres y las pautas de organización en cuanto límites, jerarquía, cercanía distancia, centralidad), las que teóricamente influyen en el desarrollo físico emocional, psicológico y social del niño.

Además Mussen Paul, refiere que el niño al nacer, llega a desarrollarse por medio del aprendizaje que se da en primera instancia dentro de la familia a través de la socialización primaria, principalmente es el vínculo con la madre, aludida como apego que está asociada con la satisfacción de necesidades, placer, alivio de la tensión y motivo de contento, lo que desarrolla interdependencia entre la madre y el hijo; constituyendo sentimientos de confianza y seguridad. ⁽⁵⁾

La tarea de la familia es preparar a sus miembros para enfrentar crisis, si se toma en cuenta que es este el medio donde se desarrolla el niño así como las diferentes etapas del ciclo vital ⁽¹⁾, como lo es la fase de expansión de la familia que más importancia tiene dentro del desarrollo del niño porque incluye la crianza y desarrollo de éstos durante sus primeros años, que implica un cambio radical en la organización familiar para brindar el cuidado, la educación, la alimentación, dar afecto, cariño e ir moldeando su comportamiento. Por lo que es necesario la existencia de límites claros directos, expresión de sentimientos (emociones), actitudes y demandas para estimular en el niño su desarrollo psicoafectivo y evitar incongruencias en la forma de educar para no generar agresividad, pobre autoestima, confusión, comportamientos hostiles y manipuladores de los hijos. ⁽³⁾

Gil-Verona José Antonio y Cols. en su estudio sobre la psicobiología de las conductas agresivas mencionan que los niños son generalmente más agresivos que las niñas. Esto es tan cierto en niños de tres a seis años de edad como en niños de siete a diez años. En la cual, la sociedad occidental tolera más las conductas enérgicas y agresivas de los niños que las de las niñas. Sin embargo, si la socialización fuera la única causa de las diferencias sexuales en la conducta

agresiva, tendríamos que esperar que las diferencias entre muchachos y muchachas de más edad, que han estado expuestos a estímulos socializadores durante más tiempo, fuesen mayores que las observadas entre niños y niñas más jóvenes. ⁽⁵⁰⁾ En nuestro estudio encontramos que del 52 al 62% del sexo masculino en los niños tienen conductas agresivas.

Ezquerria Juan en su monografía de trastornos del comportamiento, nos menciona que debemos tener presente que dentro del desarrollo psicológico normal del niño preescolar este tiene conductas agresivas entre los 2 y 3 años cuando se siente frustrado por no ver cumplidos sus deseos, entonces el niño araña, muerde y pega. Antes de esta edad lo que muestra el niño es rabia ante impulsos. A partir de los 4 años es cuando esta agresividad pasa a ser expresada verbalmente, si continúan mostrándose agresivos, se convierte en una conducta problemática. ⁽¹³⁾ En nuestro estudio esta agresividad se encontró que predominó leve en 56.8% dentro de los 3 años de edad, lo cual concuerda con el autor como parte del desarrollo normal en el niño.

En apoyo a lo anterior Morales Vives menciona que esta agresividad puede ser debida a la impulsividad que favorece que los niños reaccionen de manera agresiva especialmente con ira, ante problemas para inhibir, regular emociones, pensamientos o conductas. Que si no son orientados adecuadamente ocasionan condicionan irritabilidad crónica, labilidad emocional y un mal humor excesivo. Finalmente, los actos agresivos son una consecuencia de la dificultad para regular la propia conducta. ⁽⁵¹⁾

Madrigal Barrios en el capítulo de la edad preescolar nos dice que el niño preescolar se caracteriza por tener un crecimiento de forma desacelerada en relación con la época de lactante, con adquisición de mayores habilidades corporales, así niños con el peso bajo se afectará su funcionamiento integral y su comportamiento, en su carácter (intolerante y agresivo a veces) y su capacidad de resolver situaciones. Es posible que las deficiencias de micronutrientes tengan efectos interactivos acumulativos sobre el aprendizaje y el comportamiento. Si bien es posible que la nutrición no sea el único factor que afecta el desarrollo físico y cognitivo, no cabe duda que es un factor importante y ciertamente es un factor que es relativamente fácil de controlar con medidas simples. ⁽⁵²⁾ Por lo que respecta en nuestros niños estudiados se encontró que el 70.9% presento peso bajo asociado a mínima agresividad; pero no se tiene evidencia que su peso tenga repercusiones físicas, biológicas y psicológicas.

