



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA.**

**TEMA DE LA TESINA PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE PSICÓLOGO CLÍNICO.**

**INFLUENCIA DE LA CARENCIA AFECTIVA EN LA CONDUCTA
NEGATIVISTA DE LOS NIÑOS/AS DE 4 A 6 AÑOS DE EDAD, CON
RESPECTO A LAS MADRES EDUCADORAS ENCARGADAS DE SU
CUIDADO EN EL "INNFA" DE LA CIUDAD DE RIOBAMBA,
PERÍODO JUNIO - SEPTIEMBRE 2010.**

POR:

**CHOTO GUALLAN ROBERTO
REINO CALDERÓN VICTOR PAUL**

TUTOR. DR. BYRON BOADA.

Riobamba - Ecuador

ACEPTACIÓN DEL TUTOR

Por la presente, hago constar que he leído el protocolo del Proyecto de Grado presentado por los Srs. CHOTO GUALLAN ROBERTO y REINO CALDERÓN VÍCTOR PAÚL, para optar por el Título de PSICÓLOGO CLÍNICO y que acepto asesorar a los estudiantes en calidad de Tutor, durante la etapa del desarrollo del trabajo hasta su presentación y evaluación.

Riobamba, 16 de Junio del 2010.

.....

Dr. Byron Boada.

DERECHO DE AUTORÍA

Nosotros, **REINO CALDERÓN VÍCTOR PAÚL Y CHOTO GUALLAN ROBERTO**, somos Responsables de todo el contenido de este trabajo investigativo, los derechos de autoría pertenecen a la Universidad Nacional de Chimborazo.

AGRADECIMIENTO

Agradecemos de manera general a todos los docentes que durante nuestra vida universitaria nos impartieron sus conocimientos, de tal forma que nos han permitido crecer como profesionales para desenvolvernos en el ámbito laboral con excelencia.

Choto Guallan Roberto

Reino Calderón Víctor Paul

RESUMEN

“Influencia de la carencia afectiva en la conducta negativista de los niños/as de 4 a 6 años de edad, con respecto a las madres educadoras encargadas de su cuidado...” es el tema de investigación en el presente trabajo. La afectividad constituye el principal factor de desarrollo del niño dentro del sistema familiar. El niño necesita del afecto de sus padres, soporte que contribuye a desarrollar un esquema emocional y cognitivo óptimo, mismo que es alterado por la carencia de afectividad, cuyas principales manifestaciones como los sentimientos, las emociones y los pensamientos distorsionados conducen evolutivamente a un comportamiento que se puede considerar anormal o patológico. Entendiéndose que, el niño debe desarrollarse en un ambiente familiar funcional o nutridor, libre del maltrato y el ausentismo de los padres. Por la carencia afectiva el niño desarrolla conductas, negativas reflejadas en agresividad, oposicionismo, desadaptación al medio, irrespeto a la autoridad, manifestaciones disociales y depresivas. En la investigación se empleó el método clínico, a través de la observación y la entrevista (clínicas), y además la encuesta, en la Casa Hogar “San Carlos” del MIES “INNFA” de la ciudad de Riobamba. Estudio realizado en ocho (casos) niños/as abandonados/as y maltratados/as, llegando a la conclusión de que, la carencia afectiva influye en los trastornos de conducta y afectivos, reflejando por lo tanto los niños agresividad, ansiedad y tristeza. El objetivo del estudio no es solo analizar el problema y etiquetar los casos con criterios diagnósticos, si no plantear las correspondientes alternativas de solución, partiendo primeramente de la prevención, de ahí que, la Escuela de Psicología Clínica con su cuerpo docente y estudiantes deben acercarse a los grupos sociales vulnerables, para fomentar la Salud mental en las familias (educándolas), ejecutando así la “Vinculación con la comunidad”.

