



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**“PROBLEMAS DE CONDUCTA ESCOLAR Y  
NIVEL DE ANSIEDAD EN HIJOS DE  
ALCOHOLICOS”**

**T E S I S**

PARA OBTENER EL TITULO DE  
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA  
P R E S E N T A:

**DANIELA CAREAGA GUTIERREZ**

DIRECTORA DE TESIS: DRA. MARIANA GUTIERREZ LARA

REVISORA: MTRA. FAYNE ESQUIVEL ANCONA

SINODALES: LIC. AIDA ARACELI MENDOZA IBARROLA  
LIC. LETICIA ECHEVERRIA SAN VICENTE  
MTRA. GUADALUPE B. SANTAELLA HIDALGO



**MÉXICO, D.F.**

**U.N.A.M.**

**2009**

## AGRADECIMIENTOS

Decir Gracias a todas las personas que de algún modo contribuyeron es este trabajo, no sería suficiente; cada uno sabe lo importante que fue para mí su participación. Por eso, ¡¡¡DE TODO CORAZÓN GRACIAS A TODOS!!!

Primeramente Gracias a la UNAM por darme la oportunidad de comenzar este largo camino.

Gracias a todos los niños, mamás y profesores que desinteresadamente se tomaron el tiempo para responderme y Gracias al grupo AL-Anon “Esperanza” por compartir sus experiencias y por la confianza que ambos nos dimos.

Mami, Papi, sin ustedes este sueño no hubiera sido posible, sé que fueron tiempos difíciles y muchos los esfuerzos y les aseguro que supe valorarlos, por ustedes ahora estoy aquí, concluyendo lo que me dieron. Mil Gracias, los quiero mucho.

A mis hermanos que me acompañaron en mis desvelos y hasta fueron mis conejillos de indias... Gracias. Diana, el que persevera, alcanza, no te rindas; Jorge el camino apenas comienza, pero vale la pena; Cesar y Jenny sigan aprendiendo y Gracias por traer al mundo a la niña más hermosa.

A ti Saúl que con el paso de los años seguimos manteniendo estos fuertes lazos, Gracias por tu apoyo incondicional, por acompañarme en este logro, sé que aún nos faltan muchos y me gustaría seguirlos compartiendo contigo, Te amo.

Marina Gutiérrez Gracias por tu apoyo, por ser mi Directora y mi Maestra, por tu tiempo, dedicación, aportaciones, porras, presión y sobre todo por tu gran ejemplo.

Sinodales: Fayne Esquivel, Araceli Mendoza, Leticia Echeverría y Guadalupe Santaella, Gracias por su tiempo, dedicación y aportaciones a este trabajo.

Ydania, Linnette, Angélica, Elisa, Mónica, Brenda y Carmen, su amistad fue un gran impulso para seguir adelante; iniciamos hace mucho y ya nos estamos haciendo viejas, pero seguimos aprendiendo, y sé que siempre estaremos apoyándonos a pesar de las distancias que nos separan, porque nuestra amistad no tiene fin...las quiero mucho “Perversas”.

Vero, Tere y Dulce, con ustedes aprendí que la amistad y el trabajo pueden llevarse muy bien, gracias por esas horas extras de risa, llantos, aprendizaje, ejercicio, cafés, fiestas...en fin, que tiempos, las quiero mucho.

Chabela, Sandra y Jess, elegimos caminos muy distintos pero sé que siempre nos volveremos a encontrar las quiero mucho “viejas”.

Finalmente, Gracias a todos los que contribuyeron a que hoy termine un ciclo más en mi vida.

*“No hay nada más duradero, más fuerte,  
más sano y más útil para la vida  
que un buen recuerdo de la niñez  
y de la casa paterna”*

*Dostoievski, F.*

# ÍNDICE

<b>Introducción</b> .....	i
<b>Resumen</b> .....	ii
<b>1. Alcoholismo</b> .....	1
1.1. Definición de alcohol.....	1
1.2. Epidemiología del consumo de Alcohol.....	1
1.3. Efectos que produce el alcohol en el organismo.....	4
1.4. Patrón de consumo.....	6
1.5. El alcohol y sus efectos psicológicos.....	7
1.6. El alcohólico y su familia .....	9
1.6.1. El padre alcohólico.....	9
1.6.2. Los hijos de alcohólicos.....	11
1.6.3. Efectos sobre los niños.....	12
1.6.4. Actitud de los hijos de alcohólicos hacia la bebida.....	16
<b>2. Ansiedad Infantil</b> .....	19
2.1. Ansiedad normal.....	21
2.2. Ansiedad Excesiva.....	22
2.3. Etiología.....	24
2.3.1. Causas biológicas.....	26
2.3.2. Causas familiares.....	27
2.4. Epidemiología.....	31
2.5. Manifestaciones de la ansiedad infantil.....	31
2.5.1. Manifestaciones psicológicas.....	32
2.5.2. Manifestaciones somáticas.....	33
2.5.3. Manifestaciones en el área escolar.....	34
2.5.4. Manifestaciones en el área social.....	35

<b>3. Problemas de Conducta Escolar</b> .....	38
3.1. Disciplina.....	39
3.2. Indisciplina.....	39
3.3. Problemas de Conducta.....	41
3.4. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad.....	43
3.5. Negativismo desafiante.....	45
3.6. Trastorno disocial.....	47
3.7. Influencia del hogar en la conducta escolar.....	49
3.8. Influencia de los padres en los trastornos conductuales de los hijos.....	52
<b>4. Método</b> .....	56
4.1. Justificación.....	56
4.2. Preguntas de investigación.....	56
4.3. Objetivos.....	57
4.4. Hipótesis.....	57
4.5. Variables.....	57
4.6. Definición de Variables.....	58
4.7. Sujetos.....	60
4.8. Muestreo.....	60
4.9. Tipo de Estudio .....	60
4.10. Tipo de Diseño.....	60
4.11. Instrumentos.....	61
4.12. Procedimiento.....	63
4.13. Análisis de datos.....	64

<b>5. Resultados</b> .....	65
5.1. Análisis cuantitativo.....	65
Gráfica y Tabla 1 .....	66
Gráfica y Tabla 2.....	67
5.2. Análisis cualitativo.....	69
a) Problemas de conducta.....	69
b) Nivel de Ansiedad.....	70
Tabla 3.....	74
c) Información obtenida en el Grupo Al-Anon.....	75
<b>6. Discusión.....</b>	78
<b>7. Conclusiones .....</b>	85
<b>8. Limitaciones y Sugerencias .....</b>	86
<b>9. Referencias .....</b>	88
<b>10. Anexos .....</b>	92
a) Cuestionario Exploratorio (Maestros).....	93
b) SEVIC-NIÑOS.....	94
c) Puntaje y clasificación del Cuestionario para Maestros.....	98
d) Puntajes del Cuestionario SEVIC-NIÑOS.....	98

## INTRODUCCIÓN

En los últimos años el consumo de alcohol se ha visto en aumento no sólo en nuestro país, sino a nivel mundial, incrementándose así el número de personas que sufren dependencia a esta sustancia. En nuestra sociedad el consumo de alcohol es aceptado cuando se ingiere con moderación, sin embargo la dependencia física y psicológica son mal vistos.

El alcohol en el organismo produce varios efectos negativos a corto y largo plazo, no obstante, también la dinámica en la que se desenvuelve el alcohólico puede verse afectada en todas las áreas, una de ellas es la familia, donde no sólo la relación de pareja atraviesa dificultades, sino también la relación que mantienen con sus hijos.

Puesto que los padres funcionan como modelo de aprendizaje para los hijos y que son capaces de transmitirles diferentes estilos de comportamiento, tendremos que, un padre alcohólico puede ser factor determinante para que los niños presenten problemas a nivel emocional como la ansiedad o a nivel escolar como problemas de comportamiento.

Al hablar de ansiedad en los niños, podemos enumerar varias causas, sin embargo, los factores familiares pueden dar origen y mantenimiento a los síntomas ansiosos; de igual manera, un padre alcohólico distorsiona la imagen paterna que muestra ante sus hijos, provocando que éstos no se comporten de la manera esperada, manifestando así problemas de conducta en la escuela.

Por lo tanto, toda investigación que aporte información sobre las consecuencias de tener padres alcohólicos, enriquece nuestro conocimiento como estudiosos de la salud, para detectar efectos negativos en aquellos niños que se encuentran inmersos en una familia donde existe alcoholismo; de igual manera nos permitirán crear programas de prevención no sólo para este tipo de población, sino a nivel general, que como se mencionó en un principio, es un problema de salud que va en aumento en edades cada vez más tempranas.

## RESUMEN

En los últimos años se ha observado un aumento en el uso de bebidas alcohólicas, presentándose mayormente en hombres. El alcohol produce efectos negativos a nivel físico, social y psicológico, lo que trae consigo que las personas que rodean al alcohólico también se vean afectadas en diferentes aspectos de su vida. Este es el caso de los hijos, quienes rápidamente reciben señales que les llevan a comportarse y a reaccionar de manera inadecuada. Por lo que esta investigación pretendió identificar si los hijos de alcohólicos presentan mayores problemas de conducta escolar y mayores niveles de ansiedad que aquellos niños que no tienen padres alcohólicos. Para ello se reunieron dos grupos: un grupo de 16 niños sin padre alcohólico y un grupo de 16 niños con padre y/o madre alcohólicos; a todos los niños se les aplicó la primera parte del Inventario de Salud, Estilos de Vida y Comportamiento SEVIC-Niños (Mam, 1998) que puntúa niveles de ansiedad y a sus profesores el Cuestionario para maestros (Hernández, et al, (2000) que arroja información sobre los principales problemas de conducta en el salón de clases y clasifica en dos categorías: disciplinado o indisciplinado. Se encontró que los hijos de alcohólicos presentan mayores problemas de conducta y un puntaje ligeramente más elevado en cuanto a nivel de ansiedad. Sin embargo, estas diferencias no fueron estadísticamente significativas. El análisis cualitativo nos muestra que sí encontramos diferencias, no como puntajes totales sino, como manifestaciones de ansiedad, y que éstas se identifican más en los hijos de alcohólicos, de igual manera, encontramos ciertas conductas en la escuela, que indican una problemática a nivel escolar, por lo tanto, se concluyó que los hijos de alcohólicos sí son más vulnerables a presentar fallas en su comportamiento, ya que sus principales modelos los conforman un padre alcohólico y una madre ansiosa, por lo que ello nos da indicio de que los niños imitan formas de comportamiento, lo que nos lleva a reflexionar sobre la importancia de la prevención desde los primeros años de escuela.

Palabras clave: padres alcohólicos, hijos de alcohólicos, ansiedad, problemas de conducta escolar.

## **1. ALCOHOLISMO**

### **1.1 Definición de Alcohol**

El componente activo esencial de las bebidas alcohólicas es el alcohol etílico o etanol; su fórmula química es  $C_2H_5OH$ , es un líquido aromático y combustible que procede de la fermentación de las sustancias azucaradas existentes en las frutas y cereales, a través de dicho proceso, el jugo de las frutas o cereales queda expuesto al aire durante un tiempo determinado y, así el azúcar que contiene se transforma en alcohol, bajo la acción de las levaduras, que son una especie de hongos microscópicos (Secades, 1998).

La variedad de bebidas alcohólicas es muy amplia y su consumo y producción abarca desde la antigüedad, constatando su aparición desde los 4000 años a. de C, atribuyéndole diversos orígenes que van desde lo mágico hasta lo sobrenatural, por lo que podemos caracterizarla como una sustancia muy usada desde mucho tiempo atrás (Chavez, 1984).

### **1.2 Epidemiología del consumo de Alcohol**

En los últimos años, se ha observado un aumento continuo del uso de bebidas alcohólicas y un descenso de la edad de inicio de consumo (Alcántara, 1999). Los reportes emitidos por la Organización Mundial de Salud indican que a nivel mundial se tienen un total de 70 millones de personas que sufren dependencia al alcohol.

En México los índices de prevalencia señalan que hay un 8% de usuarios entre los 18 a 65 años con abuso/dependencia al alcohol, de acuerdo con la clasificación diagnóstica del DSM-IV; mostrando actualmente índices de prevalencia de 9% lo que corresponde a 2,880,000 individuos con dependencia al alcohol; siendo la prevalencia en varones de

1,504,186 y en mujeres de 227, 254 ( Programa Nacional de Salud, 1999; ENA, 1988; ENA, 1998; ENA, 2002, citado en Barragán, 2005).

En los datos obtenidos de las Encuestas Nacionales de Adicciones realizadas en 1988, 1993 y 1998 se muestra que el consumo de bebidas alcohólicas continúa como una práctica característica de la población masculina. El 77% de los varones entre 18 y 65 años de edad de las zonas urbanas reportó haber bebido en los 12 meses previos a la encuesta, en tanto que sólo 45% de las mujeres lo hizo. Los resultados muestran también que el consumo de bebidas alcohólicas es una práctica muy común entre los grupos más jóvenes de la población, alcanzando su punto máximo entre los 30 y 39 años de edad, descendiendo a partir de los 50 años (INEGI, 2003).

En nuestra sociedad el consumo de bebidas alcohólicas es aceptado para celebrar o compartir; porque proporcionan una agradable sensación de relajamiento que, sin embargo para algunas personas es sólo una manera de pasar un buen rato, pero para otras se convierte en algo peligroso porque las hace sentir diferentes e importantes y porque les ayuda a superar algunas deficiencias, de modo que poco a poco buscan esa sensación por sí misma, independientemente de estar celebrando algo o acompañados por alguien, y así es que se empieza a formar la dependencia que se conoce como Alcoholismo (Secades, 1998).

En los alcohólicos la relación con el alcohol cambia, ya no se busca procurarse un efecto placentero, sino obtener el alivio a un cúmulo de sentimientos negativos.; con la característica más importante que es su incapacidad para dejar la bebida (En la comunidad Encuentro, 1998).

Por lo anterior, existen una serie de problemas relacionados con el consumo excesivo de alcohol, lo que constituye graves amenazas para el bienestar y la vida de las personas, abarcando diferentes áreas del individuo y su entorno: salud, familia, relaciones sociales, situación escolar, laboral, etcétera (Sosa, 1976).

Por lo que la severidad de consecuencias y pérdidas en todas las áreas del funcionamiento de la vida cotidiana asociadas al abuso en el consumo de alcohol, lo constituye un problema de Salud Pública (Tapia, et al., 2001 citado en Barragán, 2005) ya que podemos enumerar problemas a nivel legal, personal, económico, accidentes automovilísticos mortales, lesiones y urgencias traumáticas; enfermedades físicas severas, incapacitantes y frecuentemente mortales, lesiones por riñas, depresión, suicidio, ansiedad, alteraciones de sueño, conducta delictiva, violencia y maltrato.

El alcohol tiene la particularidad de producir adicción o dependencia, por lo que, a continuación se definen dos términos que tienen particular importancia para comprender mejor cómo es que el alcohol produce efectos sobre las personas.

La **Tolerancia** (metabólica, fisiológica y conductual) está muy relacionada con la dependencia a la sustancia adictiva, en el caso del alcoholismo se refiere al proceso a partir del cual el alcohol produce un menor efecto a través de consumos repetitivos, lo que lleva a las personas a recurrir a la bebida con más frecuencia y en cantidades cada vez más fuertes, o bien, a la necesidad de requerir dosis más fuertes de alcohol para producir los mismos efectos.

La **Tolerancia** está encadenada a otra situación conocida como **Dependencia** que puede ser física o psicológica. La primera se presenta cuando los agentes químicos del alcohol invaden el cuerpo y el cerebro. La segunda es el estado emocional de búsqueda

vehemente de la sustancia. Uno y otro se manifiestan por tensión, dolores abdominales, sudoración, inquietud, desesperación, ansiedad, etcétera que generan una fuerte necesidad de ingerir alcohol de nuevo en forma compulsiva (Alcántara, et al., 1999).

### **1.3 Efectos que produce el alcohol en el organismo**

Efectos a corto plazo según Gradillas (2001) son:

- Sensación de mayor libertad y confianza
- Menor coordinación motora y lentitud de reflejos
- Lenguaje rápido y poco claro con errores de pronunciación.
- Menor capacidad para concentrarse en un tema
- Cambios intensos en el estado de ánimo. Se pasa de la alegría al llanto o a la agresión.
- Alteraciones en la percepción: se escuchan voces y ven cosas y personas que no están ahí.
- Alteración de la capacidad de juicio, dificultad para valorar la situación.

Los efectos conductuales y psicológicos a corto plazo, se asocian a los efectos del Sistema Nervioso Central. Es imprescindible la reacción conductual de desinhibición que ocurre al poco tiempo del consumo en bajas dosis. Depende también de variables tales como las expectativas que tenga el usuario respecto a los efectos del consumo, y el ambiente. En un escenario ambiental, la persona puede reaccionar relajándose y eufórica; y en otro, mostrándose violenta. Sin embargo, si se continúa el consumo, dichas características del individuo, así como las del ambiente físico tienen menos peso y adquieren mayor relevancia sus efectos sedantes y el decremento en el nivel de actividad. Con bajas dosis, la persona puede todavía funcionar, aunque con disminución en su

coordinación. Funciones como memoria, concentración y análisis pueden afectarse progresivamente y posteriormente perderse (Barragán, 2005).

Los efectos a largo plazo según Gradillas (2001) incluyen:

- Gastritis
- Pérdida del apetito
- Deficiencias vitamínicas
- Malestares gastrointestinales
- Problemas cutáneos
- Impotencia sexual
- Daño hepático (cirrosis)
- Daños cerebrales
- Alteraciones en la memoria
- Alteraciones en el corazón, pulmones, músculos, sangre, páncreas, etcétera.

En conclusión, tenemos que las consecuencias del consumo crónico, a largo plazo, incluyen daños a una serie de órganos del cuerpo. El consumo crónico moderado, parece producir pocas alteraciones fisiológicas, psicológicas y conductuales. En tanto que, el consumo crónico excesivo conlleva a una serie de daños neurológicos, mentales y físicos

Es importante recalcar que los efectos del alcohol son diferentes en los alcohólicos y en las demás personas: en los primeros es una especie de alegría que les produce el deseo de beber imperiosamente, sin que puedan controlar su ingestión; lo cual no se presenta en los bebedores moderados.

## 1.4 Patrón de Consumo

Retomando el párrafo anterior, encontraremos que los alcohólicos pueden presentar diferentes efectos dependiendo de la frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas, por lo que, la Secretaria de Salud, el INEGI y la 4ta Encuesta Nacional De Adicciones (2003) hacen la siguiente clasificación de acuerdo al patrón de consumo:

- **Abstemio:** Nunca ha consumido alguna copa completa de alcohol
- **No bebió en el último año:** Ha bebido alcohol, pero no lo ha hecho en el último año.
- **Bebedor poco frecuente bajo:** Consumió alcohol en el último año y nunca tomó más de 5 copas por ocasión.
- **Bebedor poco frecuente alto:** Consumió alcohol en el último año (sin incluir el último mes) y bebiendo por lo menos 5 copas o más en una ocasión.
- **Bebedor moderado bajo:** Consumió alcohol en el último mes y nunca tomó 5 copas o más en una ocasión.
- **Bebedor moderado alto:** Consumió alcohol en el último mes (sin incluir la última semana) bebiendo por lo menos 5 copas o más en una sola ocasión.
- **Bebedor frecuente de bajo nivel:** Toma de 1 a 4 copas por lo menos una vez a la semana, nunca toma 5 copas o más por ocasión.
- **Bebedor frecuente de alto nivel:** Toma alcohol por lo menos una vez a la semana y cuando toma 5 o más copas por ocasión, lo hace cuando mucho de 1 a 3 veces por mes.
- **Consuetudinario:** Toma diariamente y por lo menos una vez a la semana se toma 5 o más copas en una sola ocasión.