Benson en un estudio en Londres indicó que una mayor exposición a los programas violentos de la televisión se relacionaba con una conducta agresiva más severa. Encontró que aun la exposición a las historietas violentas o a la violencia en los noticiarios aumentaba la conducta agresiva. El hecho de ver violencia lleva a una conducta agresiva, y los sujetos agresivos ven más televisión violenta. En otro estudio de Singer se encontró que el hecho de ver mucho tiempo

programas violentos de televisión, durante los años preescolares, se correlacionaba en un alto grado con las conductas agresivas. ⁽⁵³⁾ Nosotros No encontramos esta asociación y posiblemente a la exposición mínima a este tipo de programas secundaria a los tiempos de estancia en la guardería., refiriéndonos los padres que el tiempo de ver la televisión sólo es menor a 2 hrs en programación educativas, al respecto Alonso Fernández Francisco en su estudio de televisión y salud mental, nos precisa que a ninguna edad infantil conviene una dosis televisiva superior a los noventa minutos por día. ⁽⁵³⁾

En conclusión son factores relacionados a la agresividad en los preescolares fueron la presencia de sueño diurno y la jerarquía recaída en la madre, sin embargo los resultados obtenidos en nuestro estudio no son generalizables por ser una muestra pequeña de la población, percepción de una guardería, por lo tanto habría que ampliar el intervalo de edad, tamaño de la muestra, otros niveles de atención, diversas guarderías, factores relacionados no explorados como violencia intrafamiliar, ambiente escolar, satisfacción del cuidador suplente, preparación de las educadoras, estilos de crianza entre otros.

CONCLUSIONES

- La frecuencia de conductas agresivas fue escasa en 37.7%, leve 56.8% y moderada en 56.8%.
- Identificar Perfil sociodemográfico del niño (sexo, edad) y de sus padres (edad, escolaridad, estado civil, ocupación, jornada laboral).
- El perfil sociodemográfico del niño fue el masculino en 57.5% con 3 años de edad en 48.8 %, el de la madre con edad de 26 a 30 años en 33.6%, con estado civil casadas en 63%, escolaridad preparatoria en 32.2% y ocupación de ayudante general en 34.2%, así mismo el padre con edad de 26 a 30 años en 32.9%, escolaridad preparatoria en 25.3% y ocupación de ayudante general en 23.35
- Los factores biológicos identificados fueron alteración en la nutrición con peso bajo en 54.1%, alteraciones del ciclo sueño vigilia en 21.3%, consumo de alimentos tipo metilxantinas en 72.6%, problemas de salud en 17.1%, problemas de iluminación en la vivienda en 11.6%, y exposición a plomo en 32.8%.
- Las características familiares del niño preescolar con conductas agresivas identificadas son presencia de ambos padres en el hogar 84.9%, jerarquía y autoridad en ambos padres 63.1%, familias nucleares 65.1%, adaptabilidad rígida 32.9%, cohesión no relacionada 36.3%, familias rígidamente no relacionadas 71.7% y familias intermedias 37%.
- De los factores sociales del niño identificados son exposición a caricaturas 71.2%, no ven T.V más de 2 hrs 60.3%, usan juguetes manuales 65.1% y 82.2% conviven con sus iguales.
- De los factores biopsicosociales y familiares se identifico asociación con las conductas agresivas en los niños el sueño diurno con agresividad leve 32.5% y autoridad recaída en la madre con agresividad leve 19.3% y moderada 62.5%.