SUMARY

"Influence of emotional deprivation in oppositional behavior of children aged 4 to 6 years of age with respect to educating mothers care for you ..." is the subject of investigation in this work. Affectivity is the major factor in the development of children within the family system. The child needs parental affection, support, helping to develop an optimal emotional and cognitive framework, it is altered by the lack of affection, whose main manifestations and the feelings, emotions and distorted thoughts lead to behavior that evolutionarily may be considered abnormal or pathological. Provided that the child must develop in a functional family environment or nurturer, free from abuse and absentee parents. For the lack of affection the child develops behavior, reflected in negative aggression, oppositional, maladjustment to the environment, disrespect for authority, and depressive manifestations dissocial. In the investigation we used the clinical method, through observation and interview (clinical), and also the survey in the Home "San Carlos" the harvest "INNFA" of the city of Riobamba. Study in eight (cases) children abandoned, girls and abused / as, concluding that the emotional deprivation influences behavior and emotional disorders, thus reflecting the aggressive children, anxiety and sadness. The aim of the study is not only analyze the problem and label the cases with diagnostic criteria, if not raise the relevant alternative solutions, based primarily on prevention, hence, the School of Clinical Psychology with its faculty and students should approach vulnerable social groups, to promote mental health in families (educators), executing and the "Linking with the community."

ÍNDICE

ACEPTACIÓN DEL TUTOR.....	II
DERECHO DE AUTORÍA.....	III
AGRADECIMIENTO.....	IV
RESUMEN.....	V
SUMARY.....	VI
INDICE.....	VII
ÍNDICE DE CUADROS.....	XI
INDICE DE GRAFICOS.....	XIV
INTRODUCCIÓN.....	XVI

CAPÍTULO I

1. PROBLEMATIZACIÓN.....	1
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	1
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	1
1.3. OBJETIVOS.....	1
1.3.1. OBJETIVO GENERAL.....	1
1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	1
1.4. JUSTIFICACIÓN.....	2

CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO.....	3
2.1. POSICIONAMIENTO TEÓRICO PERSONAL.....	3
2.2 FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.....	5
2.2.1 CARENCIA AFECTIVA.....	5
2.2.1.1. Carencia afectiva: definición y generalidades.....	5
2.2.1.2. Influencia.....	5

2.2.1.3. Carencia.....	5
2.2.1.4. La afectividad.....	6
2.2.1.5. Las emociones.....	7
2.2.1.6. La familia.....	7
2.2.2. CLASIFICACIÓN DE CARENCIA AFECTIVA.....	8
2.2.2.1.1. La carencia por discontinuidad.....	10
2.2.2.1.2. La carencia por distorsión.....	13
2.2.2.1.3. Características de la carencia por distorsión.....	14
2.2.2.2. Factores parentales.....	15
2.2.2.3. Cuadro clínico.....	16
2.2.3. CONDUCTA.....	20
2.2.4. EL TRASTORNO NEGATIVISTA DESAFIANTE.....	20
2.2.4.1. Que causa el trastorno negativista desafiante.....	21
2.2.4.2. Características y síntomas.....	21
2.2.4.3. Factores causales.....	23
2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS.....	24
2.4. HIPÓTESIS Y VARIABLES.....	26
2.4.1. Hipótesis.....	26
2.4.1. Variables.....	26
2.5. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	26

CAPÍTULO III

3. MARCO METODOLÓGICO.....	27
3.1. MÉTODO.....	27
3.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	27
3.3. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	27

3.4. TIPO DE ESTUDIO	27
3.5. POBLACIÓN Y MUESTRA	27
3.5.1. Población.....	27
3.5.2. Muestra.....	27
3.6. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	28
3.6.1 Observación clínica y entrevista.....	28
3.6.2. Encuesta estructurada de diagnóstico de conducta negativista.....	29
3.7. TÉCNICAS PARA EL PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN	31
3.8 PRESENTACIÓN DE CASOS	32
3.8.1. Informe psicológico (Infante “A”).....	32
3.8.2. Informe psicológico (Infante “B”).....	35
3.8.3. Informe psicológico (Infante “C”).....	38
3.8.4. Informe psicológico (Infante “D”).....	41
3.8.5. Informe psicológico (Infante “E”).....	44
3.8.6. Informe psicológico (Infante “F”).....	47
3.8.7. Informe psicológico (Infante “G”).....	50
3.8.8. Informe psicológico (Infante “H”).....	53
3.9. TABULACIÓN DE DATOS	56
3.9.1. Cuantificación de la evaluación clínica (informe psicológico) "carencia afectiva".....	56
3.9.1.1. Resultados de la cuantificación individual por pregunta en la evaluación clínica con respecto a la carencia afectiva de los casos estudiados.....	56
3.9.2. Cuantificación de la encuesta estructurada de diagnóstico de conducta negativista.....	64
3.9.2.1. Resultados de la cuantificación de la encuesta estructurada de diagnóstico de conducta negativista en los casos estudiados.....	65
3.10. RELACIÓN ENTRE LAS VARIABLES	75