## **1.5 El alcohol y sus efectos psicológicos**

El alcohol es una sustancia sumamente dañina no sólo en el aspecto fisiológico de las personas, sino también sobre la psicodinamia de estas, lo que trae consigo consecuencias perjudiciales que van más allá de la salud física.

En primera instancia, Gradillas (2001) señala que el metabolismo del alcohol produce ácido láctico, que es la sustancia relacionada con las crisis de angustia (ataque de pánico). Por lo que menciona la posibilidad de que este hecho explique la relativa frecuencia con la que se encuentren crisis de angustia en el alcoholismo.

Otra de las características que presenta el alcohólico son las alteraciones en el estado de ánimo que se manifiestan por una tensión interior que el sujeto suele describir como nerviosismo, pero que otras veces aparece como irritabilidad o tristeza, observándose más frecuentemente una mezcla de estas emociones, con predominio de una de ellas en diferentes momentos (Velasco, 1997).

Todo lo anterior constituye una dinámica sumamente difícil para quienes conviven con el alcohólico, ya que pueden permanecer siempre con la incertidumbre al no saber el humor que tendrá en las distintas situaciones del día.

Gradillas (2001) y Barragán (2005) mencionan que es posible la existencia de una cierta asociación de la ansiedad con el alcoholismo, por lo que a continuación se mencionan algunos aspectos acerca de ésta teoría:

1. Quienes padecen síntomas ansiosos pueden buscar los efectos ansiolíticos del alcohol, que son de corta duración, originando a veces una respuesta de rebote que agrava o precipita la ansiedad.

2. A las personas cuya ansiedad se manifiesta en las relaciones interpersonales les atraerá la acción facilitadora de la comunicación que producen las bebidas alcohólicas.

3. La intoxicación y la fase de abstinencia originan diversas formas de ansiedad, que suelen ceder si persiste la interrupción del consumo. Kushner (citado en Gradillas, 2001) revisó la relación clínica entre los problemas de alcohólicos y los trastornos de ansiedad. El estudio sugiere que la agorafobia y las fobias sociales preceden al consumo crónico de alcohol, y que los ataques de pánico y los trastornos de ansiedad generalizados tienden a ser posteriores al consumo patológico del alcohol.

De igual manera, Barragán (2005) menciona que el alcohol en bajas dosis reduce el pánico y la ansiedad, hipótesis que apoya la idea de que las personas con alteraciones de pánico obtienen reforzamiento al consumir alcohol dado que disminuyen niveles de ansiedad, por lo que es frecuente que co-existan ambas situaciones: el consumo y las alteraciones de pánico.

Entonces tenemos que el consumo de alcohol puede estimularse por sus efectos ansiolíticos a corto plazo, a manera de reducir los efectos que producen los trastornos de ansiedad. Lo anterior apoya la idea de que los individuos con alteraciones de pánico y ansiedad presentan mayor posibilidad de consumir más rápidamente mayores cantidades de alcohol.

## **1.6 El alcohólico y su familia**

El problema de alcohol de un miembro de la familia se convierte en una causa de estrés y desajustes que perturba la convivencia en el hogar y supone un importante impedimento para el desarrollo normal de las relaciones afectivas y de la comunicación familiar (En la comunidad Encuentro, 1998).

El alcohólico crea en sus familiares más cercanos resentimiento, decepción, falta de confianza y un deseo inconsciente de ocultar la dura realidad. El término codependencia designa algunos de los efectos negativos sobre la familia y los amigos más cercanos del alcohólico, básicamente consiste en una serie de conductas y de formas de actuar que facilitan la adicción. Aunque conscientemente procuren combatirla, de algún modo las personas cercanas al adicto también se enferman (Secades, 1998). La enfermedad emocional que se presenta en la familia del alcohólico se conoce como codependencia y se caracteriza por tolerar lo intolerable.

Además, el alcohólico tiene el grado de controlar a su familia, quienes lloran, gritan, se quejan, alegan, ruegan, amenazan, y al mismo tiempo disimulan, lo protegen y lo defienden de las consecuencias de su adicción. Por lo que la familia debe estar atenta a aquellas conductas que provoca el alcohólico como son: hacer perder la paciencia o provocar ira, provocar ansiedad y generar compasión por él (Secades, 1998).

### **1.6.1 El padre alcohólico**

El padre alcohólico está casi siempre ausente, siempre dispuesto a irrumpir en forma impredecible con conductas que incomodan o hieren a la familia. Los hijos rápidamente recogen señales de la madre que los llevan a despreciar a su padre y condenar sus

valores y acciones. El hijo de un padre así nunca pierde el impacto que produjo en él el fracaso paterno.

El efecto de un padre alcohólico persiste toda la vida; su influencia es sutil y fuerte. Las actitudes se ven condicionadas por esto, ya sea que el individuo lo advierta o no. Un padre alcohólico proporciona un modelo de personalidad inservible (Kessel y Walton, 1991).

Una madre competente puede suplir la mayoría de las carencias que resultan del alcoholismo del padre. Tan pronunciadas son las capacidades de las mujeres de los alcohólicos para cumplir los papeles propios de sus maridos, que los hijos por lo general no sufren privaciones materiales (González, 1988).

Cuando el padre es alcohólico se establece una relación intensificada entre los hijos y su madre; es posible que al mismo tiempo ella se transforme en la receptora de los sentimientos hostiles y resentidos que la situación familiar total ha engendrado en los hijos. Al tener que mantener a la familia por sí sola, la madre se ve obligada a descuidar alguna de sus otras funciones. Nylander (citado en Kessel, 1991) descubrió que los hijos de alcohólicos que eran internados para cuidado psiquiátrico parecían tener más problemas con sus madres que con sus padres.

Para González (1988) el efecto que produce sobre el niño un padre alcohólico se ve considerablemente reducido si la madre es capaz de darle una explicación comprensiva de la afección en términos de enfermedad. Esto permite al niño comprender por qué su padre falla tan brutalmente en su papel paterno o, si se trata de una mujer alcohólica, en

su papel materno, y así se resguarda al niño de algunos de los efectos dañinos que resultan cuando uno de los padres es visto con desprecio.

Los padres no protegen ni aman o ayudan a sus hijos porque su adicción no se los permite; mas bien los someten a abusos de todo tipo: verbales (gritos, amenazas, insultos, humillaciones, etc.), físicos (castigos, golpes, encierros) o sexuales (violación e incesto en forma de alianza emocional con el hijo del sexo contrario a manera de sustitución de roles, cuando la hija toma el papel de esposa o el hijo del esposo).

Con todo esto se violan los límites, y los hijos crecen confundidos, sin saber distinguir entre el bien y el mal, entre lo normal y lo que no es; se sienten avergonzados de sí mismos. El abuso es algo que se tiene a negar y él mismo por su parte, piensa que lo merece, que su maldad es la causante de los problemas (En la comunidad encuentro, 1998).

### **1.6.2 Los hijos de Alcohólicos**

Se ha encontrado que los estudios sobre el alcoholismo suelen tratar a la familia en función de su actitud con el paciente, descuidando el efecto que éste causa a sus allegados, por lo que en este trabajo se exponen algunas de las características que presentan especialmente los niños que son hijos de un alcohólico.

Comenzaremos diciendo que los efectos del consumo exagerado de uno de los padres, sobre los hijos, dependen de la personalidad del niño, de las actitudes del progenitor alcohólico y del que no lo es, se deben tener en cuenta las diversas situaciones estresantes (aislamiento social, tenso e incluso violento ambiente de la casa,

incoherencias del comportamiento paterno), el modelo impropio, las reacciones afectivas anómalas (ansiedad, culpa), y la predisposición a padecer el trastorno alcohólico (Gradillas, 2001)

Durante el desarrollo infantil, el psiquismo se muestra más vulnerable al estrés en determinadas etapas. Si el comienzo del problema alcohólico paterno coincide con una de estas etapas, el efecto nocivo será mayor.

A los niños sensibles les afectará en extremo así como a los apegados a la casa, dado el ambiente incómodo en el hogar. Por el contrario, en el caso de los niños más despegados, que desarrollen sus actividades en el colegio y con sus amigos, las consecuencias del alcoholismo tenderán a ser menores.

Si hay una buena y estrecha relación entre el hijo y su progenitor alcohólico, los efectos del alcoholismo en el hijo serán distintos a los que producirá una relación distante o antagónica. En el primer caso el sufrimiento y las reacciones afectivas serán mayores, y la disposición para colaborar en el tratamiento será más favorable (González, 1988).

### **1.6.3 Efectos sobre los niños**

Es difícil valorar el porcentaje de trastornos psíquicos que ocasionan los alcohólicos en su familia. Plant, Oxford, y Grant (1989) mencionan que según la impresión clínica, la mayoría de los padres alcohólicos no llegan a desarrollar una alteración psíquica definida. Sin embargo, la existencia de un progenitor alcohólico determina en la mayor parte de los casos, intensos sufrimientos y disminución de las posibilidades de lograr una personalidad más madura.

Gradillas (2001) menciona que existen ciertos efectos anómalos en los niños que pueden manifestarse con mayor frecuencia, a continuación se presentan los más importantes:

***Ansiedad:*** Con frecuencia los hijos de los alcohólicos experimentan una inquietud y desasosiego evidente. Su nerviosismo se manifiesta en la escuela, en todas sus relaciones con otras personas y muestran una excesiva sensibilidad ante las diversas circunstancias y acontecimientos de la vida diaria. Posteriormente, pueden llegar a padecer en la edad adulta un trastorno ansioso concreto (generalizado, fóbico, etc.).

***Culpabilidad:*** A pesar de todos los sufrimientos que el alcohólico origina, el hijo generalmente quiere a su padre. Este apego afectivo proviene ya del tiempo previo al comienzo del alcoholismo y de los periodos de sobriedad. Pero el alcohólico está constantemente creando problemas al resto de la familia y al mismo hijo, lo que muchas veces provoca en éste sentimientos de odio y malos deseos. Estas ideas, a su vez, producen en el hijo sentimientos de culpa que lo hacen más vulnerable a otros factores patogénicos, aunque no tengan nada que ver con el alcoholismo.

Por lo general, el perfil de personalidad de los hijos de alcohólicos presenta rasgos como son: poca tolerancia y rigidez, perfeccionismo, deseo de controlar, inseguridad, baja autoestima e incapacidad para relacionarse íntimamente; sufren miedos, ansiedades y resentimientos ocultos y reprimidos que explotan sin razón aparente (Secades, 1998).

Frecuentemente, estos niños presentan, mayor número de problemas físicos (dolores de cabeza, fatiga, asma, alergias, etc.) y psicológicos (trastornos de sueño, de la alimentación, problemas de desarrollo, emocionales, escolares, etcétera (En la Comunidad Encuentro, 1998).

Dado que el alcohólico mantiene a la familia en una especie de “montaña rusa”, donde las altas y las bajas tienden a agudizarse cada vez más en los estados de ánimo (González, 1988) es muy probable que los hijos mantengan un estado de confusión y nerviosismo al no saber cuál será el humor en el que encontrarán a sus padres.

En Suecia se llevó a cabo un estudio en el que se compararon hijos de padres alcohólicos con niños similares de familias no alcohólicas (Nylander, citado en Kessel, 1991). Las edades oscilaban entre los cuatro y los doce años. Se había producido el divorcio o la separación en el 28% de las familias de alcohólicos y en el 4% de las familias control. Una de las comparaciones tenía que ver con las visitas al hospital: el 24% de las familias de alcohólicos y una cifra similar, el 19% de los niños de las familias control, habían ido al hospital. Pero mientras que dos tercios de los niños control tenían causas orgánicas que daban cuenta de sus síntomas físicos, esto era así sólo para una cuarta parte de los hijos de alcohólicos. La asistencia a clínicas infantiles por desórdenes psiquiátricos era la misma para los dos grupos de niños. Cuando se interroga a sus maestras, éstas indicaban que el 48% de los niños de familias de alcohólicos son niños con problemas, comparado con sólo el 10% de los hijos de hogares no alcohólicos.

Por lo tanto, la tensión en el niño no sólo se expresa en forma de enfermedades y conducta anormal en la escuela, sino también en relaciones perturbadas en la casa.

Los hijos de alcohólicos son particularmente proclives a tener desórdenes de conducta o comportamiento. En una investigación se demostró que los hijos de alcohólicos se caracterizaban por presentar más berrinches, conducta destructiva e hiperactividad (Keane, citado en Kessel, 1991). Estos síntomas eran más frecuentes en las familias en donde la violencia había sido prominente. También se ha encontrado que los hijos de

alcohólicos tienen especial dificultad en hacer amigos y corren el riesgo de caer en el alcoholismo en la vida adulta (Cork, citado en Kessel, 1991).

En los resultados de una investigación a nivel mundial Plant, et, al (1989) indican que sobre todo en Europa, Estados Unidos, Japón y Latinoamérica, los hijos de padres alcohólicos tanto niños como adolescentes presentan una disminución en el desarrollo de las capacidades intelectuales, incrementando el neuroticismo y los problemas de conducta.

Este punto también es apoyado por Merikangas, Leckman, Prusoff, Paulo y Weissman (1985) quienes aseveran que en los niños el riesgo de padecer desórdenes como depresión y ansiedad, es mayor si existe la presencia de alcoholismo en uno de los padres, por lo que es probable que un desajuste en la conducta de los padres pueda ser transmitido a los hijos si existe dependencia al alcohol.

Recientemente se efectuó un estudio que examinó a madres e hijos y el impacto sobre la conducta de éstos cuando la madre presenta desórdenes de salud mental (episodio depresivo mayor y trastorno de ansiedad generalizada), el uso de sustancias (alcohol, tabaco y drogas) y la violencia doméstica (emocional y física) con el objetivo de descubrir cuál sería el riesgo de presentar problemas de conducta en los niños. Los resultados arrojaron que la prevalencia de problemas de conducta en los niños se incrementa toda vez que en las madres se presentan dificultades en alguna de las tres categorías evaluadas, por lo que en los niños tienden a desarrollarse conductas agresivas, mayores niveles de depresión y ansiedad y problemas de atención e hiperactividad (Whitaker, Orzol y Kahn, 2006).

#### **1.6.4 Actitud de los hijos de alcohólicos hacia la bebida**

Inevitablemente el desarrollo personal de los hijos de un alcohólico será anómalo, y diferente al desarrollo de otros niños, pero esto no implica necesariamente un desorden adulto. Por lo general, tendrán una actitud decidida hacia los bebedores y la bebida, ya sea que tiendan a beber en exceso o se opongan fuertemente a ello.

Los hijos varones de alcohólicos con frecuencia se convierten en alcohólicos. Sus personalidades han sido etiquetadas como "pasivas-agresivas", a menudo tienen serias dificultades para expresar impulsos agresivos y para saber qué hacer con sentimientos de irritación que surgen de situaciones frustrantes. Los hombres alcohólicos a menudo recalcan que han percibido a sus padres bebedores como miembros nebulosos de la familia, inaccesibles cuando se anhelaba su presencia. Estos hijos envidiaban a otros niños que estaban orgullosos de sus padres, que se interesaban en sus logros y jugaban con ellos (Kessel, 1991).

Es frecuente más no inexorable, que los hijos alcohólicos o adictos, al crecer, reproduzcan en sus propias familias los problemas que ellos vivieron; ya que sólo conocen las relaciones enfermas que prevalecieron en su familia de origen.

En las familias de los alcohólicos toda la dinámica familiar gira alrededor de este problema, pero pocas veces se le enfrenta sana o directamente, lo que sería dar el primer paso para resolverlo. Toda la secuela emocional de una vida falsa, cuyos efectos tienden a empeorar con el tiempo, van minando la salud mental y el desarrollo de la personalidad de los hijos (En la comunidad encuentro, 1998).

El proceso de identidad aunado a la falta de relaciones profundas les impide a los niños ser ellos mismos y conocerse, lo cual va dejando un vacío que probablemente intentarán llenar con relaciones negativas o con adicciones al alcohol o incluso a otras sustancias. A medida que los niños van creciendo se verán impedidos a huir de una situación tan conflictiva, por lo cual es probable que recurran a las adicciones (Al-Anon Family Group Headquarters, 1981).

Para Alcántara (1999) la recuperación de las adicciones comprende la recuperación emocional de todos los miembros de la familia, que deben madurar antes, durante y después del tratamiento. Y menciona que muchas de las situaciones y actitudes familiares de las familias disfuncionales se presentan en los casos de adicciones como causa y/o consecuencias de las mismas.

En estudios más recientes Zetteler, Stollery, Weinsen y Lingford- Hughes (2006) investigaron como es la actitud de los adolescentes hacia el alcohol, para lo cual fueron valorados aquellos que tenían antecedentes parentales con dependencia al alcohol y otros más en los que no existían antecedentes de alcoholismo; ambos grupos fueron evaluados mediante cuestionarios referentes al nivel de depresión, ansiedad y consumo de alcohol, los resultados mostraron que las actitudes ante el consumo son diferentes en ambos grupos, encontrando también mayores niveles de ansiedad, por lo que concluyen que es muy probable que las actitudes de los adolescentes hijos de alcohólicos reflejen mayor preocupación hacia la forma de beber de sus padres, además de que incrementa el riesgo de que en el futuro se conviertan en dependientes de alcohol.

Los niños están expuestos a elementos que pueden ayudarlos a crecer o a perjudicar su desarrollo. Uno de esos elementos son las personas que los rodean: padres, parientes,

maestros y amigos incluso medios de comunicación, provocando que los niños se vean influidos por demasiada gente, y no siempre de manera positiva, pero no cabe duda de que los principales modelos a seguir los constituyen los padres, por lo que el resultado de obtener ciertas conductas, ideas o actitudes dependerá de la familia inmediata y de los patrones transmitidos en casa.

Por lo que el niño es un ser en formación y parte importante en el grupo que constituye la familia. La forma en que ese grupo funcione, ya sea adecuada o inadecuada, es importante en cuanto a que se determina su estructuración biopsicosocial; debido a esto, el alcoholismo del padre repercute en su desarrollo, (Chávez, 1984).

Recordemos que la familia entera está bajo presión y en conflicto y no cabe duda de que cuando se sabe que un padre es alcohólico se necesita ayuda para aliviar la tensión de los miembros de la familia, además del cuidado que se debe brindar al alcohólico.

## 2. ANSIEDAD INFANTIL

La bibliografía nos habla de diferentes formas de manifestación de la ansiedad, por lo que distintos autores coinciden en que se presenta en el organismo en tres niveles: cognitivo, somático y conductual.

*Cognitivo:* Kaplan, Sadock y Freedman (citado en Zanatta 2001) conciben a la ansiedad como un sentimiento de temor difuso, desagradable, muchas veces vago, acompañado de una o más sensaciones corporales recurrentes. Es una señal de alerta, que advierte de un peligro amenazante y permite a la persona que tome medidas para enfrentarse con la amenaza. Los indicios cognitivos son: confusión, olvido de detalles, incapacidad para concentrarse, regreso a antiguos hábitos e incapacidad para tomar decisiones (Harris y Harris, citado en Estrada, 2002).