COMENTARIOS Y RECOMENDACIONES

En los niños de la guardería se debe tener en cuenta que sus madres son las trabajadoras y ellas tienen que proveer el sustento al hogar por lo que también viene a influir el pensamiento de tener iguales derechos y condiciones que el sexo masculino y ayudar en el hogar a la manutención.

Aunque nuestros resultados mostraron que no hay relación entre las conductas agresivas y los factores biológicos, familiares y sociales significativos, consideramos necesario identificar problemas de vinculación que podrían ser causa de casos más extremos como la agresión intencionada.

Es importante que los padres y las educadoras promuevan conductas sociales, para esto se deben identificar las conductas agresivas tempranamente que por mínimas se observen en los niños, y tener conciencia que una conducta agresiva es una conducta aprendida y como tal pueda modificarse. Para lo anterior sería adecuado montar un programa trabajando en conjunto con las educadoras, cuidadores y padres de familia para modificar las conductas agresivas a través de estrategias, talleres y capacitación del manejo de estas circunstancias, teniendo en cuenta que los cambios no se dan de un día para otro, sino que se necesita paciencia y perseverancia. También creo que resulta beneficioso consultar con expertos como médicos familiares, psicólogos y trabajadoras sociales para que ofrezcan estrategias a padres de familia y personal educativo en cuanto al manejo de las conductas agresivas de los niños que aunque siendo conductas en su desarrollo psicológico normal, deben ser controladas.

Durante el desarrollo del estudio, se proporcionaron pláticas sobre el desarrollo psicológico de los niños a los padres, de familia, donde se observó que el principal problema es el manejo de las situaciones de berrinches, ira, enojo, niños mordelones y agresión física, por lo que sería importante que se diera taller de padres de familia para orientarlos sobre el manejo de límites, jerarquía y autoridad.

En si creo que el estudio mostró suficientes datos que nos hace dar cuenta sobre la asociación de factores a la conducta agresiva en el grupo etario estudiado, se vio que actúan así por su desarrollo normal psicológico, y en donde se hace notar el descontrol de sus conductas es en la edad escolar, por lo que ahí debemos enfocarnos más.

BIBLIOGRAFIA

1. Irigoyen Coria Arnulfo. Fundamentos de medicina familiar, 7ª ed. México: Medicina Familiar Mexicana; 2000. p 18-24.
2. Dulanto Gutiérrez Enrique. La familia. Academia Mexicana de Pediatría. Editores de textos mexicanos. México 2004, p 165-170, 209-235.
3. Huerta González José Luis. Medicina familiar. La familia en el proceso salud-enfermedad. México: alfil; 2005. p 18-26.
4. Papalia, Diane E. Psicología del desarrollo. Edit Mc Graw-Hill, Bogota Colombia, 7ª ed, 1997, p 11-44.
5. Mussen, Paul. Desarrollo psicológico del niño. EU: trillas; 2000. p 21-24.
6. Craig, R. Psicología educativa y contemporánea. México: Limusa; 1979. p 72-73.
7. Velasco M, Sinibaldi JF. Manejo del enfermo crónico y su familia. México: manual moderno; 2005. p 1-6.
8. Padilla Velásquez Maria Teresa. Estudio sobre la influencia de la imagen paterna en las esferas del desarrollo mental del niño en edad preescolar. Aletheia, p 7-13.
9. Noruño Morales, Nilo V, Cruz Segundo, Regla, Sorroche Cadalso, Rosario y Fernández Benitez Odalys. Influencia del medio familiar en niños con conductas agresivas. Rev Cubana Pediatric, 74(2) abr-jun 2002, p 1-7.
10. Santana-Tavira Rosalinda, Sánchez-Ahedo Roberto. El maltrato infantil: un problema mundial. Salud Pública Mex. 1998, 40(1): ene-feb, p 1-8.
11. Polaina A. Evaluación psicológica y psicopatológica de la familia. Ediciones RIALP, SA. Madrid España: 2003, p 21-38.
12. Rodríguez F, Javier. Paíno, Susana G. Violencia y desviación social: bases y análisis para la intervención. Psicothema; 1994. 6(2), p 229-244.
13. Ezquerra, Juan. Trastornos del comportamiento. [serie en línea] [citada 2006]. Disponible en: URL: <http://www.psicologoinfantil.com/trascomport.htm>