*Somático:* Más recientemente, Kaplan y Sadock (citado en Zanatta 2001) definen la ansiedad como un estado emocional desagradable en el que hay sensaciones de peligro amenazador, caracterizadas por malestar, tensión o aprehensión, que va acompañada por un patrón característico de descarga del sistema nervioso autónomo implicando una tasa respiratoria alterada, un aumento de ritmo respiratorio, palidez, sequedad de boca, aumento de sudor, trastornos músculo-esqueléticos, temblores y sensación de debilidad.

*Conductual:* Una concepción conductual de la ansiedad fue propuesta por Vallejo Ruiloba y Gastó Ferrer (en Zanatta 2001) donde se define como una respuesta fisiológica vivencial, conductual y cognitiva caracterizada por un estado de alerta ante una señal difusa de peligro o de amenaza.

Generalmente la ansiedad es considerada como el resultado de una combinación de las manifestaciones cognitivas y somáticas ante una amenaza percibida. Por lo que, cada vez que sentimos ansiedad experimentamos cierta alteración y disfunción en nuestro ser, cuanto más preocupados estamos, más ansiedad sufrimos y mayor es el grado de alteración en nuestra actuación

Los trastornos de ansiedad son uno de los problemas psiquiátricos más frecuentes en niños y adolescentes, por lo que resulta sorprendente que desde la psiquiatría infanto-juvenil se les haya prestado tan poca atención.

Para Ballesteros y Conde (citados en Bobes, Bousoño, Portilla y Sáiz, 2002) una de las razones para este descuido es la difusión de la idea de que ciertos síntomas de ansiedad son expresiones normales del niño durante determinados momentos evolutivos, de forma que se considera que las preocupaciones infantiles son banales y transitorias por naturaleza. Sin embargo, cada vez se dispone de más datos que sugieren que estos síntomas ansiosos pueden persistir durante años y determinar el desarrollo de otros trastornos psiquiátricos futuros, de forma que se asiste a una mayor sensibilización en el sentido de que las preocupaciones y los miedos infantiles pueden ser el reflejo de un trastorno de ansiedad.

Otra de las dificultades existentes tanto para la investigación como para la práctica clínica en este campo reside en la definición de lo que constituye un verdadero trastorno de ansiedad frente a la ansiedad normal. Si bien la ansiedad normal tiene en el niño una función adaptativa, la ansiedad patológica, al hacerse sintomática, interfiere en los comportamientos adaptativos.

## 2.1 Ansiedad Normal

En primer lugar, debe establecerse el diagnóstico diferencial con la ansiedad normal, pues como parte de su desarrollo, algunos niños y adolescentes presentan preocupaciones o síntomas ansiosos aislados. En un estudio realizado con población normal, Bell-Dolan y cols. (citado en Bobes, et al, 2002) encontraron que entre el 9,8 y el 30,6% de los niños y adolescentes presentaban síntomas de trastorno por ansiedad excesiva a nivel subclínico. Los síntomas más frecuentes fueron la preocupación sobre la competencia, la excesiva necesidad de reafirmación, el miedo a la oscuridad, las quejas somáticas y el temor a que a la figura a la que están vinculados sufra algún daño.

Además de la presencia de determinados síntomas de ansiedad, los criterios en los que debemos basar el diagnóstico diferencial son: la gravedad de estos síntomas, el grado en que los síntomas interfieren con el rendimiento académico y social del niño y, por último, si la aparición de los síntomas se produce de forma desincronizada respecto al momento evolutivo (Bobes, et al, 2002).

Por lo tanto, las respuestas de ansiedad están integradas a modo de reacciones defensivas innatas en el repertorio de conductas de los niños y, en general, de todas las personas. Como mecanismo de vigilancia del organismo, sirven para alertar al niño de posibles peligros y, por ello, desempeñan un papel protector en la preservación del individuo y de la especie. Desde esta perspectiva, la existencia de respuestas de ansiedad, dentro de ciertos límites, es más un signo de salud que una señal de enfermedad (Echeburúa, 1998).

La ansiedad es un fenómeno afectivo normal, sin embargo la ansiedad vaga, sin objeto, es intolerable, tanto para el niño como para el adulto. Si el niño ha de crecer mentalmente y desarrollarse afectivamente tiene que vencer su ansiedad.

Se puede decir que la ansiedad es una inquietud penosa de la mente, es una anticipación al peligro que pueden causar al niño bloqueos como olvidos, además pueden llegar a ser incapaces de terminar una tarea dada. Conforme aumente la comprensión del niño al mundo le van pareciendo más absurdos y ridículos sus miedos y se percata de que la ansiedad constituye una traba considerable para el desarrollo de su personalidad (Loosli, citado en Méndez, 2005).

## **2.2 Ansiedad Excesiva**

Existen ocasiones en las que las respuestas de ansiedad no desempeñan una función adaptativa, se disparan de forma totalmente descontrolada y son causa de sufrimiento para los niños que las experimentan. Surgen, en estas circunstancias, como un “miedo sin saber de qué” (Echeburúa, 1998).

La *ansiedad excesiva* es un trastorno caracterizado por la presencia de ansiedad persistente y generalizada en situaciones muy diversas, no limitadas a la separación de los seres queridos, y por la aparición de temores anticipatorios ante dichas situaciones. La tensión y el perfeccionismo (la preocupación por hacer o haber hecho las cosas bien) están siempre presentes en este trastorno (Echeburúa, 1998).

El trastorno de *ansiedad generalizada* es una forma crónica de ansiedad que se caracteriza por la presencia de una excesiva preocupación acerca de una amplia gama de

acontecimientos y situaciones. Contrasta por tanto, con otros trastornos de ansiedad en los que los síntomas ansiosos están fundamentalmente relacionados con situaciones específicas, objetos concretos o acontecimientos vitales estresantes.

Según el Manual de Diagnóstico y Estadística de los Trastornos Mentales (DSM-IV TR, 2002) en niños y adolescentes con trastorno de ansiedad generalizada las preocupaciones excesivas “suelen hacer referencia al rendimiento o a la competencia en el ámbito escolar o deportivo”. Unas veces las preocupaciones excesivas se centran en la puntualidad, mientras que en otras ocasiones lo hacen en fenómenos catastróficos como los huracanes, los terremotos o la guerra nuclear. Estas preocupaciones alcanzan tal magnitud que interfieren con el funcionamiento escolar, familiar y social del niño.

El DSM-IV TR señala también que “al perseguir la aprobación de los demás pueden mostrar un recelo característico: necesitan asegurarse de forma excesiva de la calidad de su rendimiento o de otros aspectos que motivan su preocupación” (DSM-IV TR, 2002, pp. 531).

Si un ser humano aprende conductas efectivas para desarrollar estrategias de afrontamiento que aminoran los efectos aversivos, la ansiedad juega un papel adaptativo y normal; pero cuando las estrategias son disfuncionales, las consecuencias de experimentar ansiedad se convierten en un problema psicológico, ya que no existe un peligro real sino la interpretación o exageración del mismo, por lo que la ansiedad impide tomar una acción para resolverlo (Zermeño, citado en Martínez, 2005).

### **2.3 Etiología**

Si bien son muchas las hipótesis explicativas, la etiología de los trastornos de ansiedad es, en gran medida, desconocida. En el origen (o, al menos, en el desencadenamiento) de los trastornos de ansiedad desempeñan un papel importante, por un lado, los acontecimientos estresantes (divorcio de los padres, hospitalización de la madre o el niño, cambio de residencia, etc.) en los periodos críticos de la infancia y, por otro lado, el estilo educativo de los padres (de las madres, sobre todo) con los hijos. En concreto, hay una estrecha relación entre la ansiedad materna, la sobreprotección de los niños y las respuestas de ansiedad por parte de éstos.

Es decir, que los patrones de conducta utilizados por los padres para educar a sus hijos se conocen como estilos de conducta parental y cada estilo contribuye positiva o negativamente en el desarrollo de los niños, por lo que, al tener un padre o un hermano con ansiedad contribuye a menudo a aumentar el nivel de ansiedad de los niños, en especial, si comparten sus propias ansiedades con él, por lo que si un niño percibe que su modelo a imitar en un estado de ansiedad, puede que llegue a interiorizar estas sensaciones (Dacey y Fiore, 2003).

Asimismo, las preocupaciones excesivas o no realistas, percibidas como incontrolables, constituyen el sesgo cognitivo global más nuclear de los trastornos de ansiedad. La atención excesiva del niño a sus propias reacciones y a sus propios pensamientos contribuye a desarrollar y mantener la ansiedad. Esta focalización atencional interfiere negativamente con la implicación en conductas activas, aumenta la probabilidad de atribuciones internas e intensifica las reacciones emocionales de temor. La ejecución de

las conductas en estas circunstancias puede ser insatisfactoria y, de este modo, realimentar el esquema cognitivo anticipado.

Todos estos factores externos e internos, entre otros, se cristalizan en el seno de la familia (y de ahí la estrecha relación entre la patología de los padres y la de los hijos) y conforman un determinado grado de vulnerabilidad de cada niño respecto a trastornos de ansiedad. Y es sobre este trasfondo de mayor o menor vulnerabilidad sobre el que van a actuar con mayor o menor eficacia los factores de condicionamiento responsables en los diferentes trastornos de ansiedad (Echeburúa, 1998).

Al hablar de ansiedad, Martínez (1994) se refiere a un trastorno neurótico, por tratarse específicamente de un conflicto interiorizado, sin embargo, también menciona que a partir de la teoría del aprendizaje, para Eysenk “los síntomas neuróticos son modelos aprendidos de conducta, los cuales, por una o por otra razón resultan inadaptados”. Para Wolpe, la neurosis es un hábito persistente de una conducta inadaptada adquirida por aprendizaje en un organismo fisiológicamente sano.”

La evolución histórica nos remite al siglo XIX en el que Freud pasó a encabezar las modernas teorías sobre la ansiedad en niños al acuñar el término “neurosis de ansiedad” para describir un síndrome diferente al de la neurastenia. La noción de que la ansiedad tiene un origen interno y que se trata del resultado de un conflicto psicológico inconsciente es el aspecto más relevante de su teoría.

Después de Freud las teorías psicológicas sobre la ansiedad abandonaron la idea de los estados internos inconscientes y resaltaron el papel de las relaciones sociales precoces, proponiendo la relación madre-hijo como prototípica. Así la teoría de Eisenberg se centra

en el análisis del estado interno de la madre y considera que es ella quien trasfiere su propia ansiedad al niño, que aparece como una víctima secundaria (Klein, citado en Bobes, et, al, 2002).

Por otro lado, las teorías del aprendizaje defienden que los principios del condicionamiento clásico o instrumental son suficientes para predecir un estado de ansiedad. Las teorías del desarrollo cognitivo por su parte, consideran que la diferencia entre la ansiedad normal y la ansiedad patológica reside en la forma en la que es interpretada, argumentando que los síntomas de ansiedad variarán en función de las distorsiones cognitivas existentes (Bobes, et,al, 2002).

En conjunto, todas estas teorías aunque difieren en la identificación de los procesos que activan la ansiedad, comparten la noción unitaria de que los mecanismos psicológicos subyacentes en la ansiedad son similares tanto en los estados normales como en los patológicos.

### **2.3.1 Causas Biológicas**

Kagan, Reznick y Snidman (citado en Bobes, et al, 2002) han demostrado que los niños con grados extremos de timidez, inhibición o introversión en su temperamento muestran una mayor activación en aquellos circuitos del sistema nervioso central (SNC) que generalmente responden a las novedades: el sistema reticular activador, el eje hipotálamo-hipofisario-suprarrenal y el sistema nervioso somático.

Los niños de las primeras cohortes estudiadas por Kagan a los 21 meses de vida fueron evaluados posteriormente buscando la presencia de trastornos de ansiedad; la conclusión

de esas investigaciones fue que había un aumento en las tasas de trastornos de ansiedad en el grupo de los niños inhibidos comparado con el grupo de los no inhibidos. En su conjunto, estos hallazgos sugieren que algunos niños están predispuestos a desarrollar un trastorno por ansiedad excesiva por una disfunción en los circuitos neurofisiológicos del SNC que participan en la reacción al estrés externo, sin embargo, queda aún por aclarar por qué no todos los niños con trastornos de ansiedad presentan inhibición conductual, ni todos los niños inhibidos desarrollan un trastorno de ansiedad (Bobes, et al, 2002).

### **2.3.2 Causas Familiares**

Los factores familiares desempeñan un importante papel etiológico en los trastornos de ansiedad infantil, tanto desde el punto de vista conductual como Psicodinámico y biológico.

Diferentes estudios epidemiológicos señalan el alto grado de correlación de los trastornos de ansiedad en niños y sus familiares. Sin duda, los hijos de padres con trastornos de ansiedad tienen mayor riesgo de padecer un trastorno de ansiedad (Biederman, Manzini, y Turner, (citados en Bobes, et, al, 2002).

Beidel y Turner (1997) encontraron que los trastornos de ansiedad eran 54 veces más frecuentes en hijos de padres ansiosos que en los hijos de padres sin trastornos psiquiátricos. Además, los primeros estudios sobre el funcionamiento familiar de niños ansiosos señalaban la existencia de una relación entre la ansiedad infantil y ciertas tipologías familiares: sobreprotectoras, ambivalentes y con insatisfacción marital. Solloa (2001) agrega además patrones de comportamiento y actitudes que incluyen conceptos

como el autoritarismo, la intrusividad, la posesividad, el apego hostil, la expresión de los afectos y el rechazo, entre otras.

Echeburúa (1998) menciona que en algunos casos, por razones no bien conocidas, la depresión de los padres, y más todavía si viene acompañada de alcoholismo en alguno de ellos, puede predisponer a los hijos a la ansiedad.

También se reconoce que la exposición permanente a unos padres ansiosos puede inducir ansiedad en el niño a través de mecanismos de aprendizaje social; de esta manera, el niño puede identificarse con un estilo parental de afrontamiento crónicamente ansioso, a la vez que va incrementando su inseguridad (Meares, 1963 y Bobes, et al, 2002).

Cabe resaltar, el papel de la memoria y cómo actúa ésta en el niño, amplificando el miedo: los pensamientos y recuerdos acentúan los miedos aprendidos. A su vez, la observación de unos padres atemorizados explica la transmisión social del miedo, que puede ser la principal fuente de adquisición del mismo. Unos padres ansiosos pueden además, impedir a su hijos la exploración normal y activa del entorno frenando el desarrollo de estrategias de afrontamiento adecuadas para hacerles frente a sus miedos. Tenemos entonces que, las influencias activas del aprendizaje y de la biología pueden hacer más rápida la adquisición del miedo en unas personas que en otras, así como retrasar la desaparición normal de los miedos comunes que se producen con la experiencia (Meares, 1963; Bernstein y Garfinkel, 1988; Colman, 1979; Puig, Antich y Rabinovich, 1986; Echeburúa, 1998).

En los últimos años, se han acumulado más datos sobre el papel del ambiente familiar en los trastornos de ansiedad infantiles. Así, un trabajo de Messer y Beidel (citados en Bobes, et, al, 2002) con 23 niños con trastorno de ansiedad, encontró una correlación entre ésta y un mayor grado de control familiar. Por lo que concluyen que un conflicto familiar crónico también puede convertirse en una fuente de ansiedad para el niño y afectar su desarrollo intrapsíquico de forma que posteriores conflictos normales no se resuelvan de manera satisfactoria. No obstante, no se ha podido identificar un patrón de funcionamiento familiar que diferencie claramente entre niños con trastorno de ansiedad y niños con otros trastornos psiquiátricos.

Muchos niños de edad escolar empiezan a preocuparse por la salud de sus padres, su posición económica, la interacción con parientes y vecinos y la posición social. Es posible que estas preocupaciones se agraven considerablemente por el proceder de los padres. Cuando éstos se comportan como personas preocupadas, débiles e indefensas suelen contribuir a los temores de sus hijos.

Es bastante natural que los pequeños de esta edad se percaten de los problemas de la familia y se preocupen por sus padres. Siempre y cuando éstos no impongan sus ansiedades y preocupaciones a los niños, los temores infantiles no rebasarán los límites de la normalidad.

Algunos padres, deliberadamente o no, hacen que sus hijos se sientan culpables por sus desventuras, reales o imaginarias. Estos sentimientos de culpabilidad provocan, a veces, estados de ansiedad perturbadores que interfieren con el proceso normal de desarrollo del niño (Colman, 1979).

De igual manera, tenemos que existe una transmisión generacional de los desordenes de ansiedad de padres a hijos considerándose que la interacción entre ellos puede contribuir a la ansiedad infantil como en el caso de los modelos de sobreprotección parental, la ambivalencia y las prácticas de crianza rígida.

Además, los factores familiares son asociados con el desarrollo y mantenimiento de la ansiedad infantil. Entre ellos se encuentran la ansiedad y la depresión propia de los padres, disfunción familiar, desacuerdos entre la pareja y reforzamiento de la estrategia de afrontamiento de evitación; así como una frecuente retroalimentación negativa y restricción paternas que promueven el desarrollo de un estilo cognitivo ansioso en el contexto de una familia que provee un soporte ansioso (Barret, Rappe y Dadds, citado en Martínez, 2005).

Para Sullivan, por ejemplo, la ansiedad es un producto exclusivo de la actitud de la madre. Cuando la madre da su aprobación el niño está contento, cuando lo desapruaba el pequeño estará ansioso. Así, la ansiedad es generada por los procesos de educación, y considera que las sanciones más susceptibles de generar ansiedad son aquellas en las que la madre niega su cariño y su ternura (Solloa, 2001).

Bowlby por otro lado, señala que cuando se activa el sistema conductual del apego por la ausencia del cuidador principal o ante una situación que le provoca temor, y no puede alcanzar su meta, el niño experimenta ansiedad por separación.

Una ansiedad excesiva tendrá su origen en experiencias familiares adversas (amenazas de abandono, rechazo), mientras que un nivel demasiado bajo de ansiedad (o la ausencia

total), aunque puede dar la impresión de madurez, en realidad se trataría de una pseuddependencia atribuible a procesos defensivos (Cantón, 2000 en Méndez, 2005).

La ansiedad al igual que en los adultos se presenta en los niños como consecuencia de su ambiente familiar o del medio escolar a través del temor a ser rechazados, ridiculizados o desaprobados por padres, maestros o compañeros; aumentando las probabilidades de presentarse entre los seis y los once años, tratándose de un factor que contribuya a desarrollar fobia escolar (Loosli, citado en Méndez, 2005; Colman, 1979).

## **2.4 Epidemiología**

Los trastornos de ansiedad son probablemente uno de los trastornos psiquiátricos más frecuentes en la etapa infanto-juvenil con una prevalencia entre el 8 y el 17% (Costello y Kashai, citados en Bobes, et al 2002).

El trastorno por ansiedad excesiva y el trastorno por ansiedad generalizada pueden aparecer a cualquier edad, sin embargo, la edad media de comienzo del trastorno en niños es alrededor de los 8 años y la edad media en que se le atiende es a los 13,6 años (Bobes, et al 2002).