14. Mejía Ascencio, Ángel y González Merino, Gustavo. Trastorno oposicionista y desafiante. Educación especial. [serie en línea] [citada 2006]. Disponible en: URL: http://w3.cnice.mec.es/recursos2/atención_diversidad/01_02_06c.htm
15. Gillham L, Heber. Cómo ayudar a los niños a aceptarse a si mismos y a aceptar a los demás. Edit Paidós Educador, 3ª ed 1991, p 8-17.
16. Palacio F, Roberto. La agresión y la guerra desde el punto de vista de la etología y la obra de Honrad Lorenz. Revista de estudios sociales. [serie en línea] [citada febrero 2003]. Disponible en: URL: <http://res.uniandes.edu.co/view.php/282/1.php>
17. Kristiansen, Sonja. Agresividad infantil. [serie en línea] [citada 2005] 2(1). Disponible en: URL: <http://www.psicopedagogia.com/articulos/?artículo=392>
18. Peinado-Altable J. Paidología. España: porrua; 1984. p 227-231.
19. Mesa, Dorado y Ballabriga, Jané. La conducta agresiva en preescolares: revisión de factores implicados y evolución. [serie en línea] [citado 03 marzo 2001]. Disponible en: URL: http://www.psiquiatria.com/articulos/trastornos_infantiles/2782/
20. Serrano I. Agresividad infantil. Madrid: pirámide; 1996. p 10-52.
21. Lolas S Fernando. Psicometría de la agresividad. Acta psiquiát Psicol. Amér Lat. 1991, 37(1) p 75-77
22. Castellano Barca, Germán. Importancia de los factores protectores en el desarrollo psico-social. [serie en línea]. Disponible en: URL: http://www.comtf.es/pediatria/congreso_AEP_2000/Ponenciashtm/G_Castellano_Barca.htm
23. Novoa, Fernando. Prevenir la violencia, una prioridad en salud. Pediatría del desarrollo. Revista pediatría electrónica. [serie en línea] [citada 2005] 2(1). Disponible en: URL: http://www.revistapediatria.cl/vol2num1/pdf/d_prevenir_violencia.pdf
24. Moreno, Oliver, Francesc, Xavier. La conducta perturbadora en el contexto escolar: factores determinantes y modelos de intervención. [serie en línea]. Disponible en: URL: <http://personal.telefonica.terra.es/web/fxmoreno/documen/CONDUCTA%20PERTURBADORA.pdf>