En su trabajo *Trastornos de ansiedad en la infancia* Echeburúa (1998) pone de manifiesto que existe mayor prevalencia de los miedos y de los trastornos de ansiedad en las niñas que en los niños, como también ocurre en la vida adulta, dicha situación la atribuye al resultado de una interacción entre variables biológicas y culturales. Desde la perspectiva biológica, las respuestas de ansiedad favorecen la supervivencia de la mujer, que está

menos dotada físicamente para protegerse de los peligros de la naturaleza y requiere una protección adicional durante el embarazo y la crianza de los hijos. Desde una perspectiva cultural, hay una educación diferencial que actúa tempranamente sobre las niñas induciendo respuestas de miedo ante estímulos desconocidos y considerando la aparición de dichas respuestas de temor como propias de su sexo.

## **2.5 Manifestaciones de la ansiedad infantil**

### **2.5.1 Manifestaciones Psicológicas**

La sintomatología de este trastorno consiste en una ansiedad excesiva o no realista, que dura seis meses o más. Un niño con este trastorno tiende a ser extremadamente cauteloso, y a preocuparse por los acontecimientos futuros, como exámenes, posibilidad de sufrir lesiones o ser aceptado. Se preocupa, asimismo, del cumplimiento de obligaciones, como acabar tareas a tiempo, llegar puntualmente a las citas, incluso por conductas del pasado, y de lo que pensarán los demás acerca de su propio rendimiento.

El niño que suela sufrir de ansiedad talvez llore, no tenga apetito, tenga náuseas y diarrea, orine con gran frecuencia y padezca insomnio, presentando también dificultad para concentrarse o sensación de bloqueo mental.

Puede haber fobias, tendencias perfeccionistas con la presencia de dudas obsesivas. Puede ser excesivamente conformista y mostrar una constante búsqueda de aprobación; presentar hábitos nerviosos tales como morderse las uñas o arrancarse el cabello; enuresis, tartamudez, e inquietud psicomotriz. También es posible que muestre desinterés

hacia las actividades de su edad en las que hay exigencias de rendimiento, como en el deporte (Martínez, 1994).

Desde una perspectiva cognitiva, los niños ansiosos tienden a responsabilizarse excesivamente de los fracasos, sin tomar en consideración los componentes de la situación, por lo que se dice que experimentan dificultades para generar alternativas de actuación y discriminar las que son efectivas de las que no lo son y, por último, suelen ser lentos en la toma de decisiones, por ello no es frecuente la adopción de la evitación como estrategia de afrontamiento (Echeburúa, 1998).

Para Kendall y Chansky (citado en Bobes, et al, 2002) los niños con trastorno de ansiedad tienen dificultades para controlar sus cogniciones, que son básicamente erróneas, irracionales, catastróficas y negativas. Demostraron que estos niños presentan un exceso de cogniciones de afrontamiento cuando son expuestos a una situación de estrés, de forma que ese exceso llega a interferir con sus habilidades para manejar la ansiedad.

### **2.5.2 Manifestaciones Somáticas**

En lugar de mostrar desórdenes de la personalidad, problemas de conducta o formación de nuevos hábitos, los niños ansiosos pueden encontrar la manera de expresarse a través de manifestaciones psicósomáticas. Lo cual envuelve grandes problemas de diagnóstico. Los desórdenes de personalidad, conductas o hábitos tienen un origen claramente psicógeno, pero los desórdenes de funciones fisiológicas pueden ser de origen orgánico, funcional o una mezcla de ambos. Sin embargo, los desórdenes psicósomáticos de la infancia están mucho más relacionados con conflictos significativos, a diferencia de aquellos que padecen los adultos (Meares, 1963).

Algunos equivalentes somáticos de la ansiedad son: obstrucción de la garganta, malestar gastrointestinal, dolor abdominal, cefalea, disnea, náuseas y vértigo. Son frecuentes los trastornos del sueño, el niño puede estar constantemente nervioso o tenso (Martínez, 1994).

También encontramos síntomas fisiológicos como sudoración, el pulso y la respiración se tornan más rápidos; puede presentar diarrea, vómito e incluso llegue a orinarse o a defecar sin control alguno (Wolman, 1979).

La ansiedad y las preocupaciones se acompañan de ánimo disfórico persistente o recurrente por lo menos en un mes, inquietud y sentimientos de estar al "límite" (manifestados por sensación de tensión mental junto a la incapacidad para relajarse); sensación de cansancio y agotamiento a causa de la preocupación o la ansiedad y tensión muscular (Martínez, 2005).

### **2.5.3 Manifestaciones en el Área Escolar**

La ansiedad es un factor importante que causa los mayores desordenes de conducta de la infancia, lo que da pie a los conflictos escolares.

Hay que tomar en cuenta que encontramos problemas desde que los niños son observados por sus padres o maestros, ya que los niños ansiosos se desempeñan peor cuando esto ocurre.

Por lo general, los padres saben cuándo su hijo está preocupado y turbado, cuando no está comiendo bien o le cuesta trabajo conciliar el sueño, incluso cuando hay renuencia a ir a la escuela. Sin embargo, un niño que teme a las críticas de sus padres ocultará, naturalmente, sus temores y ansiedades (Wolman, 1979).

Otro aspecto importante es el rendimiento escolar de estos niños. Si bien ligeros niveles de ansiedad podrían mejorar el rendimiento académico (ya que estos niños suelen dedicar más esfuerzo a las tareas escolares), cuando los niveles de ansiedad son clínicamente significativos interfieren claramente con la actividad académica (Bobes, et al, 2002).

En este sentido, una de las preocupaciones más frecuentes de los niños con trastorno de ansiedad generalizada se refiere al rendimiento escolar. Esta preocupación puede llegar a ser tan intensa que los chicos sean incapaces de completar tareas asignadas, por su miedo al fracaso e incluso puede culminar en un rechazo escolar (Bobes, et al, 2002).

Como se mencionó anteriormente, la ansiedad puede traer consigo un rechazo a la escuela, que, de prolongarse, puede ser causa de retraso escolar e incluso de dificultades en la relación interpersonal con los compañeros.

#### **2.5.4 Manifestaciones en el área Social**

La ansiedad puede manifestarse como timidez, los niños están asustados, y no dejarán la seguridad que les causa su madre para ir a jugar solos con otros niños. Los niños tímidos pueden estar siempre pegados a su madre o al contrario, estar totalmente distantes de ella (Meares, 1963).

Desde la perspectiva de las relaciones sociales, los niños ansiosos tienden más al retraimiento que a la acción, más al aislamiento que a la participación social, más a la experimentación subjetiva de ansiedad y malestar que a la indiferencia ante los distintos tipos de estímulos. (Toro, 1986, citado en Echeburúa, 1998).

El trastorno por ansiedad excesiva y el trastorno por ansiedad generalizada pueden interferir de manera progresiva en las relaciones normales con los compañeros, causando aislamiento social, rechazo entre los otros niños y fracaso en el desarrollo de las habilidades sociales propias de la edad. Con el paso del tiempo estos niños pueden hacerse cada vez más solitarios, con disminución de su autoestima al aumentar la edad.

Los niños con trastorno de ansiedad excesiva pueden ser capaces de mantener pocas relaciones estrechas durante años; pero tienen serios problemas para relacionarse en grupos más grandes o ante situaciones sociales novedosas. Cuando mantienen sus amistades prefieren niños más pequeños, ansiosos o inhibidos. Ocasionalmente pueden convertirse en el objetivo de las burlas dentro del grupo mostrándose incapaces de defenderse por ellos mismos, pueden manifestar su frustración y su rabia a través de amenazas hacia los demás o mostrándose negativistas e irritables con sus familias.

Al aumentar la edad, los varones con trastorno por ansiedad excesiva suelen tener más problemas con los compañeros, mientras que el comportamiento tímido de las chicas es mejor aceptado culturalmente, por lo que ellas tienen menos dificultades con las compañeras, al menos en grupos pequeños; no obstante, su timidez las hace muy vulnerables a las rivalidades y luchas intragrupo. También en muchas ocasiones son dominadas por un compañero más asertivo (Bobes, et al, 2002).

En algunos casos puede ocurrir que sus síntomas se intensifiquen y persistan durante el tiempo acentuándose su dificultad para las relaciones interpersonales y su conducta agresiva se presente en situaciones de competencia social y ajuste escolar (Martínez, 2005).

En conclusión, tenemos que se trata de un trastorno que puede llegar a cronificarse con el tiempo y agravarse ante situaciones de estrés (Wolman, 1979) mismas que resultarán difíciles de afrontar a la vez que interfieren en el adecuado desarrollo de los niños.

### **3. PROBLEMAS DE CONDUCTA ESCOLAR**

#### **¿Qué son los Problemas de Conducta Escolar?**

Se dice que la finalidad de la educación del niño en la sociedad consiste en capacitarlo para que pueda tolerar cierto monto de frustración y también que aprenda a tener cierto grado de control sobre sus impulsos para que pueda vivir en un grupo y en conformidad con las normas establecidas. Sin embargo, existen ciertas conductas en los niños, cuyas manifestaciones afectan primordialmente al entorno, es decir, que causan un gran malestar en las personas que rodean al niño, y a éstos se les ha denominado por mucho tiempo “trastornos o problemas de conducta” (Solloa, 2001).

McDowell (citado en Barreto y Romero, 1995) definió al niño con desórdenes de conducta como “Un niño cuya conducta dentro del escenario educacional puede no concordar en sus relaciones con otros niños y/o cuya ejecución académica puede estar dañada debido a una incapacidad para aprender utilizando las técnicas enseñadas. Menciona además que la conducta común del niño manifiesta una falla extrema o persistente para adaptarse y funcionar intelectual, emocional y socialmente en un nivel esperado en relación con su edad cronológica (Barreto y Romero, 1995 y Reep, 2000).

En éste capítulo no podemos dejar de lado dos términos básicos que se utilizan en el ámbito escolar, los cuales son de suma importancia para entender cómo es que se llega a clasificar a un niño por la manera de comportarse en el salón de clases, nos referimos a:

## **Disciplina**

Al tratar el tema de disciplina, se debe indagar acerca de ésta desde el punto de vista de las reglas, normas y el buen comportamiento, y podemos definirla como el acatamiento de normas impuestas, ya sea por la escuela, los padres o la sociedad (Hernández, Medina y Rodríguez, 2000).

Por lo que la disciplina es necesaria para ejercitar al niño en la resolución de sus demandas excesivas, para ayudarlo a dejar atrás sistemas de comportamiento menos maduros y para canalizar sus energías por vías aceptables, esto siempre con la participación de los padres de familia.

La disciplina debe comenzar en el seno familiar, ésta se hará a través de la evolución integral y armónica en la vida del niño y mediante las siguientes condiciones: físicas, intelectuales, afectivas y morales (Hernández, et al., 2000).

## **Indisciplina**

Debemos tomar en cuenta que existen una serie de características y estilos de manejo de los padres para interactuar y disciplinar a sus hijos; por lo que la disciplina o la falta de ésta, tendrán implicaciones en el desarrollo y en la forma de actuar de los niños.

Slávina (1979) define el término niños indisciplinados como 1) a todos los alumnos que vulneran sistemáticamente las normas escolares establecidas, no obedecen los requerimientos de los adultos, se muestran groseros con ellos, entorpecen la marcha de las clases en el aula, hacen fracasar distintas medidas de orden escolar, riñen, no acatan el régimen interior, ofenden a los pequeños y cometen a veces toda una serie de faltas mucho más graves; 2) cataloga asimismo entre los escolares indisciplinados a quienes, a

pesar de observar las reglas establecidas, las siguen forzosamente ambicionando algo y no porque lo desean y estiman necesario comportarse así.

Desde otro punto de vista, la indisciplina puede definirse como el grado de desorden en la clase o no tener un cierto orden, incluso puede ser considerada como una conducta antisocial, es decir, un conflicto con otros individuos, donde el niño se caracteriza por una conducta peleadora, desobediente y un continuo espíritu destructivo para con la gente o la propiedad (Hernández, et al, 2000).

Dentro del concepto indisciplina, se desprende el término inadaptación escolar, y ambos se relacionan ampliamente en su significado, por lo que Reca (1979) se refiere a ésta como aquella conducta de un individuo que se aparta de modo señalado y persistente de las formas que dan posibilidad de vida personal y convivencia social armoniosas y constructivas, y adopta formas reñidas o directamente adversas a éstas abarcando reacciones de toda suerte, desde las que implican daño a la salud y la organización de la vida del propio sujeto hasta las que constituyen un ataque a las normas sociales.

Para Bandrés, Renau, Jaraquemada y García (1985) un niño inadaptado no siempre presenta un mismo perfil ya que mencionan que algunos niños con buenos resultados escolares presentan problemas de conducta, y, otros sin dificultades aparentes de adaptación, fracasan sistemáticamente, por lo que tanto la inadaptación, como el fracaso escolar son manifestaciones de los conflictos que encuentra el niño en la escuela.

Cabe señalar que la familia suele ser una de las causas del brote de las reacciones de indisciplina. Fenómenos como las malas relaciones de los padres entre sí o de padres con hijos, son motivo de disgustos, conflictos, litigios y descontento de uno con otro. Por lo

que la conducta de indisciplina, aún en los casos en que tiene por causa penosas reacciones emocionales suscitadas por circunstancias de la vida familiar, pueden manifestarse no sólo en el hogar, sino también en la escuela (Slávina, 1979).

El punto anterior será retomado más adelante al tocar el tema de la familia y cómo ésta influye en la generación y/o mantenimiento de comportamientos perturbadores, sobre todo en la escuela.

### **Problemas de Conducta**

Se han determinado características que indican algunas de las conductas comunes demostradas por los estudiantes con desórdenes de conducta, por lo que Gearheart, Mullen, Gearheart y Shea (citado en Barreto y Romero, 1995) las enumeran de la siguiente manera:

- a) Evitación al contacto con los otros
- b) Evitación al contacto visual con otros
- c) Desobediencia crónica
- d) Berrinches o rabietas
- e) Hostilidad encubierta o manifiesta
- f) Pocos o ningún amigo
- g) Hiperactividad
- h) Incapacidad para completar tareas
- i) Atención pobre
- j) Inconsistencia en la ejecución académica
- k) Agresividad física hacia otros o a su propiedad
- l) Agresión verbal

- m) Cambios rápidos o severos de humor
- n) Negación de la responsabilidad en las acciones
- o) Conducta repetitiva
- p) Conducta buscando atención
- q) Declive académico inexplicable
- r) Falta de motivación

Podemos englobar los puntos anteriores de acuerdo con sus características en dos categorías, mismas que utiliza la literatura incluyendo a la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM-IV-TR, 2000) sin embargo, el interés de éste trabajo se centrará en los primeros, los cuales se desarrollarán más adelante.

- Trastornos con síntomas exteriorizados que abarcan los Trastornos por déficit de Atención y Comportamiento perturbador (trastornos de conducta) y que incluyen:
  - Trastorno por déficit de Atención con Hiperactividad.
  - trastorno Negativista Desafiante
  - Trastorno Disocial
  
- La siguiente categoría de los Trastornos con síntomas interiorizados abarca:
  - Trastornos de ansiedad
  - Trastorno obsesivo-compulsivo
  - Trastornos del estado de ánimo
  - Desordenes del sueño

### **3.1 Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDA-H)**

Este trastorno fue descrito por primera vez en 1854 y en la actualidad existen diferentes hipótesis acerca de las causas que lo originan, pasando desde un factor hereditario donde los niños podrían ser afectados por ciertas patologías de los padres incluyendo el alcoholismo; otra de las posibles causas habla de estructuras o zonas cerebrales afectadas ya sea por antecedentes o dificultades durante la gestación o complicaciones durante los primeros años de vida; Se incluye también un posible funcionamiento inadecuado de los neurotransmisores; finalmente también se habla de que el consumo de ciertos alimentos con aditivos, colorantes y saborizantes artificiales podrían ser una de las causas de los síntomas del Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (Solloa, 2006). Sin embargo, Wicks-Nelson y Allen (2001) aseveran que la etiología del trastorno no se conoce con certeza.

Un niño con TDA-H manifiesta grados inapropiados de inatención, hiperactividad e impulsividad, por lo que a continuación describiremos por separado cada una de estas conductas.

La inatención o desatención es la incapacidad para enfocar la atención en una situación de estímulo percibido durante un tiempo suficiente para dedicarse productivamente a una tarea determinada y se caracteriza por su incapacidad para completar una tarea en el tiempo previsto; su conducta incluye no prestar atención ni a las tareas ni a las instrucciones, puede vagar por los alrededores enfocándose a otras actividades sin un propósito aparente (Shea, 1986).

La impulsividad según Shea (1986) y Díaz (2002) caracteriza a los niños porque presentan respuestas (verbales o físicas) casi instantáneas a los estímulos, careciendo de fundamentos racionales y planificación, y por lo tanto no toman en cuenta sus consecuencias. Según Wicks-Nelson y Allen (2001) se trata de una deficiencia en la inhibición de la conducta manifestada por “actuar sin pensar”, y comúnmente se le puede juzgar como un niño descuidado, perezoso y maleducado.

Finalmente la hiperactividad incluye tanto un exceso de actividad como una actividad inoportuna, suele decirse que no paran de moverse, son inquietos, nerviosos e incapaces de estar sentados sin moverse, caracterizándose por desorganización, interferencia e imprevisibilidad, y aparentemente no tienen objetivos tangibles. Los niños hiperactivos reaccionan excesivamente ante los estímulos de su entorno (Barreto, 1995 y Wicks-Nelson y Allen 2001).

Por otro lado, puede presentarse el Trastorno por déficit de atención sin hiperactividad, los niños exhiben menos problemas de conducta y son menos impulsivos, sin embargo, se puede encontrar en ellos mayor desorganización para trabajar, índices más altos de ansiedad y síntomas depresivos, y son socialmente más retraídos (Solloa, 2006).

En general tenemos que los niños con TDA-H presentan bajo rendimiento académico, pueden manifestar además, baja tolerancia a la frustración, arrebatos emocionales, testarudez, insistencia excesiva en que se satisfagan sus peticiones, labilidad emocional, disforia, rechazo por parte de compañeros y baja autoestima, descoordinación motora, problemas de lenguaje, inteligencia disminuida, problemas de aprendizaje, inconsistencia, problemas sociales, depresión y ansiedad; lo anterior puede conducir a conflictos tanto

con la familia como con los profesores (Wicks-Nelson y Allen, 2001; Díaz, 2002 y Solloa, 2006).

### **3.2 Negativismo Desafiante**

Como lo establece la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM-IV-TR), éste trastorno se refiere a un “patrón recurrente de comportamiento oposicionista, desafiante, desobediente, hostil, dirigido a las figuras de autoridad, que persiste por lo menos durante seis meses” (p.115) Y podemos diferenciar dos tipos de negativismo:

- Pasivo: donde el niño no realiza las órdenes o peticiones de los otros, pero no lleva a cabo conductas hostiles u oposicionistas manifiestas.
- Activo: aquí, los niños se resistirán en forma abierta a realizar las peticiones de otros, mostrando una actitud constante de enojo y resentimiento y desplegando físicamente conductas de enojo y agresivas.

En general, se trata de una oposición extremada y sostenida a las sugerencias, consejos y directivas de los demás, pueden tener actitudes como “no les gusta nada”, “les disgusta todo”, “participan en pocas actividades de buena gana”, “disfrutan de un limitado número de cosas” y “siempre dicen que no”. Suelen mostrar disgusto o insatisfacción por la escuela, los instructores y compañeros, lo que comen, su hogar, su comunidad, etcétera (Shea. 1986).

Existen ciertas etapas del desarrollo en las cuales existe oposicionismo normal, donde según Solloa (2006) es necesario para asumir la individualidad y establecer normas y controles internos; sin embargo, cuando estas fases se prolongan o cuando el medio

reacciona excesivamente a la oposición del niño es cuando comienza el trastorno, pasando éstas actitudes a formar parte de su carácter.

Díaz (2002) nos refiere que los niños generalmente se encolerizan e incurren en pataletas; discuten con adultos, molestan deliberadamente a otras personas, acusan a otros de sus errores o mal comportamiento y son rencorosos y vengativos. Una de las quejas más frecuentes sobre este comportamiento es además de la desobediencia, la provocación (Servera, 2002).

Como cualquier otro trastorno, el negativismo desafiante también tiene una variedad de posibles causas, y Servera (2002) menciona que es posible que no haya una causa única que tenga que ver con su desarrollo y mantenimiento. La primera se trata de una teoría biológica- fisiológica que nos habla de factores heredados de tipo neurofisiológico, psicofisiológico y bioquímico, esto es apoyado por Staub (citado en Solloa, 2006) que en sus trabajos ha encontrado una relación entre adolescentes adoptados que tienen un padre biológico antisocial o alcohólico, y la existencia en el hijo de conductas antisociales. La teoría cognitiva nos habla de deficiencias y distorsiones cognitivas que implican carencias cognitivas importantes y apreciaciones e interpretaciones erróneas de los hechos y por lo tanto pocas habilidades para solucionar problemas. Desde el punto de vista Psicodinámico Spurling (citado en Solloa, 2006) explica que los padres, por medio de la identificación con sus hijos, transmiten su temor o su indisponibilidad a tolerar la fuerza de sus propios impulsos.

En resumen, tenemos que no está claro del todo cuáles son los factores causales y de mantenimiento, sin embargo, más adelante retomaremos la influencia de los factores familiares en este trastorno.

### 3.3 Trastorno Disocial

Finalmente hablaremos del último trastorno con síntomas exteriorizados, definido por el DSM-IV-TR (2000) como un “patrón persistente de conducta en el que se violan los derechos básicos de los demás y las normas sociales aprobadas para la edad del niño o adolescente”. Dentro del comportamiento que presentan puede ser que la agresión sea dirigida a personas y/o animales, fanfarronean o intimidan a otros, inician peleas físicas, pueden manifestar crueldad física con personas o animales, robar, cometer fraudulencia o robo, mentir para obtener bienes y favores, violentar el hogar, casa o propiedades de otra persona y cometer violaciones graves a las normas (Harold, citado en Díaz, 2002).

Según el DSM-IV-TR (2000) podemos definir características específicas de acuerdo a la edad en la que se inicia el trastorno:

-Tipo de inicio infantil: se inicia por lo menos una de las características de criterio de trastorno disocial antes de los 10 años.

-Tipo de inicio adolescente: Ausencia de cualquier característica criterio de trastorno disocial antes de los 10 años de edad.

Las causas que explican la aparición del trastorno disocial son diversas, y entre las más importantes se encuentran las siguientes: comenzaremos con las teorías genéticas donde existe una vulnerabilidad heredada para desarrollar conductas relacionadas con el trastorno. El enfoque conductual nos habla de modelamiento y reforzamiento de las conductas agresivas, donde la conducta de los padres influye tajantemente en la conducta de los hijos. El enfoque cognitivo nos habla nuevamente de distorsiones cognitivas que

mantienen y justifican la agresión como forma de vida. El punto de vista Psicodinámico menciona que la personalidad del niño disocial se remonta desde los primeros años de vida, donde el bebé cuenta con un temperamento agresivo muy activo de continua inconformidad y rechazo hacia su madre y sus cuidados (Servera, 2002; Becerra, 2002 y Solloa, 2006).

De esta manera, la mayoría de los autores aún no encuentran un factor causal único, sin embargo, todos coinciden en que el medio en el que se desarrolla un niño, puede ser el que da la pauta a que el trastorno siga su curso o bien, se detenga; asimismo, Wicks-Nelson y Allen (2001) refieren que los niños que presentan algún tipo de trastorno por déficit de atención con hiperactividad o trastorno negativista desafiante, tienen mayor probabilidad de desarrollar un trastorno disocial en sus adolescencia, de igual manera, entre más temprano se den indicios de trastorno negativista desafiante, encontraremos que se desarrollará un comportamiento antisocial más grave y persistente.

Los individuos con trastorno disocial, muestran ciertas características asociadas como la ausencia de empatía, la dificultad para detectar intenciones de los otros, la falta de remordimiento o de sentimientos de culpa, baja autoestima, dificultad para el control de impulsos y la contención en situaciones estresantes, irritabilidad y arrebatos de cólera y baja tolerancia a la frustración (Servera, 2002); por lo anterior se trata de uno de los problemas infanto- juveniles más difíciles tanto para el niño como para quienes están a su alrededor.

Se han descrito las características de los trastornos con síntomas exteriorizados que en este trabajo interesan, que si bien, no se intenta diagnosticar a cada uno de los sujetos, si se pretende encontrar indicadores de problemas conductuales en general. A continuación

retomaremos el tema de la dinámica familiar y sus repercusiones en la conducta de los hijos.

### **3.4 Influencia del hogar en la conducta escolar**

Tenemos que tener presente, la importancia que tiene el hecho de que los padres así como el ambiente que se crea en el hogar, influyen mucho en la conducta de su hijo en la escuela. Igualmente, el modo como se comporte el niño en ésta puede repercutir en el hogar, por lo que ambos medios contribuyen a moldear la conducta de los niños y por lo tanto la forma cómo estos se comporten en los diferentes contextos en los que se desenvuelven.

Slater y Haber (citado en Wielkiewicz, 1999) compararon el ajuste de los adolescentes como una función de antecedentes familiares, sexo y grado de conflicto en el hogar. La presencia de éste último se relacionó con altos grados de ansiedad, más baja autoestima, autoconcepto más bajo y cierta tendencia a percibir los acontecimientos como fuera de control.

El medio familiar tiene un papel primordial en el desarrollo, de manera que, de las experiencias que tiene un niño así como cualquier tipo de relación entre sus miembros, cambio en la constitución familiar, o dificultades en su entorno, pueden ser la causa de un desajuste en la conducta de los niños.

Desde otro punto de vista, encontramos que en algunas circunstancias, la escuela desempeña un papel importante en el momento en el que el niño no se siente a gusto en casa, Drake (citado en Wielkiewicz, 1999) explica que la escuela de un niño puede

proporcionar bastante estabilidad y respaldo en el momento en el que el hogar es inestable.

Para Singly (citado en Bandrés, et al, 1985), la familia es la encargada de transmitir las pautas predominantes de la sociedad. Los padres seleccionan aquellas conductas que consideran adecuadas y las que no; es decir, establecen un criterio de selectividad, con el que sancionan los comportamientos de sus hijos, como adaptativos o desviados.

Hemos mencionado que los padres con sus actitudes, son los que más van a influir en la psicología normal o patológica del niño, puesto que son los que en primer lugar constituyen el medio en el que se desenvuelven los hijos, por lo que tenemos que las conductas anormales son aprendidas y los padres son quienes rodean frecuentemente al niño y juegan un papel importante en refuerzo a fomento de tales conductas y en el aumento de la probabilidad de que persistan.

La mayoría de las conductas, tanto normales como anormales (celos, timidez, enuresis, delincuencia, etc.) son aprendidas y en este aprendizaje el ambiente actúa como "reforzador" fomentando, gratificando, recompensando y sancionando tales conductas (Puente, 2003).

De esta manera, se mencionan los tres puntos de más peso a la hora de establecerse una conducta inadecuada:

- Excesivas experiencias de castigo
- Empleo de reforzadores en forma ambivalente
- Distorsión de los modelos

Mediante el efecto de modelado, empleando este término en el sentido que lo hacen Bandura y Walters, el niño asimila las actitudes, pautas y modos de ser de sus padres, ya que estos son especialmente los modelos a imitar, la fuente continua de reforzadores e imágenes dotadas de prestigio y autoridad para él (Bandres, et al, 1985; Peters, 2005 y Solloa, 2006).

Cada persona se desenvuelve en ambientes distintos adquiriendo pautas o actitudes a través del aprendizaje por observación, de las cuales podemos mencionar las siguientes:

1. La autovaloración: Los niños consiguen confianza en sí mismos, si se aportan modelos de valores bien definidos, se dan orientaciones para la solución de los problemas y si se resaltan y valoran positivamente sus éxitos (Wielkiewicz, 1999).

2. Rasgos de ansiedad: Los rasgos de ansiedad se adquieren por observación de la conducta de los adultos, esto ante situaciones conflictivas, y la capacidad de emitir o no respuestas adaptativas. Anthony (citado en Bandres, et al, 1985) describe dos tipos de ansiedad frecuentes en la infancia:

-la de contagio, por imitación de conductas de los adultos.

-la traumática, que aparece en sucesos aterrizantes para el niño, a los cuales no es capaz de enfrentarse.

3. Los modos familiares de comportamiento: Estos ofrecen unos modelos provenientes del ambiente en el que se desenvuelve el sujeto. Bandura y Walters (citado en Bandres, 1985) exponen los efectos de la observación de modelos:

- el sujeto adquiere respuestas nuevas que no existían en su repertorio conductual
- se pueden fortalecer o debilitar respuestas de inhibición de determinado comportamiento, aunque estas respuestas no tengan que ser necesariamente las del modelo.
- el sujeto puede ejecutar respuestas que en el código social se consideran censurables, si existe un modelo desviado de prestigio y si además no recibe castigo por ellas.

### **3.5 Influencia de los padres en los trastornos conductuales de los hijos**

Ya mencionamos como es que la familia extiende su influencia más allá de la escolaridad de los niños y de la manera en como se comportan a través de modelos, lo cual se confirma a continuación, ya que encontramos que ciertas actitudes de los padres pueden ser los desencadenantes de trastornos como el TDA-H, negativismo desafiante y trastorno disocial.

En el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDA-H) anteriormente nos referimos a varios factores como posibles desencadenantes, cabe señalar que no se mencionaron los factores familiares, sin embargo, éstos desempeñan un papel de suma importancia, principalmente el contexto en el que se desenvuelven.

Campbell (citado en Wicks-Nelson y Allen, 2001) estudió las calificaciones que los padres dieron a sus hijos cuando fueron enviados a recibir atención clínica, después de un tiempo, aquellos niños que recibieron calificaciones más negativas en las conductas referidas al TDA-H tenían familias que habían experimentado más estrés y una posición social más baja. Capbell, también encontró que las madres de los niños de edad escolar, son menos coherentes, más impacientes y más asertivas con el poder. Del mismo modo, Stormont-Spurgin y Zentall (citado en Wicks-Nelson y Allen 2001) encontraron que las familias de los niños en edad preescolar con TDA-H y conductas de agresión, eran más

restrictivas y agresivas que las familias cuyos hijos en edad preescolar solo manifestaban TDA-H.

Puesto que la familia es determinante en este trastorno, tenemos que éste se manifiesta más en hombres que en mujeres, por lo que se han investigado los factores hereditarios y familiares del padre y la madre con el fin de identificar patologías familiares ligadas al síndrome, encontrándose una mayor prevalencia en sociopatía, histeria y alcoholismo en los padres y madres de estos niños (Solloa, 2006).

Lo anterior nos señala que las variables familiares están involucradas sin que importe la edad de los hijos, por lo que Wicks-Nelson y Allen (2001) nos dicen que un hogar caótico o cargado de responsabilidades, con independencia de la posición social, puede que no fomente comportamientos de atención y de reflexión, lo que, en combinación con otros factores, predisponen a los niños a desarrollar TDA-H y contribuir a su mantenimiento.

Con respecto al Negativismo desafiante, la dinámica familiar tiene gran peso desde el punto de vista del aprendizaje social, donde Bandura (citado en Solloa, 2006) deja en claro que las experiencias ambientales y de aprendizaje están íntimamente relacionadas con la conducta agresiva, por lo que pone de ejemplo, a aquellos padres agresivos y hostiles que producen mediante el modelamiento hijos también agresivos.

Puente (2003) y Becerra y Reséndiz (2002) señalan que el negativismo desafiante se asocia con varios factores psicosociales como el bajo nivel económico, educación dura y punitiva, discordia familiar y falta de supervisión apropiada, lo cual es apoyado por Solloa (2006) que agrega a la lista anterior a familias preocupadas por el poder, el control y la

autonomía, prácticas educativas incoherentes o negligentes y donde los cuidados del niño las llevan a cabo diferentes cuidadores.

Driscoll (1964) refiere que el comportamiento agresivo que puede caracterizar a los niños negativistas se debe a la falta de atención que tienen de sus padres, y la preocupación de estos por sus propios asuntos, lo cual desencadena que los niños perciban rechazo emocional por parte de sus padres.

Al igual que el TDA-H, el negativismo desafiante tiene componentes de psicopatología parental, poniendo de manifiesto a aquellas familias donde por lo menos uno de los padres cuenta con una historia de trastorno del estado de ánimo, trastorno negativista desafiante, trastorno disocial, TDA-H, trastorno antisocial de la personalidad o trastorno por consumo de sustancias, incluso se sugiere que las madres con depresión o familias en las que hay conflictos conyugales graves son las que tienen más probabilidades de tener hijos con trastorno negativista desafiante (Shea, 1986 y Baum, citado en Solloa, 2006).

Algo similar sucede con el Trastorno disocial donde Servera (2002) señala que el contexto familiar por sí solo, sin que sea necesaria ningún tipo de influencia genética, puede generar ciertas condiciones psicosociales que faciliten o dificulten la aparición del problema, refiriéndose al funcionamiento familiar inadecuado, los problemas de abuso de sustancias, los problemas psiquiátricos, las desavenencias conyugales, el abuso y la negligencia infantil.

La mayoría de los autores coinciden en que la psicopatología en los padres es un factor importante en el desarrollo del trastorno disocial, y se recalca que la mayoría de los

jóvenes delincuentes provienen de hogares en los que reina el alcoholismo, las riñas y la violencia física.

En conclusión, podemos decir que las actitudes y psicopatologías de los padres así como el contexto social, familiar y psicológico en el que se desarrollan los niños, desempeñan un papel desencadenante y de mantenimiento de los trastornos conductuales, sin embargo, no son la causa única y las variables constitutivas de cada sujeto también determinan la aparición de éstos.

## **4. MÉTODO**

### **4.1 Planteamiento Del Problema Y Justificación**

Dado que los padres funcionan como modelo de aprendizaje para los hijos, y que éstos aprenden y adquieren muchas conductas por imitación, encontramos que en el caso de tener padres adictos a alguna sustancia, estos pueden transmitir gran parte de sus características, hábitos y estilos de comportamiento y afrontamiento ante diversas situaciones.

Por lo que el hecho de estar inmerso en una familia donde uno o ambos padres son alcohólicos, puede provocar que sus hijos sean más susceptibles a generar mayores niveles de ansiedad que aquellos que se desarrollan en una familia libre de adicciones.

Tenemos también que el hogar tiene una influencia recíproca en la escuela, por lo que, un niño inmerso en una familia en donde algún miembro es alcohólico, puede provocar diferentes comportamientos en el ámbito escolar, Es por eso que ésta investigación pretende describir cómo son los niveles de ansiedad de los hijos de alcohólicos, y si éstos niños presentan mayores problemas de conducta en la escuela.

### **4.2 Preguntas de Investigación:**

- ❖ ¿Son diferentes los niveles de ansiedad que presentan los hijos de alcohólicos a los hijos de no alcohólicos?
  
- ❖ ¿Existe mayor cantidad de problemas de conducta escolar en los hijos de alcohólicos y no alcohólicos?

### **4.3 Objetivos:**

1. Identificar si existen diferencias entre los niveles de ansiedad entre los niños hijos de alcohólicos y no alcohólicos.
2. Identificar si existen más problemas de conducta escolar en los hijos de alcohólicos, que en los hijos de no alcohólicos.

### **4.4 Hipótesis**

Hi: El nivel de ansiedad de los niños hijos de alcohólicos es mayor que el nivel de ansiedad que en los niños hijos de no alcohólicos.

Hi: Los problemas de conducta escolar son mayores en los hijos de alcohólicos.

Ho: No existen diferencias en los niveles de ansiedad en los niños hijos de padres alcohólicos y no alcohólicos.

Ho: No existen diferencias en cuanto a la cantidad de problemas de conducta escolar entre los hijos de alcohólicos y no alcohólicos

### **4.5 Variables**

**V. dependientes:** Nivel de ansiedad y problemas de Conducta

**V. Independientes:** Alcoholismo de los padres

## 4.6 Definición de variables

### Variables dependientes

#### Definición conceptual

- Ansiedad: La ansiedad se define como una respuesta normal y adaptativa ante amenazas reales o imaginarias más o menos difusas que prepara al organismo para reaccionar ante una situación de peligro (Echeburúa, 1998).

La ansiedad puede presentarse en los niños como consecuencia de su ambiente familiar o de su medio escolar (Méndez, 2005).

- Problemas de conducta escolar: Se trata de un término impreciso que abarca una variedad de conductas que solamente tienen en común el hecho de que alteran la rutina de otra persona. En la escuela, este término se limita a la conducta que altera la rutina del salón de clases, interfiriendo de esta manera con la función de ese medio (Ross, 1987).

Los problemas de conducta escolar son un problema clínico importante, y generalmente se presentan asociados a importantes desajustes en la vida familiar, escolar y social del niño (Baum citado en Solloa, 2001)

#### Definición operacional

- Nivel de ansiedad: Se obtendrá a través del puntaje obtenido en el Inventario de Salud, Estilos de Vida y Comportamiento para Niños: SEVIC niños (Mam, Y, 1998), utilizando únicamente la primera parte que comprende los reactivos 1 al 43, que recolectan información sobre síntomas relacionados con la ansiedad.

- Problemas de conducta escolar: A través del puntaje obtenido del Cuestionario Exploratorio (Hernández, Medina y Rodríguez, 2000) dirigido a los profesores de los niños encuestados. El cuestionario permite ubicar los principales problemas de conducta en el salón de clases.

### **Variable independiente**

- Alcoholismo de los padres: El [alcoholismo](#) es una enfermedad crónica, progresiva y a menudo mortal; es un trastorno primario y no un síntoma de otras [enfermedades](#) o [problemas](#) emocionales. La OMS define el [alcoholismo](#) como la ingestión diaria de alcohol superior a 50 gramos en [la mujer](#) y 70 gramos. El [alcoholismo](#) parece ser producido por la combinación de diversos factores fisiológicos, psicológicos y genéticos. Se caracteriza por una dependencia emocional y a veces orgánica del alcohol, y produce un daño cerebral progresivo y finalmente [la muerte](#). (OMS, 2001).

En la presente investigación el patrón de consumo que siguen los padres alcohólicos fue de Bebedor Moderado Alto (bebió alcohol en el último mes, sin incluir la última semana), Bebedor frecuente de Bajo Nivel (Toma de 1 a 4 copas por lo menos una vez a la semana y no más de 5 copas por ocasión), y Bebedor frecuente de Alto Nivel (Toma alcohol por lo menos una vez a la semana, y cuando lo hace, es a lo mucho de 1 a 3 veces por mes); (Secretaría de Salud, INEGI, 4ta. ENA, 2003).

### **4.7 Sujetos:**

Participaron 32 niños distribuidos en dos grupos de dieciséis niños cada uno, de edad escolar entre 8 y 12 años que estudian el nivel primaria. El primer grupo lo conformaron los niños hijos de alcohólicos, y el segundo grupo los niños hijos de no alcohólicos.