25. Tóxicos en neurodesarrollo. Boletín de temas de salud, suplemento del diario del mundo hospitalario. [serie en línea] [citada noviembre 2003]. Disponible en: URL: <http://www.medicos-municipales.org.ar/bts1103.htm>
26. Ayuso Gutiérrez José Luis. Función serotoninérgica y conducta agresivo impulsiva. Acta psiquiát Psicol. Amér Lat, 40(1), p 56-62.
27. Mese, Dorado y Ballabriga, Jane. La conducta agresiva en preescolares: revisión de factores implicados y evolución. [serie en línea] [citado 03 marzo 2001]. Disponible en: URL: http://www.psiquiatria.com/articulos/trastornos_infantiles/2782/
28. Gracia Enrique, Lila Marisol, Musitu Gonzalo. Rechazo parental y ajuste psicológico y social de los hijos. Salud Mental, 28(2): abril 2005, p 73-80.
29. Carreras MR, Braza P Y Braza F. Implicaciones en los comportamientos de agonismo y ajuste social al grupo de iguales en los niños de 4 y 5 años. Psicothema. Cádiz España; 13(2), 2001, p 258-262.
30. Menéndez Benavente Isabel. Trastorno de déficit de atención con hiperactividad: clínica y diagnóstico. Rev Psiquiatr Psicol. Niño y Adolesc, 2001, 4(1): 92-102.
31. Autismo infantil y otros trastornos del desarrollo. Edit Paidós, Buenos Aires Argentina. 2001; p 22-36.
32. Rojo, J. Trastornos depresivos en la infancia y adolescencia. Anales. [serie en línea] (supl3). Disponible en: URL: <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol25/sup3/suple8a.htm/>
33. Méndez Carrillo Francisco Xavier. El niño que no sonríe: estrategias para superar la tristeza y la depresión infantil. Edit Pirámide S.A. Madrid 1998, p 16-21.
34. Combes, Julieta. Generalidades acerca de las implicancias psicológicas y sociales de la epilepsia. [serie en línea] [citado septiembre 2003]. Disponible en: URL: http://www.psicologia.unt.edi.ar/programas03/fichas_neuro1.doc
35. Garzón Ángela Melissa. Factores neurobiológicos del trastorno de personalidad antisocial. Revista electrónica psicológica científica. [serie en línea] [citado 02 marzo 2007]. Disponible en: URL: <http://www.psicologicacientifica.com/bv/psicología-251-1-factores-neurobiologicos-del-trastorno-de-personalidad-antis.html>

36. Socialización y afectividad en el niño. Programa para la transformación y fortalecimiento académico de las escuelas normales SEP. [serie en línea] [citado 2004-2005]. Disponible en: URL:http://seyc.gob.mx/portal/sis_edu_estatal/edu_sup/doctos/lic_preescolar/4semes/obs2.pdf
37. García Manuel. Conferencia "Naturaleza y fundamento adaptativo a la conducta agresiva". {serie en línea} {citado 22 julio 2004}. Disponible en: URL: http://aprendemas.com/Noticias/html/N521_F22072004.HTML
38. Perfil de puesto de personal para la selección e indicadores para establecer la base de recursos humanos. IMSS. Abril 2006.
39. Alonso-Fernández Francisco. Televisión y salud mental. Salud mental 6(4) invierno 1983, p 3-10.
40. Rodríguez Patricia, Medina Rolando, Pérez-Rincón Héctor. La conducta lúdica y los nuevos juegos electrónicos. Salud mental 6(3) otoño 1983.
41. Garcia Silbermann, Sarah. Televisión, violencia y salud mental ¿Existe alguna relación? Rev Fac Med UNAM 4285) sep-oct 1999, P 205-208.
42. Ruiz Vega Dulce Graciela, De la Peña Olvera Francisco. ¿Cual es el efecto de reducir el uso de la televisión y de los videojuegos en el comportamiento agresivo de los niños? Información clínica. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. 12(6) junio, p 31-32.
43. Ayala Velásquez Héctor, Pedroza Cabrera Francisco, Morales Chainè Silvia. Factores de riesgo, factores protectores y generalización del comportamiento agresivo en una muestra de niños en edad escolar. Salud mental 25(3): p 27-40, junio 2002.
44. Cruz Segundo Regla, Noruño Morales Nilo Valentín, Fernández Benítez Odalys, Cadalso Sorroche Rosario. Intervención educativa para la disminución de la agresividad en la conducta infantil. Rev Cubana Pediatría 74(3) La Habana, jul-sep 2002, p 189-194.
45. Ortega Rosario y Monks Claire. Agresividad injustificada entre preescolares. Psicothema 17(3). Córdoba España 2005, p 453-458.
46. Barry Tammy D, Lochman John E. La agresión en los niños pequeños: estrategias para padres y educadores. {serie en línea} {citada 2004}. Disponible en: URL:http://www.apsva.us/154010829161260/lib/15401082916260/_files/agresión_sp.pdf

47. Heano Escobar Juanita. La prevención temprana de la violencia: una revisión de programas y modalidades de intervención. Univ Psicol. Bogotá Colombia, jul-sep 2005; 4(2): p 161-177.
48. Convertini, Gladys, Krupitzky Sara, Tripodi Ma. Rosa, Carusso Liliana. Trastornos del sueño en niños sanos. Arch. Argent. Pediatr. 2003; 101(29), p99-105. [serie en línea] Disponible en: URL: http://www.sap.org.ar/staticfiles/archivos/2003/arch03_2/99.pdf
49. Aldana A, Samudio D, Irala E y Rodas N. Trastornos del sueño: prevalencia en población pediátrica en edad preescolar y escolar de área urbana. Órgano oficial de la sociedad Paraguaya de Pediatría. 2006; 33(1). [serie en línea] Disponible en: URL: http://www.spp.org.py/revistas/ed_2006/tranststue_vol1_2006.htm
50. Gil Verona José Antonio y Cols. Psicobiología de las conductas agresivas. Anales de psicología. Murcia, España, diciembre 2002; 18(002), p 292-303. [Serie en línea] Disponible en: URL: http://www.um.es/analesps/v18/v18_2/07-18_2.pdf
51. Morales Vives, Fábila. Tesis sobre el efecto de la impulsividad sobre la agresividad y sus consecuencias en el rendimiento de los adolescentes. 2007, p 9-217. [serie en línea] Disponible en: URL: http://www.tesisenxarxa.net/TESIS_URV/AVAILABLE/TDX-0103108-135604//2Tesi.pdf
52. Martínez Martínez, Roberto. La salud del niño y del adolescente. 4ª Edición. Manual Moderno, 2001; p 160-168.
53. Health L, Bresolin LB y Rinaldi RC. Los niños y la violencia en la televisión. Instituto Mexicano de Psiquiatría. Información clínica.1 (2), octubre 1990, p 7-8.
54. Dulanto GE. La familia. Un espacio de encuentro y crecimiento para todos. 1ª edición. Textos mexicanos México D. F 2004 pag: 25-38
55. Minuchin Salvador, Fishman H. Charles. Técnicas de terapia familiar, reimpresión. México: Paidós, 1999; p 22-40

ANEXOS



**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN
PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA.**

México D.F. a _____ de _____ del 2008.

Por medio de la presente acepto participar en el proyecto de investigación titulado

**“Factores asociados a la conducta agresiva en niños
preescolares de 2 a 4 años”**

Registrado ante el Comité Local de Investigación 3404

El objetivo del estudio es conocer los factores asociados a las conductas agresivas en los niños preescolares de 2 a 4 años.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en resolver los cuestionarios con respecto al niño y a mi familia.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio que son los siguientes:

No se pone en riesgo la integridad de los niños

El investigador se ha comprometido a responder y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación. Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención que recibe el niño en la Estancia Infantil del instituto.

El investigador principal me ha dado seguridad de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio.

Nombre y firma del padre o tutor

Dra. Margarita Ortíz Serralde
R3 Medicina Familiar

Números telefónicos a los cuáles puede comunicarse en caso de dudas o preguntas relacionadas con el estudio, 53 33 11 00 ext. 15320

Cuestionario

Instrucciones: El cuestionario que se le presenta a continuación contiene una serie de cuestionamientos referidos a su familia. Para contestarlo, lea cada frase y complete los espacios, en otras opciones señale con una X la respuesta. Puede estar seguro que trataré la información con absoluta confidencialidad y anonimato. **POR FAVOR, CONTESTE A TODAS LAS AFIRMACIONES. MUCHAS GRACIAS.**

ASUNTOS RELACIONADOS CON SU HIJO(A):