#### **4.8 Muestreo:**

La muestra fue no probabilística de sujetos-tipo, ya que se eligieron a los niños, de acuerdo a dos características ya establecidas que son hijos de alcohólicos y no alcohólicos.

#### **4.9 Tipo de estudio:**

Se trata de un estudio descriptivo, ya que el objetivo fue identificar si existen diferencias en los niveles de ansiedad en dos diferentes grupos de niños, así como detectar los problemas de conducta que más se presentan en los hijos de alcohólicos y no alcohólicos.

#### **4.10 Tipo de diseño:**

Se utilizó un diseño de investigación no experimental, de corte transversal de tipo descriptivo. Y de acuerdo al número de variables se clasifica en un diseño multivariado, ya que se tienen dos variables dependientes y una variable independiente.

#### **4.11 Instrumentos:**

## **SEVIC-Niños**

Para esta investigación, se utilizó la primera parte del cuestionario de la versión para niños del Inventario de Salud, Estilos de Vida y Comportamiento (SEVIC-Niños) realizada por Mam, en 1998, en la que se evaluaron los trastornos de ansiedad en niños y sus variables predictivas.

Dicha versión surgió del SEVIC para adultos desarrollado por Sánchez-Sosa y Hernández-Guzman (1993).

Dado que el trabajo era directamente con niños, se eliminaron algunos reactivos, con la finalidad de adaptarlos a la edad de los participantes, así como a las manifestaciones patológicas relacionadas con la ansiedad que suelen presentar los niños (Mam, 1998).

El SEVIC Niños consta de 102 reactivos. Del reactivo 1-43 evalúa síntomas relacionados con la ansiedad, del reactivo 45-102 evalúa hábitos de crianza y variables sociodemográficas. Para su construcción, se fundamentó en la literatura especializada sobre detección de sintomatología relacionada con los trastornos de ansiedad, epidemiología de dichos trastornos, así como comorbilidad entre trastornos, fundamentalmente depresión, ansiedad, somatización y trastornos de la conducta. Asimismo se realizó una revisión bibliográfica acerca de prácticas de crianza e interacción familiar (Mam, 1998).

La gran mayoría de las opciones de respuesta a los reactivos son: a) Siempre o casi siempre; b) A veces y c) Nunca o casi nunca.

En éste instrumento se omitieron unas escalas llamadas de Cronicidad, que, el SEVIC de adultos evalúa para encontrar indicadores de Ocurrencia.

Este instrumento cuenta con una confiabilidad superior a .80, obtenida a través de la prueba Alfa de Cronbach.

### **Cuestionario Exploratorio (Maestro)**

Con la finalidad de conocer los principales problemas de conducta que presentan los niños, se utilizó un cuestionario creado por Hernández, Medina y Rodríguez (2000) dirigido a los maestros, los cuales responderán a 15 preguntas acerca de los principales comportamientos que pueden llegar a presentar en el aula los niños que exhiben problemas de conducta.

La calificación de los cuestionarios se hizo a través de puntuaciones estimadas: se otorgaron dos puntos a las contestaciones de “no”, un punto a las contestaciones de “algunas veces” y cero puntos a las contestaciones de “si”. Posteriormente se hace la suma total de puntos, ubicándolos en rangos que van de 30 a 15 puntos= indisciplinado y con problemas de conducta y de 14 a 0 puntos= disciplinado y sin problemas de conducta.

El cuestionario exploratorio cuenta con validación por un acuerdo interjueces, y distinguió efectivamente entre los niños que presentaban o no problemas de conducta (Hernández, et al, 2000).

#### **4.12 Procedimiento:**

Primeramente se identificaron a los pacientes en edad escolar que asistían a terapia psicológica en Centro de Servicio Comunitario "Calpulli" de la colonia Unidad Habitacional El Rosario en la Delegación Azcapotzalco, que tuvieran entre 8 y 12 años de edad, de los cuales a través de la entrevista inicial se determinó que seis de ellos tenían uno o ambos padres alcohólicos, de esta manera fueron separarlos en cada uno de los grupos; conforme los niños asistían a sus sesiones se les aplicó el cuestionario SEVIC-NIÑOS que identifica situaciones de ansiedad.

En segundo lugar, fueron seleccionados niños de los cursos de verano (2006 y 2007) impartidos en el mismo centro comunitario, se pudo determinar cuantos de ellos tenían padres alcohólicos, mediante la impartición de talleres que realizó el Centro de Atención a las Adicciones de la Delegación Azcapotzalco; aquí, los niños identificaban su situación dependiendo del material audiovisual que se les presentaba, por este medio sólo se identificaron dos hijos de alcohólicos. Otra proporción de los niños participantes se obtuvo del taller de tareas de 5º y 6º grado, separándolos también en los dos grupos según fuera el caso; donde previamente se entrevistó a la profesora encargada la cual conocía la situación de cada uno de sus alumnos, de aquí se encontraron otros dos niños hijos de alcohólicos.

Finalmente visité a dos grupos de familia Al Anon, en el primero sólo obtuve autorización para evaluar a un niño, y en el segundo pude integrarme a las juntas y obtuve la evaluación de 3 niños. El Cuestionario para Maestros se hizo llegar a través de sus madres. Cabe señalar que varias de las asistentes eran esposas de alcohólicos, sólo que sus hijos rebasaban la edad que se requería en esta investigación, por esta razón se

obtuvo muy poca participación de estos grupos; sin embargo aportaron información adicional sobre sus propias vivencias, que será retomada más adelante y que nos enriquece la parte del análisis cualitativo.

Externos a cualquier grupo o tratamiento, se evaluaron a dos hermanos hijos tanto de madre como de padre alcohólicos, los cuáles son vecinos cercanos a mi domicilio.

A todos los niños se les aplicó el cuestionario de manera individual, se les entregó éste junto con las instrucciones, y yo leía los reactivos a la par en voz alta, terminando cada pregunta ellos emitían su respuesta por escrito. Posteriormente se les proporcionaba a sus madres el cuestionario para maestros (Hernández, 2000) para que lo hicieran llegar a éstos y respondieran de acuerdo al comportamiento de los niños.

A los profesores de los niños de los cursos de verano, a los del taller de tareas así como a los vecinos evaluados, se les contactó personalmente.

#### **4.13 Análisis de datos:**

Para el análisis estadístico se utilizó el programa Package for Social Sciences for Windows versión 10.0 (SPSS) y la Prueba Estadística No Paramétrica U de Mann Whitney.

## 5. RESULTADOS

### 5.1 Análisis cuantitativo

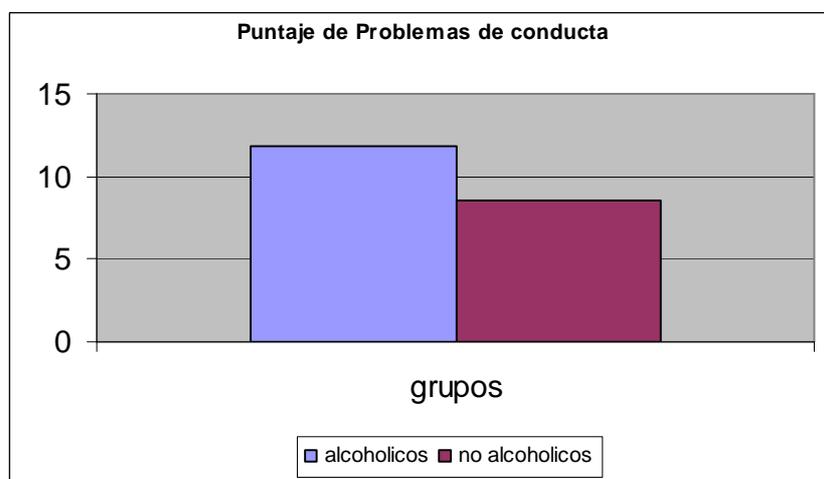
En el estudio participaron un total de 32 niños divididos en 2 grupos de 16 cada uno, el grupo de hijos sin padre alcohólico se conformó de niños que en su hogar ninguno de los 2 padres tenía problemas para controlar su manera de beber, mientras que el grupo de hijos de padre alcohólico se conformó por niños en los que uno o ambos padres presentan problemas con el alcohol; aquí incluimos a dos niños (hermanos) con ambos padres alcohólicos, y sólo una niña con madre alcohólica, en el resto de los niños, el padre es el alcohólico.

En el grupo sin padre alcohólico participaron 11 niñas y 5 niños, la media de edad fue de 10.125 años (+/- 1.408), la edad mínima fue de 8 años mientras que la máxima fue de 12 años de edad. Todos los niños cursan la primaria en escuelas públicas: 5 niños en sexto grado, 5 en quinto, 4 en cuarto y 2 en tercero.

Por otro lado, en el grupo con padre alcohólico participaron 10 niños y 6 niñas, con una media de edad de 10 años (+/-1.414), y al igual que el grupo anterior, la edad mínima fue de 8 años y la máxima de 12. Los niños cursan el nivel primaria en escuelas públicas donde 6 niños están en sexto grado, 4 en quinto, 4 en cuarto y 2 en tercero.

En los resultados del Cuestionario para Maestros (Hernández, Medina y Rodríguez, 2000) se puede observar que los hijos de padres alcohólicos presentan mayores problemas de conducta escolar, clasificándolos como indisciplinados [  $\bar{X} = 11.81 (+/- 7.80)$ ], a diferencia del grupo de los niños sin padres alcohólicos que puntuaron ligeramente más abajo [  $\bar{X} = 8.50 (+/- 7.73)$ ]. (Ver Gráfica 1).

**Gráfica 1**



Lo anterior, nos lleva a clasificarlos según su puntaje como se muestra en la Tabla 1; sin embargo, encontramos a 3 niños del grupo de padres alcohólicos que casi alcanzaron la categoría de indisciplinados, pero su puntuación no permite ubicarlos en este rubro (Ver Anexo 3).

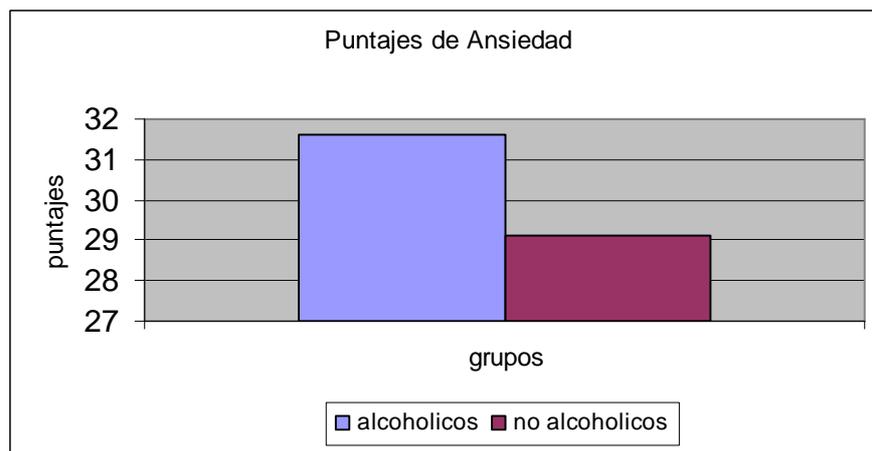
**Tabla 1**

	Con padre Alcohólico	Sin padre Alcohólico
Disciplinados	12	12
Indisciplinados	4	4
Total	16	16

Con respecto a la prueba Sevic-Niños (Mam, 1998) observamos mayores niveles de ansiedad para el grupo de niños con padre alcohólico, quienes alcanzaron puntuaciones

más elevadas [  $\bar{X} = 31.62 (+/- 9.97)$ ]. En comparación con en el grupo de niños sin padre alcohólico que consiguieron puntajes más bajos [  $\bar{X} = 29.12 (+/- 8.57)$ ], (Ver Gráfica 2).

**Gráfica 2**



También podemos observar la Tabla 2 que nos ilustra la manera como se distribuyeron las puntuaciones de los niños, donde encontramos que los hijos de alcohólicos puntuaron ligeramente más arriba en lo que respecta a las manifestaciones de ansiedad.

**Tabla 2**

Intervalos de Clase	Distribución de Frecuencias	
	Con padre Alcohólico	Sin padre Alcohólico
7 - 14	2	1
15 - 22	1	1
23 - 30	1	8
31 - 38	8	5
39 - 46	4	0
47 - 54	0	1
Total	16	16

Por otro lado, se hizo una comparación entre ambos grupos respecto a los problemas de conducta que presenta cada uno, obteniendo así una  $z = -1.341$  y una  $p = .180$ , lo que indica que no existen diferencias estadísticamente significativas ( $p > 0.05$ ) entre el número de problemas de conducta que se presentan entre uno y otro grupo.

De igual forma, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el nivel de ansiedad de ambos grupos, obteniendo  $z = -1.208$  y una  $p = .227$  ( $p > 0.05$ ).

Por lo tanto, el nivel de significancia estadística no arroja diferencias entre los grupos en cuanto a cual de los dos es más indisciplinado y cual más ansioso, sin embargo, cualitativamente encontramos que existen ciertas conductas y actitudes que caracterizan y distinguen a ambos grupos, como se explica a continuación.

## **5.2 Análisis Cualitativo**

### **a) Problemas de Conducta**

Podemos encontrar que dentro de los problemas de conducta incluidos en el cuestionario para maestros, el grupo de niños sin padre alcohólico no presenta serias dificultades para mantener la atención, ya que los maestros respondieron que de los 16 niños evaluados en sólo 5 se observan de manera frecuente, mientras que en 7 ocurre sólo algunas veces y en 5 de ellos no se presenta.

A diferencia del grupo de hijos de alcohólicos, encontramos, que todos, excepto un niño, presentan dificultades para mantener su atención: 9 con mayor frecuencia, 6 en algunas ocasiones y 1 sin dificultades.

Por otro lado encontramos que poco más de la mitad de los niños evaluados de ambos grupos presenta problemas para comportarse, esto es, no mantenerse en su lugar, levantarse a hacer desorden, y por ende, no cumplir con sus quehaceres escolares, también se tomó en cuenta si es que han tenido dificultades con autoridades y compañeros debido a su comportamiento.

En esta categoría se observa que los hijos de no alcohólicos muestran menos dificultades para comportarse y cumplir con sus quehaceres escolares, mientras que todos, excepto uno de los hijos de alcohólicos han presentado o presentan este problema.

Siguiendo por esta misma línea, los maestros respondieron a las cuestiones de si obedecen sus órdenes o si pareciera que a los niños les gusta ser desobedientes, y tenemos que poco más de la mitad de ambos grupos desobedecen las indicaciones de los profesores. Encontramos también que tanto los hijos de no alcohólicos como los que sí lo son, presentan conductas agresivas como insultar o golpear a compañeros, gritar o incluso jugar a jalonearse. En este punto no se observan diferencias cualitativas entre ambos grupos.

Por otro lado, podemos considerar como falta de respeto a compañeros y autoridades, aquellas conductas como contestar retadoramente, molestar a compañeros y/o ponerles apodos; y observamos una ligera diferencia, que indica que esto sucede con mayor frecuencia en los hijos de alcohólicos, sin embargo, no parece ser significativa.

En el cuestionario también encontramos reactivos que evalúan conductas de responsabilidad, así como cuidado por las cosas propias y de los demás, sin encontrarse diferencias entre ambos grupos.

Por último, todos los niños evaluados platican en clase y distraen a sus compañeros, lo que nos habla de una conducta típica de los niños de esta edad.

## **b) Nivel de Ansiedad**

El siguiente análisis a diferencia del anterior, muestra las repuestas expresadas por los propios niños, y nos arrojan información acerca de cómo ellos afrontan diferentes situaciones de la vida cotidiana, con qué frecuencia les suceden y cómo es su sentir ante éstas.

Primeramente separaremos los reactivos en categorías que engloban situaciones o actitudes relacionadas entre sí. Para comenzar retomaremos los problemas de atención y la falta de concentración, en donde se encontró que a los 32 niños casi siempre les sucede alguna de las dos situaciones, observándose una ligera diferencia que indica que estos aspectos ocurren con mayor frecuencia, en el grupo de hijos de alcohólicos.

A continuación encontramos dos emociones, la primera es la tristeza sin razón o motivo aparente, a la que 8 de los niños del grupo sin padre alcohólico dijeron sentirla, 6 algunas veces y 2 casi siempre; a diferencia del grupo de hijos de alcohólicos donde 13 niños dijeron sentirla, 7 algunas veces y 6 casi siempre.

La segunda emoción se trata del miedo expresado a través de cosas que lo provocan o bien de la intensidad de éste y que genera ganas de huir o salir corriendo; a lo que los niños sin padre alcohólico respondieron que hay cosas que les hacen sentir mucho miedo o terror en menor frecuencia que los hijos de padres alcohólicos, así mismo, en estos últimos hay mayor sentimiento de impotencia ante el miedo deseando así, ganas de huir.

En relación a otra variable relevante como es el caso de la inseguridad, manifiesta a través de sentimientos de no tener valor, y de sentir que no le salen las cosas que hacen, encontramos que en cuanto a la cantidad de niños, en el caso del grupo de niños sin padre alcohólico todos presentan inseguridad, mientras que los hijos de alcohólicos todos excepto uno la presentan, la diferencia radica en que estos últimos la exteriorizan con mayor intensidad.

Encontramos también que los niños sienten malestar al estar sin sus padres, cuando son dejados en lugares donde deben permanecer solos o no pueden acompañarlos, y aquí 11

de los niños del grupo sin padre alcohólico dijeron sentirlo en comparación con 8 del grupo de hijos de alcohólicos, lo que nos habla posiblemente de la preferencia a permanecer solos.

Ahora nos enfocaremos a aspectos físicos de los niños como el cansancio y la falta de energía para realizar actividades, donde encontramos una mayor proporción de niños del grupo de alcohólicos con estas características. Igualmente, cuando nos referimos al estado físico de los niños, se destaca cuando ellos manifiestan dolor en alguna parte de su cuerpo como cabeza, espalda y extremidades, donde todos los niños evaluados revelan sentir alguna molestia o dolor, la diferencia reside en la parte del cuerpo y en la frecuencia con que dicen sentirlo.

Ahora toca el turno a los problemas estomacales como dolor, inflamación, vómito y diarrea, que si bien, éstas características por sí solas y esporádicas no nos dan indicio de anormalidad, aquí se tomó en cuenta la frecuencia con que los niños las presentan, y obtenemos que en los hijos de alcohólicos todos excepto uno manifestaron sentirlos en mayor grado y frecuencia.

Las dificultades al orinar y los problemas de control de esfínteres también se tomaron en cuenta, de los niños sin padre alcohólico sólo 3 presentaron problemas para orinar y 2 para controlar esfínteres, mientras que los hijos de alcohólicos 3 presentaron dificultades al orinar y 6 para controlar esfínteres, esto con referencia a la orina, ya que ninguno respondió no poder controlar el esfínter anal.

A continuación, se abordarán las dificultades presentadas al dormir como no conciliar el sueño, tener pesadillas y no poder dormir solos, en donde todos los niños del grupo de

padres no alcohólicos dijeron haber presentado alguno de éstos incluso con mayor frecuencia, mientras tanto en el grupo de hijos de alcohólicos todos menos 2 de los niños dijeron presentarlos.

El sudor de las manos es considerada una reacción fisiológica del cuerpo ante la ansiedad y en el cuestionario se observa una proporción ligeramente mayor de hijos de alcohólicos que la presentan, en comparación con el grupo de padres sin alcohol. Conductas como morderse las uñas o chuparse el dedo, no fueron relevantes.