1. Fecha de nacimiento _____ 2.- Sexo Fem. _____ Masc. _____
- 3.- Peso _____ 4. Talla _____
- 5.- ¿Desde cuándo y a qué edad está en la guardería? _____
- 6.- ¿Cuánto es el tiempo de estancia en la guardería? _____ 5 a menos hrs, _____
6 a 8 hrs, _____ 9 a más hrs
- 7.- ¿Cuánto tiempo tardó en adaptarse a la guardería? 5 días, _____ 8 días, _____ 10 días,
_____ 15 días, _____ más de 15 días _____
- 8.- ¿Quién lo cuida cuando no está en guardería? _____
- 9.- ¿En este momento padece alguna enfermedad? SI _____ NO _____, especifique desde
cuándo _____ y con qué medicamentos se controla _____
- 10.- ¿Cuántas hrs duerme por la noche? _____
- 11.- ¿Tiene problemas para dormir, como no puede conciliar el sueño, le cuesta trabajo
dormirse, se despierta varias veces, o al despertarse ya no puede dormir? SI _____
NO _____
- 12.- Al dormir, ¿tiene pesadillas y se despierta llorando o gritando? SI _____ NO _____
- 13.- ¿Durante el día casi siempre está con sueño aunque haya dormido bastantes
hrs por la noche? SI _____ NO _____
- 14.- ¿Hay inadecuada iluminación con ventanas y es ruidoso el lugar donde juega,
duerme, come y acude al baño? SI _____ NO _____
- 15.- En cuanto a su alimentación, consume chocolate, refresco, café, y tés:
SI _____ NO _____, con que frecuencia a la semana _____
- 16.- ¿Con qué juguetes le gusta jugar y cuánto tiempo juega en su
casa? _____
- 17.- ¿Ve televisión? SI _____ NO _____ ¿Cuánto tiempo ve la tele y que programas ve?

18.- ¿Qué temas de películas le gustan ver?

19.- ¿Convive con sus hermanos y amiguitos de su cuadra? SI ____ NO ____

ASUNTOS RELACIONADOS CON LA MADRE:

20.- Edad _____ 21.- Estado civil: Soltera ____ casada ____ unión libre ____
divorcio ____ separación _____

22.-Escolaridad: primaria ____ secundaria ____ preparatoria ____ técnica ____
profesional _____

23.- Ocupación _____ y ¿cuántas hrs
trabaja? _____

24.- ¿El embarazo de su hijo(a) a la que nos referimos, fue deseado? SI ____ NO ____

25.- ¿Cuántos hijos tiene? _____

26.- Consume alcohol: SI ____ NO ____ Fuma: SI ____ NO ____ ¿consume alguna otra droga?
SI ____ NO ____
¿Cuál? _____

27.- ¿Tiene algún problema de salud física? NO ____ SI ____
especificar _____

28.- ¿Tiene algún problema de salud mental? NO ____ SI ____ especificar

29.- ¿Ha ido alguna vez a visitar al psiquiatra o psicólogo? NO ____ SI ____ ¿para
qué? _____

ASUNTOS RELACIONADOS CON EL PADRE:

(Si no hay presencia del padre en su núcleo familiar, deje este apartado sin contestar)

30.- Edad _____

31.- Escolaridad: primaria ____ secundaria ____ preparatoria ____ técnica ____
profesional _____

32.- Ocupación _____ y ¿cuántas hrs
trabaja? _____

33.- Consume alcohol: SI ____ NO ____ Fuma: SI ____ NO ____
¿consume alguna otra droga? SI ____ NO ____ ¿Cuál? _____

34.- ¿Tiene algún problema de salud física? NO____ SI____
especificar_____

35.- ¿Tiene algún problema de salud mental? NO____ SI____ especificar

36.- ¿Ha ido alguna vez a visitar al psiquiatra o psicólogo? NO____ SI____ ¿para
qué?_____

ASUNTOS RELACIONADOS CON SU NUCLEO FAMILIAR:

37.- ¿Quién toma las decisiones en su casa?