Por último abarcaremos la forma en cómo los niños reaccionan al enojo, y encontramos que hay mayor número de niños del grupo sin padre alcohólico que se perciben así mismos como enojones, mientras que del otro grupo hay menos niños que se auto perciben de la misma forma, sin embargo, estos últimos llegan a observarse a sí mismos más agresivos que los del otro grupo.

La percepción hacia sí mismos como rebeldes y berrinchudos domina en los hijos de alcohólicos que se identifican más con éstas características, ya que 10 niños respondieron afirmativamente, mientras que 7 del grupo sin padre alcohólico también lo hicieron.

No se encontraron diferencias en cuanto a la forma de socializar en ambos grupos, ni entre pares, ni entre niño-adulto, en general ambos niños se comportan igual (Ver tabla 3).

**Tabla 3**

<b>Hijos de padres alcohólico</b>	<b>Hijos sin padre alcohólico</b>
Mayores dificultades para mantener atención	
Mayores problemas de comportamiento	
No cumplen con quehaceres escolares	
Conductas agresivas, sin reconocimiento de enojo	Conductas agresivas con reconocimiento de enojo
Falta de respeto hacia los demás	Falta de respeto hacia los demás
Mayores sentimientos de tristeza	
Mayor miedo e impotencia	
Sentimientos de inseguridad	Sentimientos de inseguridad
Preferencia a estar sin padres	Preferencia a estar con padres
Manifestaciones de dolor físico en extremidades	Manifestaciones de dolor físico en extremidades
Mayor número de problemas estomacales	
Dificultades para orinar	Dificultades para orinar
Mayores problemas para controlar esfínteres	
Menores dificultades para dormir	Mayores dificultades para dormir
Mayor sudoración de las manos	Sudoración en las manos

Cabe señalar que a pesar de que los hijos de alcohólicos presentan mayor frecuencia de indicadores de ansiedad, el cuestionario SEVIC-NIÑOS no permite saber si éstas son expresadas como consecuencia de tener un padre o madre alcohólicos, o bien, se deban a alguna situación ajena al tipo de padres que tienen, sin embargo, nos dan indicios de que la situación familiar, escolar, social y personal varía mucho dependiendo del estilo de paternidad y de las características internas del niño.

### **c) Información adicional obtenida en el grupo AL-ANON**

Como parte adicional de la investigación asistí a las juntas de dos grupos de familia Al-Anon conformado por las esposas, hijas, hermanas y/o madres de alcohólicos, durante las cuales se tocaban diferentes temas relacionadas con el problema del alcoholismo. Cabe señalar que de éstos grupos sólo tres mujeres tenían hijos con la edad requerida para aplicarles los cuestionarios, por lo que sólo se obtuvieron datos de cuatro niños para la muestra del grupo de hijos de alcohólicos.

La siguiente información se construyó a partir de vivencias y fragmentos comentados en las juntas de uno de los grupos. En esta ocasión se tocará únicamente lo referente a su infancia y a cómo creen ellas que esto ha influido actualmente en sus hijos.

Durante mi participación en estas sesiones las asistentes compartían su sentir y su reacción ante la enfermedad, comenzando por la difícil cadena que siguen desde la infancia, donde la mayoría tuvo abuelos y padres alcohólicos, y actualmente al ser ellas adultas se encuentran relacionadas sentimentalmente con alcohólicos. Cabe señalar que aquellas que tienen hijos varones en edad adulta o adolescentes ya presentan problemas para controlar su manera de beber; las hijas están involucradas en relaciones con alcohólicos y sólo aquellas en las que sus hijos aun son niños se mantiene la incertidumbre de que el alcoholismo se presente.

Una de las cosas que mayormente dijeron compartir es el excesivo deseo de controlar tanto al esposo, los hijos y a las demás personas, no sólo en su manera de beber, también sus amistades, trabajo, familia, etcétera, esto como una manera de aparentar socialmente que son capaces de controlar la situación que viven en casa. Lo que

desencadena grandes sentimientos de frustración, puesto que no logran su objetivo principal: hacer que su pareja deje de ser alcohólico. Volviendo nuevamente a los niños, tenemos entonces para ellos, madres excesivamente controladoras, ocupadas la mayor parte del tiempo en situaciones ajenas a la situación emocional de sus hijos; aunado al abandono emocional de parte de los padres alcohólicos, preocupados por dejar de beber y su incapacidad para lograrlo, lo que resulta ser según un alcohólico en recuperación “una complicidad de ambos padres que afecta principal y directamente a los hijos, más que a ellos mismos”, es decir, que cada uno se adentra en sus preocupaciones y donde pareciera ser que la actitud de uno propicia la actitud del otro y viceversa, lo que los mantiene ocupados y girando siempre en la misma situación y maneras de comportarse.

Las asistentes comentan que socialmente fueron niñas tímidas y aisladas, continuamente ignoradas por una madre preocupada por el alcoholismo de su esposo, las borracheras frecuentes de éste y la actitud sumisa que adoptaban ellas, esto las llevó a ser testigos de continuas peleas y reconciliaciones entre ellos, manteniendo siempre la expectativa de cómo llegaría su padre alcohólico y con el temor de presenciar disgustos entre ellos.

También recuerdan como fueron adoptando miedos de los demás, en especial de sus madres, que vivían sumidas en la preocupación económica, emocional y social que trae consigo la problemática; y ahora que ellas son madres, se identifican con las mismas actitudes, mismas que en ocasiones resultan ser un impedimento para disfrutar la vida, ya que para ellas el alcoholismo roba seguridad.

Por lo anterior, señalan como ellas y no sus esposos han transmitido sus propios miedos a sus hijos, puesto que como ya se mencionó anteriormente, ellos solamente están pensando en alcohol, mientras que ellas, se ven en la necesidad de asumir mayores

responsabilidades en su hogar y en su afán de controlar la situación, algunas ignoran, chantajean, e incluso algunas llegan a culpar a sus hijos de ser un impedimento para salir de la situación.

Con respecto a sus hijos, algunas pueden describirlos como agresivos y nerviosos, ausentes y callados, inseguros y tímidos, rebeldes y sin límites, e incluso felices cuando la situación no se torna tan grave, todo depende del ambiente en el que han vivido y de cómo ellas han manejado la situación antes y después de integrarse a Al-Anon, a esto le agregamos, el gran cambio que trae el hecho de que su pareja haya o no solicitado ayuda en Alcohólicos Anónimos. En general, podemos decir que aún sin querer han repetido su propia historia con sus hijos, lo cual nos da una idea de cómo es el sentir de un niño ante el alcoholismo, sin embargo, no se puede generalizar que todos los hijos de alcohólicos vivan esta situación, debemos tomar en cuenta distintos factores individuales como la edad, género, situación económica, familia, escuela; factores internos como la seguridad, autoestima, carácter y emociones; factores sociales como el apoyo de la familia extendida, amigos y conocidos, y por supuesto, el hecho de que sus madres estén tratando de cambiar la situación buscando el bienestar familiar en un grupo de autoayuda, sin obsesionarse con la idea de que su esposo deje de ser alcohólico.

Cabe señalar que se cuenta con más experiencias, sin embargo, no se tocaron debido a que dejan de lado el tema principal de este trabajo.

## 6. DISCUSION

De acuerdo a los resultados obtenidos, podemos concluir que:

- No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto al nivel de ansiedad entre los hijos de padres alcohólicos y los hijos de padres no alcohólicos.
- Tampoco se encontraron diferencias estadísticamente significativas que indiquen que el grupo de hijos de alcohólicos presenta mayores problemas de conducta o que sean más indisciplinados en relación al grupo de hijos de no alcohólicos.

Lo anterior se concluyó a partir del análisis estadístico, sin embargo, es probable que tanto la prueba SEVIC-NIÑOS como el Cuestionario para Maestros no hayan sido lo suficientemente sensibles como para diferenciar el nivel de ansiedad y los problemas de conducta de ambos grupos, a pesar de ser instrumentos válidos y confiables.

No obstante, también debemos tomar en cuenta que el tamaño de la muestra fue apenas suficiente para poder realizar el análisis, además, que en cuanto al género, no se pudieron igualar los grupos, ya que en el grupo de niños sin padre alcohólico participaron en mayoría mujeres y en el grupo de niños con padre alcohólico mayoría de hombres, esto pudo haber elevado los puntajes de ansiedad en el grupo de hijos sin padre alcohólico como resultado de la interacción entre variables biológicas y culturales que en ocasiones acentúan la prevalencia de miedos y ansiedad en las niñas (Echeburúa, 1998).

En cuanto al Cuestionario aplicado a los maestros, es sabido que, obtener información mediante informes de personas del entorno del niño (como profesores o padres) es una herramienta que ha sido utilizada para identificar los factores que motivan conductas

inapropiadas, ya que éstas personas interactúan con el niño a un nivel regular, pudiendo evaluar la conducta basándose en dimensiones como intensidad y frecuencia (Reep, 2000). Puesto que en el cuestionario para maestros sólo se evaluaron la frecuencia de las conductas problema, algunas de éstas resultaron ser una característica propia de la edad como platicar en clase o jugar a jalonearse, que entre los niños es una actividad común.

Otro punto que se debe tomar en cuenta, es el criterio de los maestros al evaluar a los niños, dado que no es la misma frecuencia de conductas en uno y otros grupos, ya que un niño que puede ser muy indisciplinado para un profesor, para otro no lo es tanto porque pudiera haber niños que se comporten peor. Como Kessel (1991) encontró al interrogar a los maestros de los niños de familias de alcohólicos, el 48 % son niños problema, comparado con el 10% de los hijos de hogares no alcohólicos; una cifra similar en cuanto a porcentaje no pudo ser observada en esta tesis.

Si embargo, como parte de esta investigación se realizó un análisis cualitativo en donde encontramos información que marca diferencias entre uno y otro grupo. Inclusive, dentro del propio grupo de hijos de alcohólicos hay características y actitudes que se acentúan más en ciertos niños, lo que nos lleva a considerar que los efectos del consumo exagerado de uno de los padres sobre los hijos, dependen de la personalidad del niño, de las actitudes del padre alcohólico y del que no lo es, así como de las diversas situaciones estresantes que se viven en casa (Gradillas, 2001).

Esto no significa que a algunos niños no les afecte la situación familiar, sino que presentan una forma diferente de reaccionar y comportarse, incluso algunos pueden mostrarse más vulnerables y sensibles ante las circunstancias y acontecimientos diarios, ya que el entorno en el que se desenvuelvan y la manera como funcione su familia

determinarán su estructuración biopsicosocial (Chavez, 1984) por lo que en un hogar donde los padres son los principales modelos a seguir, el contexto llega a convertirse en una fuente positiva o negativa de adaptación.

En esta investigación nunca se tuvo la finalidad de diagnosticar a los niños conforme a los trastornos de conducta que presenta el DSM IV TR (2000), simplemente se pretendía destacar las características comportamentales en los hijos de alcohólicos y obtuvimos ciertas conductas que por sí solas no dieron indicio de trastorno conductual.

Dentro del grupo de familia alcohólica hemos destacado que existen diferencias intragrupalas, comenzando por la muestra donde 4 de los niños tienen madres en el grupo Al- Anon, estos niños destacaron por lo siguiente:

- Dos de ellos con puntajes altos de ansiedad e indisciplinados
- Uno de ellos con puntajes bajos de ansiedad y disciplinado
- Una de ellos con puntaje elevado de ansiedad y disciplinada.

En el caso de la niña con madre alcohólica y padre sin alcoholismo:

- Puntaje alto de ansiedad, y no alcanza la calificación de indisciplinada, sin embargo, su maestra sí la describió como tal.

En cuanto a los hermanos con padre y madre alcohólicos, tenemos:

- El hermano mayor con puntaje alto de ansiedad y no alcanzó calificación de indisciplinado, pero lo reportaron como tal.

- El hermano menor presentó bajo puntaje de ansiedad y calificó como disciplinado.

El resto de los niños tienen padre alcohólico y su madre está en terapia psicológica y presentaron:

- Puntajes altos de ansiedad y la mayoría calificó como disciplinado, aunque algunos están en los límites de pasar a la siguiente categoría.

Sabemos que la situación que se vive en el hogar alcohólico no será la misma que en un hogar sin esta influencia, puesto que las experiencias de vida serán muy distintas tan sólo por el simple hecho de convivir con un alcohólico; y si a esto le agregamos el factor imitación y aprendizaje, encontramos que tener un padre o una madre ansiosos contribuirán a aumentar la ansiedad de los niños en especial si comparten sus propias ansiedades con ellos (Dacey y Fiore, 2003; Biederman, Manzini y Turner, citados en Bobes et, al, 2003; Klein, citado en Bobes, et, al, 2002; Solloa, 2001; Eysenk, citado en Martínez,1994).

Hemos mencionado que las esposas de alcohólicos dicen mantenerse a ellas mismas y a sus hijos en un estado de ansiedad, confusión e inseguridad constantes, factores que probablemente elevaron los niveles de ansiedad en el grupo de hijos de alcohólicos, no sólo como puntaje total, mas bien como indicadores de ésta; y es aquí donde encontramos que los hijos de alcohólicos tienen mayores dificultades para concentrarse y mantener su atención, causándoles bloqueos y olvidos, impidiéndoles terminar sus actividades (Loosli, citado en Méndez, 2005). Disminuyendo así el desarrollo de sus

capacidades intelectuales, incrementando el neuroticismo y los problemas de conducta (Plant, et, al, 1989).

En lo que se refiere al estado emocional de los hijos de alcohólicos, éstos dijeron sentir más tristeza, miedos e inseguridad, y Secades (1998) agrega rigidez, perfeccionismo, deseos de controlar, baja autoestima y resentimientos, aunado a que el alcohólico mantiene a la familia en una especie de “montaña rusa” donde las altas y bajas tienden a agudizarse cada vez más en los estados de ánimo, manteniendo a los niños en estado de confusión y nerviosismo al no saber cuál será el humor en el que se encontrarán sus padres (González, 1988), y agregamos que si éstos se comportan como personas preocupadas, débiles e indefensas, suelen contribuir aún más a los temores de sus hijos.

Slavina (1979) indica que la familia suele ser una de las causas del brote de las reacciones de indisciplina, ya que las malas reacciones de los padres entre sí o de padres con hijos, serán motivos de disgustos y conflictos, por lo que las conductas de indisciplina, aún en los casos en que se tiene por causa penosas reacciones emocionales suscitadas en la familia, se manifestarán también en la escuela.

También debemos considerar que las tensiones no solo se presentan como conducta anormal y perturbadora en la escuela, puesto que en este trabajo los profesores sólo fueron cuestionados en relación al comportamiento de los niños, y no se les preguntó sobre el estado de salud de éstos. Se encontró que los hijos de alcohólicos manifestaron mayores problemas físicos y malestares estomacales, y se ha encontrado que en general, presentan también mayor número de trastornos del desarrollo, emocionales y escolares (En la Comunidad Encuentro, 1998).

Como parte de las manifestaciones de ansiedad en los hijos de alcohólicos se registraron mayores síntomas fisiológicos como dificultades para orinar y controlar esfínteres; Wolman (1979) en sus trabajos, encontró además sudoración, pulso y respiración más rápidos.

Todo esto nos lleva a cuestionarnos ¿Qué es lo que marca tantas diferencias entre ellos? No tenemos una sola respuesta a esta pregunta, considerando que cada familia, sus miembros, edades, apegos, apoyos, actividades, condición económica, social, física y psicológica, van marcando estilos que fomentan o merman el desarrollo individual de cada niño.

Por lo anterior y los estudios realizados por diversos autores podemos concluir que el factor alcoholismo dentro de una familia influye de manera negativa en ésta, no sólo a nivel emocional y escolar (en el caso de los niños) sino también a nivel aprendizaje el cual, siempre estará presente en todas las conductas.

Por eso, la importancia de la educación en la prevención de las adicciones desde la infancia, y la adolescencia a fin de evitar el alcoholismo y sobre todo que los hijos de alcohólicos, al crecer reproduzcan en sus propias familias los problemas que ellos mismos vivieron y donde el modelo del padre alcohólico prevalece; como sucede con las madres Al-Anon, ya que sólo conocen las relaciones perturbadas que vivieron en su infancia.

Kessel y Walton (1991) coinciden en que un padre alcohólico proporciona un modelo de personalidad inservible, por lo que los niños son más proclives a tener desórdenes de comportamiento y mayor riesgo de caer en el alcoholismo en la vida adulta.

No debemos olvidar que en las familias con padres alcohólicos no existe un problema de quien bebe en exceso, es una problemática que “enferma” a todos los que lo rodean, por lo tanto, la atención no debe centrarse únicamente en la abstinencia del alcohólico, en los problemas maritales o en los problemas escolares y emocionales de los hijos, la atención oportuna e integral es esencial cuando la familia desea recuperarse y reencontrarse a sí misma.

## 7. CONCLUSIONES

Puesto que las hipótesis fueron rechazadas y no se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas, nos remontamos a la parte cualitativa y adicional que se obtuvo a partir de las experiencias recopiladas en Al-Anon, podemos concluir que los hijos de alcohólicos sí presentan dificultades de comportamiento, no solamente a nivel escolar, sino también emocional en cuanto a las manifestaciones de ansiedad que ellos mismos dijeron sentir.

Asimismo, debemos ser cuidadosos cuando un niño presenta estas características, ya que algunas se deben a conductas propias de la edad y otras sí se presenta como parte de un trastorno de la infancia, por lo que si un niño con padre alcohólico manifiesta alguna de las conductas reportadas en este trabajo, debemos verificar la frecuencia e intensidad, y si está ligada a factores identificados como ajenos al alcoholismo de sus familiares, para evitar caer en errores de diagnóstico.

De igual manera, no debemos generalizar la sintomatología presentada en esta investigación, puesto que, como se ha mencionado anteriormente, hay varios factores que determinan el desarrollo biopsicosocial de los niños y no existe una regla que determine que todos los hijos de alcohólicos presentarán problemas conductuales y de ansiedad.

## **8. LIMITACIONES Y SUGERENCIAS**

Durante la realización de este trabajo, la principal limitación fue reunir la muestra que tuviera las características: tener uno o ambos padres alcohólicos y tener entre 9 y 12 años, por lo que se tuvo que ampliar el rango a partir de los 8 años de edad, y se encontraron varios hijos de alcohólicos que sobrepasaban la edad, por lo que fueron descartados. En lo que respecta a los grupos Al-Anon, también se presentó este problema, ya que las participantes sí estaban dispuestas a colaborar en la investigación, siempre y cuando se respetara el anonimato de éstas y sus hijos, pero ellos habían pasado la edad requerida.

En relación a los grupos de Alcohólicos Anónimos, los asistentes no mostraron disponibilidad para autorizar que sus hijos fueran evaluados, argumentando que se violaba el anonimato de su grupo, y uno de sus principios es no participar en investigaciones.

Otra limitante fue el instrumento SEVIC-NIÑOS, del que no se obtuvieron las normas de calificación, por lo que no se pudo clasificar a los niños por el puntaje de ansiedad obtenido.

Finalmente, los grupos no pudieron igualarse en cuanto al género, lo que probablemente generó un sesgo en cuanto a las características de los grupos.