38.- En su hogar, ¿quién la habita? (incluya otros familiares y quien no lo sea)

39.- Al cocinar, ¿utilizan ollas de barro? SI____ NO____

40.- ¿utilizan latas de alimentos o refrescos para almacenar? SI____ NO____

41.- ¿en su casa se encuentran a la mano pinturas o tinturas para las paredes?
SI____ NO____

42.- ¿utilizan soldaduras frecuentes en su casa? SI____ NO____

Responda con una X la respuesta que sea correcta para usted y considere que describa a su familia. (Cuestionario de FACES III)

	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
1.- Los miembros de nuestra familia se dan apoyo entre si.					
2.- En nuestra familia se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas.					
3.- Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia.					
4.- Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina.					
5. Nos gusta convivir solamente con los familiares más cercanos.					
6. Cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad.					
7. Nos sentimos más unidos entre nosotros que con personas que no son de nuestra familia.					
8. Nuestra familia cambia el modo de hacer sus cosas.					
9. Nos gusta pasar el tiempo libre en familia.					
10. Padre se hijos se ponen de acuerdo en relación con los castigos.					
11. Nos sentimos muy unidos.					
12. En nuestra familia los hijos toman las decisiones.					
13. Cuando se toma una decisión importante, toda la familia está presente.					
14. En nuestra familia las reglas cambian					
15. Con facilidad podemos planear actividades en la familia.					
16. Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros.					
17. Consultamos unos con otros para tomar decisiones.					
18. En nuestra familia es difícil identificar quién tiene la autoridad.					
19. La unión familiar es muy importante.					
20. Es difícil decir quién hace las labores del hogar.					

Marque en el cuadro con una X, según lo que observa en su hijo(a).
 (Cuestionario de agresividad de Buss y Perry modificado para preescolares)

	PREGUNTA	Muy pocas veces	Pocas veces	Algunas veces	Casi Muchas veces	Muchas veces
1.	Su hijo golpea fácilmente a otras personas.					
2.	Ha notado que su hijo al estar con otros niños se enoja y pelea fácilmente.					
2.	Su hijo se enoja fácilmente, pero se le pasa enseguida.					
4.	No presta sus juguetes, sus ropas o alguna otra cosa que sea de él.					
5.	Si se le provoca (impedirle hacer lo que le gusta), reacciona golpeando a otras personas.					
6.	Por lo regular el niño no esta de acuerdo con las indicaciones que le da una persona mayor.					
7.	Cuando el niño no logra una actividad (frustración), hace rabietas o berrinche.					
8.	Si alguien golpea al niño, reacciona también golpeando.					
9.	Cuando alguien molesta al niño, reacciona gritando.					
10.	En algunas situaciones con hermanos o sus padres se pone celoso.					
11.	Cuando se están peleando sus hermanos u otros niños, se mete en el pleito.					
12.	Cuando no está de acuerdo con alguna indicación de una persona mayor, se enoja y se pone a gritar.					
13.	El niño por lo regular es tranquilo.					
14.	Le dura mucho el enojo y berrinche al niño cuando se enoja.					
15.	Cuando le quitan algo al niño, trata de defenderlo siempre con violencia y agresividad.					
16.	Es un niño conocido como peleonero.					
17.	Personas que no lo conocen u otros niños lo catalogan como muy "latoso".					
18.	Cuando otro niño lo provoca, siempre termina peleándose.					
19.	El niño se enoja muy fácilmente sin motivo aparente.					
20.	Con personas desconocidas, el niño siempre reacciona rechazándolos y llorando.					
21.	El niño ante situaciones desagradables no siempre reacciona pegando.					
22.	Hay dificultades para controlar el "genio" del niño.					
23.	El niño usa amenazas como querer pegar, miradas retadoras o malas palabras.					
24.	Cuando se enoja el niño, rompe o avienta cosas.					

GRACIAS.