También es importante destacar que el SEVIC-NIÑOS es un instrumento que los niños tal vez pudieron manipular, al encontrar reactivos que reportan conductas que no quieren

que se sepan presentan (por ejemplo enuresis, berrinches, enojos, etcétera) por temor a la crítica, pudiendo negar muchas de las respuestas que quizá eran afirmativas.

Se sugiere que en siguientes investigaciones se utilicen otros instrumentos de evaluación a fin de obtener nuevas evidencias que ayuden a confirmar o no estos resultados.

De igual manera se sugiere investigar los niveles de ansiedad de los padres, principalmente de las madres y correlacionarlos con los niveles de ansiedad de los hijos, con la finalidad de obtener evidencias que apoye la idea de que las madres transmiten sus propios miedos y ansiedades a sus hijos.

Por último podrían investigarse niños con padres alcohólicos de familias Al-Anon y familias sin este grupo de autoayuda, y comparar cuáles son las diferencias en cuanto a la adaptación escolar y emocional.

## 9. REFERENCIAS

- 📖 Gradillas, V. (2001) **Los problemas del alcohol**, Málaga, España: Aljibe.
- 📖 Kessel, N. Walton, H. (1991), **Alcoholismo, cómo prevenirlo para evitar sus consecuencias**. México: Paidós.
- 📖 En la Comunidad Encuentro (1998) **Las Adicciones y las disfunciones en la familia**. México: Trillas.
- 📖 Secades, R. (1998) **Alcoholismo Juvenil, Prevención y tratamiento**. Madrid: Pirámide.
- 📖 Al-ANON Family Group Headquarters, INC, (1981) **Viviendo con un alcohólico con la ayuda de Al- Anon**. Nueva York: Al-Anon Family Group Headquarters, INC.
- 📖 Alcántara, H. (1999) **Como proteger a tus hijos contra las drogas**. México: Centros de Integración Juvenil.
- 📖 González, J. Manjarrez, M. (1988) **¿Me casé con un alcohólico? Cómo saberlo y qué hacer**. México: Concepto.
- 📖 Plant, M; Oxford, J y Grant, M. (1989) **“The effects on children and adolescents of parents excessive drinking: an international review”** Public Health Reports, 104 (5): 433-442.
- 📖 Merikangas, K; Leckman J; Prusoff B; Paulo D. y Weissman M. (1985) **“Familial transmission of depression and alcoholism”** Arch Gen Psychiatry, 42 (4): 367-372.
- 📖 Whitaker R; Orzol S. y Kahn R. (2006) **“Maternal mental health, substance use, and domestic violence in the year after delivery and subsequent behavior problems in children at age 3 years”** Arch Gen Psychiatry, 63 (5): 551-560.
- 📖 Zetteler, J; Stollery, B; Weinsen, A; y Lingford- Hughes, A (2006) **“Attentional bias for alcohol-related information in adolescents with alcohol-dependent parents”** Arch Gen Psychiatry,
- 📖 Bobes, J; Bousoño, M; G.-Portilla, M; Sáiz, P (2002) **Trastorno de ansiedad generalizada**. Barcelona, España: Ars Médica.
- 📖 Wolman, B. (1979) **El niño ante el temor, el miedo y el terror**. México: Lasser Press.
- 📖 Dacey, J; Fiore, L (2003) **El niño ansioso**. Barcelona, España: Dinámica.

- 📖 Martínez, C. (1994) **Trastorno del desarrollo emocional y del aprendizaje en los niños**. México: Ángeles editores.
- 📖 Solloa, L. (2001) **Trastornos Psicológicos en el niño: etiología, características, diagnóstico y tratamiento**. México: Trillas.
- 📖 Echeburúa, O. (1998) **Trastornos de ansiedad en la infancia**. Madrid: Pirámide.
- 📖 **DSMIV-TR, Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (2002)**  
Texto Revisado: Masson.
- 📖 Meares, A (1963) **The management of the anxious patient**. Estados Unidos de América: W.B. Saunders Company.
- 📖 Solloa, L. (2001) **Trastornos Psicológicos en el niño: etiología, características, diagnóstico y tratamiento**. 2ª edición México: Trillas.
- 📖 Reca, T. (1979) **La inadaptación escolar, problemas de conducta del niño en la escuela**. Buenos Aires: El Ateneo.
- 📖 Reep, A; Homer, R. (2000). **Análisis funcional de problemas de la conducta**. México: Paraninfo Thomson Learning.
- 📖 Driscoll, G. (1964) **Cómo estudiar la conducta de los niños**. Buenos Aires: Paidós.
- 📖 Bandrés, M; Renau, M; Jaraquemada, G; García, M. (1985) **La influencia del entorno educativo en el niño**. Madrid: Cincel.
- 📖 Wicks-Nelson, R Allen, I (2001) **Psicopatología del niño y del adolescente**. 3ª edición. Madrid: Prentice Hall.
- 📖 Marcelli, D; de Ajuriaguerra, J (2005). **Psicopatología del niño**. 3a edición. Barcelona: Masson.
- 📖 Shea, T. (1986) **La enseñanza en niños y adolescentes con problemas de conducta**. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.
- 📖 Servera, M. (2002) **Intervención en los trastornos del comportamiento infantil. Una perspectiva conductual de sistemas**. México: Pirámide.
- 📖 Wielkiewicz, R. (1999) **Manejo conductual en las escuelas, principios y métodos**. México: Limusa.
- 📖 Mam, Y. (1998) **Trastornos de Ansiedad en niños. Variables interactivas familiares y patrones de crianza predoctores de riesgo**. Tesis de Maestría, Facultad de Psicología, UNAM. México.

- 📖 Martínez, L. (2005) **Psicoterapia breve en grupo con niños de 10 a 11 años con rasgos ansiosos depresivos**. Tesis de Maestría, UNAM; México.
- 📖 Zanatta, C.E. (2001) **Ansiedad y Enfrentamiento, Perfil psicodiagnóstico de una comunidad estudiantil de nivel superior**. Tesis de Maestría, Facultad de Psicología, UNAM. México.
- 📖 Barreto, E; Romero, M. (1995) **La capacitación a padres de niños con problemas de conducta basada en la modificación de estilos de interacción**. Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología, UNAM, México.
- 📖 Estrada, C, O. (2002) **Efecto de las técnicas cognitivo conductuales en la ansiedad ante deportes, en niños que entrenan Karate-Do**. Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología, UNAM, México.
- 📖 Méndez, M (2005) **Nivel de Ansiedad en niños maltratados física o sexualmente**. Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología, UNAM, México.
- 📖 Díaz, S. (2002) **Test HTP en niños con bajo rendimiento e indisciplina. 2 formas de aplicación**. Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología, UNAM, México.
- 📖 Puente, A. (2003) **Aplicación de talleres reflexivo-vivenciales para padres de niños con problemas de conducta en el DIF-DF**. Reporte laboral, Facultad de Psicología, UNAM, México.
- 📖 Peters, E. (2005) **Percepción de madres y maestras en relación a la dinámica familiar y el bajo aprovechamiento escolar en niños de primaria**. Tesis de Maestría. Facultad de Psicología, UNAM, México.
- 📖 Becerra, C; Reséndiz, A. (2002) **Disminución de los problemas de conducta en el aula escolar por medio de una intervención conductual para maestros**. Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología, UNAM: México.
- 📖 Hernández, C; Medina, J; Rodríguez, L. (2000) **Estudio comparativo sobre frustración-agresión y su relación con problemas de indisciplina en niños escolares**. Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología, UNAM: México.
- 📖 Sosa, M, (1976) **La Actitud de los hijos hacia los padres alcohólicos**. Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología, UNAM, México.
- 📖 Chávez, M, (1984) **Estudio de los efectos del padre alcohólico en el desarrollo psicomotor y emocional en los niños**. Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología, UNAM, México.
- 📖 Barragán, L. (2005) **Modelo de intervención cognitivo-conductual para usuarios dependientes de alcohol y otras drogas**. Tesis de Doctorado, Facultad de Psicología, UNAM, México.
- 📖 Daniel, W (2002) **Bioestadística. Base para el análisis de las Ciencias de la Salud**. México: Editorial Limusa.

 American Psychological Association (APA) (1998) **Manual de Estilo de Publicaciones de la American Psychological Association (Adaptado al español por Editorial Manual Moderno.** México: Manual Moderno.

 Sampieri, R; Fernández-Collado, C; Baptista, P, (2006) **Metodología de la Investigación.** 4ta Edición, México: Mc Graw Hill Interamericana.

 [www.inegi.gob](http://www.inegi.gob)

## ANEXO 1

## ANEXOS

### CUESTIONARIO EXPLORATORIO (MAESTRO)

**Nombre del niño:**  
**Grado:**

**Edad:**

Este cuestionario tiene una serie de afirmaciones que se refieren a la conducta del alumno. Coloque una "X" en la respuesta que más se asemeje a la conducta del niño (a). Marque "Si" cuando la afirmación coincida con la conducta del niño, "No" cuando no coincida y "Algunas veces" cuando lo amerite.

	Si	No	Algunas veces
1. Le cuesta trabajo mantener la atención durante un periodo largo	( )	( )	( )
2. Tiene dificultades con sus compañeros y autoridades escolares debido a su comportamiento.	( )	( )	( )
3. Ha tenido problemas serios con algún compañero en los que incluso hayan surgido insultos y golpes	( )	( )	( )
4. Toma las cosas de otros y con frecuencia las daña.	( )	( )	( )
5. Platica mucho en clase distraendo a sus compañeros	( )	( )	( )
6. No obedece la mayoría de mis órdenes.	( )	( )	( )
7. Cuando juega con otros niños acostumbra jalonearlos	( )	( )	( )
8. Recibo quejas constantes de sus compañeros por molestarlos	( )	( )	( )
9. Cuando le llamo la atención contesta retadoramente	( )	( )	( )
10. Sin razón alguna grita frecuentemente	( )	( )	( )
11. Parece que le da gusto ser desobediente	( )	( )	( )
12. Se levanta de su lugar frecuentemente haciendo desorden	( )	( )	( )
13. Le gusta poner apodo a sus compañeros	( )	( )	( )
14. Por estar haciendo otras cosas no cumple con los quehaceres escolares	( )	( )	( )
15. Acusa a otros por sus propios errores y mal comportamiento	( )	( )	( )

## ANEXO 2

### SEVIC NIÑOS

Este cuestionario trata de ver cómo algunos problemas de salud pueden deberse a muchas de las cosas que hacemos todos los días. También se trata de buscar maneras de mejorar nuestra salud y la de nuestra familia.

Lo que tu contestes en el cuestionario nadie lo va a saber.

No tienes que escribir tu nombre.

Lo que contestes estará bien, pero se trata de que contestes con la verdad.

Esto no es un examen.

No hay respuestas buenas ni malas.

Esta investigación se hace para elaborar programas para ayudar a la gente.

Una cosa muy importante es que si tienes alguna pregunta, la hagas con toda confianza.

#### EJEMPLO:

Me gusta salir a pasear:

- a) Siempre o casi siempre ( )
- b) A veces ( )
- c) Nunca o casi nunca ( )

Si colocas la cruz (X) en el primer paréntesis quiere decir que:

Te gusta salir a pasear SIEMPRE O CASI SIEMPRE

Si colocas la cruz (X) en el segundo paréntesis quiere decir que:

Te gusta salir a pasear A VECES

Si colocas la cruz (X) en el tercer paréntesis significa que:

Te gusta salir a pasear NUNCA O CASI NUNCA.

1. No me puedo concentrar o me distraigo fácilmente  
Nunca o casi nunca ( )                      A veces ( )                      Siempre o casi siempre ( )
2. Me siento triste sin razón  
Nunca o casi nunca ( )                      A veces ( )                      Siempre o casi siempre ( )
3. Siento que no valgo mucho  
Nunca o casi nunca ( )                      A veces ( )                      Siempre o casi siempre ( )
4. Siento que no me salen las cosas que hago  
Siempre o casi siempre ( )                      A veces ( )                      Nunca o casi nunca ( )
5. Hay cosas que me hacen sentir mucho miedo o terror  
Nunca o casi nunca ( )                      A veces ( )                      Siempre o casi siempre ( )
6. Me preocupo mucho cuando tengo que hablar frente a gente que no conozco  
Siempre o casi siempre ( )                      A veces ( )                      Nunca o casi nunca ( )
7. A veces siento tanto miedo que quisiera salir corriendo  
Nunca o casi nunca ( )                      A veces ( )                      Siempre o casi siempre ( )
8. Me dan ganas de quedarme acostado todo el día, aunque haya dormido bien el la noche  
Siempre o casi siempre ( )                      A veces ( )                      Nunca o casi nunca ( )
9. Me duele el estómago, la panza o la barriga  
Siempre o casi siempre ( )                      A veces ( )                      Nunca o casi nunca ( )
10. Me da diarrea  
Siempre o casi siempre ( )                      A veces ( )                      Nunca o casi nunca ( )
11. Siento que me falta el aire aunque no esté haciendo ejercicio  
Nunca o casi nunca ( )                      A veces ( )                      Siempre o casi siempre ( )
12. Me dan dolores en el pecho  
Nunca o casi nunca ( )                      A veces ( )                      Siempre o casi siempre ( )
13. Me duelen los músculos, como si no los pudiera mover  
Siempre o casi siempre ( )                      A veces ( )                      Nunca o casi nunca ( )
14. Hay muchos alimentos que me hacen daño  
Siempre o casi siempre ( )                      A veces ( )                      Nunca o casi nunca ( )
15. Se me va la voz como si no pudiera hablar  
Siempre o casi siempre ( )                      A veces ( )                      Nunca o casi nunca ( )
16. A ratos no oigo nada, como si perdiera el oído  
Siempre o casi siempre ( )                      A veces ( )                      Nunca o casi nunca ( )
17. Pierdo la vista como si quedara ciego  
Siempre o casi siempre ( )                      A veces ( )                      Nunca o casi nunca ( )

18. Me cuesta trabajo tragar o pasar alimentos  
Siempre o casi siempre ( )      A veces ( )      Nunca o casi nunca ( )
19. Se me borra la vista o veo doble  
Siempre o casi siempre ( )      A veces ( )      Nunca o casi nunca ( )
20. Me cuesta trabajo caminar  
Siempre o casi siempre ( )      A veces ( )      Nunca o casi nunca ( )
21. Me cuesta trabajo hacer pipí  
Siempre o casi siempre ( )      A veces ( )      Nunca o casi nunca ( )
22. Me cuesta trabajo dormir  
Siempre o casi siempre ( )      A veces ( )      Nunca o casi nunca ( )
23. Me dan ganas de vomitar  
Nunca o casi nunca ( )      A veces ( )      Siempre o casi siempre ( )
24. Me siento inflado con gases en la barriga  
Nunca o casi nunca ( )      A veces ( )      Siempre o casi siempre ( )
25. Me dan dolores en las manos y los brazos, o en las piernas y los pies  
Nunca o casi nunca ( )      A veces ( )      Siempre o casi siempre ( )
26. Me dan dolores en la espalda  
Siempre o casi siempre ( )      A veces ( )      Nunca o casi nunca ( )
27. Me dan dolores de cabeza  
Nunca o casi nunca ( )      A veces ( )      Siempre o casi siempre ( )
28. Se me olvidan las cosas, la memoria me falla como si tuviera lagunas o huecos o espacios borrados  
Nunca o casi nunca ( )      A veces ( )      Siempre o casi siempre ( )
29. Tengo pesadillas o sueños que me asustan mucho  
Nunca o casi nunca ( )      A veces ( )      Siempre o casi siempre ( )
30. No se me antoja comer  
Siempre o casi siempre ( )      A veces ( )      Nunca o casi nunca ( )
31. Me muerdo las uñas  
Siempre o casi siempre ( )      A veces ( )      Nunca o casi nunca ( )
32. Me sudan las palmas de las manos  
Nunca o casi nunca ( )      A veces ( )      Siempre o casi siempre ( )
33. Me chupo el dedo  
Siempre o casi siempre ( )      A veces ( )      Nunca o casi nunca ( )
34. Soy un niño callado, me cuesta relacionarme con mis amigos  
Nunca o casi nunca ( )      A veces ( )      Siempre o casi siempre ( )

35. Me siento mal cuando me dejan mis padres en la escuela o en otro lugar y ellos no se quedan conmigo

Siempre o casi siempre ( )      A veces ( )      Nunca o casi nunca ( )

36. No puedo dormir sin que haya alguien a mi lado

Siempre o casi siempre ( )      A veces ( )      Nunca o casi nunca ( )

37. Me cuesta trabajo hablar en la escuela, en la clase o con mis compañeros

Siempre o casi siempre ( )      A veces ( )      Nunca o casi nunca ( )

38. Cuando me enojo mucho, grito o insulto

Siempre o casi siempre ( )      A veces ( )      Nunca o casi nunca ( )

39. Cuando me enojo mucho golpeo

Nunca o casi nunca ( )      A veces ( )      Siempre o casi siempre ( )

40. La gente que me conoce piensa que soy muy enojón

Siempre o casi siempre ( )      A veces ( )      Nunca o casi nunca ( )

41. Me hago pipí en la cama o en cualquier otro lugar que no sea el excusado

Siempre o casi siempre ( )      A veces ( )      Nunca o casi nunca ( )

42. Me hago popo en la ropa

Nunca o casi nunca ( )      A veces ( )      Siempre o casi siempre ( )

43. Soy rebelde y hago berrinches

Nunca o casi nunca ( )      A veces ( )      Siempre o casi siempre ( )

44. Mi edad

7 años ( )      8 años ( )      9 años ( )      10 años ( )      11 años o más ( )

45. Sexo

Hombre ( )      Mujer ( )

46. Actualmente asisto a:

Primero de primaria ( )

Segundo de primaria ( )

Tercero de primaria ( )

Cuarto de primaria ( )

Quinto de primaria ( )

Sexto de primaria ( )

**ANEXO 3****PUNTAJE Y CLASIFICACION OBTENIDOS EN EL CUESTIONARIO PARA MAESTROS**

n	Niños con padre alcohólico		Niños sin padre alcohólico	
	Puntaje	Clasificación	Puntaje	Clasificación
1*	25	Indisciplinado	16	Indisciplinado
2	4	Disciplinado	2	Disciplinado
3*	20	Indisciplinado	1	Disciplinado
4	12	Disciplinado	0	Disciplinado
5	5	Disciplinado	1	Disciplinado
6	7	Disciplinado	18	Indisciplinado
7	14	Disciplinado	25	Indisciplinado
8"	11	Disciplinado	5	Disciplinado
9*	3	Disciplinado	20	Indisciplinado
10	22	Indisciplinado	10	Disciplinado
11	14	Disciplinado	0	Disciplinado
12*	6	Disciplinado	10	Disciplinado
13/	0	Disciplinado	11	Disciplinado
14/	10	Disciplinado	6	Disciplinado
15	25	Indisciplinado	6	Disciplinado
16	11	Disciplinado	5	Disciplinado

**PUNTAJES DEL CUESTIONARIO SEVIC-NIÑOS  
(Nivel de Ansiedad)**

n	Niños con padre alcohólico	Niños sin padre alcohólico
1*	32	33
2	20	16
3*	37	36
4	33	30
5	40	37
6	32	47
7	46	26
8"	33	12
9*	41	29
10	39	33
11	28	27
12*	12	30
13/	10	26
14/	36	38
15	36	23
16	31	23

\*Hijos de madres asistentes a Al-Anon

" Hija de madre alcohólica

/Hijos (hermanos) de madre y padre alcohólicos