3.10.1. Resultados relación entre las variables.....	76
--	----

CAPÍTULO IV

4.1. CONCLUSIONES.....	77
-------------------------------	-----------

4.2. RECOMENDACIONES.....	78
----------------------------------	-----------

CAPÍTULO V

5. BIBLIOGRAFÍA.....	79
-----------------------------	-----------

ANEXOS.....	81
--------------------	-----------

ÍNDICE DE CUADROS

CUADRO N° 1.	
Operacionalización De Las Variables.....	26
CUADRO N° 2.	
Escala Para Calificar La Existencia De Carencia Afectiva.....	29
CUADRO N° 3.	
Tabla de rangos según el número de preguntas contestadas positivamente.....	30
CUADRO N° 4.	
Seguimiento Semanal Del Caso "A".....	33
CUADRO N° 5.	
Seguimiento semanal del caso "B".....	36
CUADRO N° 6.	
Seguimiento Semanal Del Caso "C".....	39
CUADRO N° 7.	
Seguimiento Semanal Del Caso "D".....	42
CUADRO N° 8.	
Seguimiento Semanal Del Caso "E".....	45
CUADRO N° 9.	
Seguimiento semanal del caso "F".....	48
CUADRO N° 10.	
Seguimiento Semanal Del Caso "G".....	51
CUADRO N° 11.	
Seguimiento Semanal Del Caso "H".....	54
CUADRO N° 12.	
Cuantificación de la observación clínica (informe psicológico) "Carencia Afectiva".....	56
CUADRO N° 13.	
PREGUNTA N° 1. Ausentismo de la figura materna.....	57
CUADRO N° 14.	
PREGUNTA N° 2. Ausentismo de la figura paterna.....	58
CUADRO N° 15.	
PREGUNTA N° 3. Ausentismo de las dos figuras paternas.....	59

CUADRO N°. 16.	
PREGUNTA N°. 4. Negligencia familiar en el cuidado del niño.....	60
CUADRO N°. 17.	
PREGUNTA N°. 5. Maltrato físico.....	61
CUADRO N°. 18.	
PREGUNTA N°. 6. Maltrato verbal.....	62
CUADRO N°. 19.	
PREGUNTA N°. 7. Maltrato psicológico.....	63
CUADRO N°. 20.	
Cuantificación de la encuesta estructurada de diagnóstico de “Conducta Negativista”	64
CUADRO N°. 21.	
PREGUNTA N°. 1. Tiene rabietas frecuentes.....	65
CUADRO N°. 22.	
PREGUNTA N°. 2. Tiene excesivas discusiones con los adultos.....	66
CUADRO N°. 23.	
PREGUNTA N°. 3. Se niega a acceder a las solicitudes de los adultos.....	67
CUADRO N°. 24.	
PREGUNTA N°. 4. Cuestiona constantemente las normas; se niega cumplir las reglas.....	68
CUADRO N°. 25.	
PREGUNTA N°. 5. Su comportamiento está dirigido a molestar o enojar a los demás, incluyendo a los adultos.....	69
CUADRO N°. 26.	
PREGUNTA N°. 6. Culpa a otras personas por su mal comportamiento o errores.....	70
CUADRO N°. 27.	
PREGUNTA N°. 7. Los demás le causan fastidio con facilidad.....	71
CUADRO N°. 28.	
PREGUNTA N°. 8. Tiene frecuentemente una actitud de enojo.....	72
CUADRO N°. 29.	
PREGUNTA N°. 9. Habla con severidad o poca amabilidad.....	73
CUADRO N°. 30.	

PREGUNTA N°. 10. Se comporta deliberadamente, de forma que suscita conflicto emocional.....74

CUADRO N°. 31

Relación entre las variables.....75

ÍNDICE DE GRÁFICOS.

GRÁFICOS N°.1.

PREGUNTA N°. 1. Ausentismo de la figura materna.....57

GRÁFICOS N°. 2.

PREGUNTA N°. 2. Ausentismo de la figura paterna.....58

GRÁFICOS N°. 3.

PREGUNTA N°. 3. Ausentismo de las dos figuras paternas.....59

GRÁFICOS N°. 4.

PREGUNTA N°. 4. Negligencia familiar en el cuidado del niño.....60

GRÁFICOS N°. 5.

PREGUNTA N°. 5. Maltrato físico.....61

GRÁFICOS N°. 6.

PREGUNTA N°. 6. Maltrato verbal.....62

GRÁFICOS N°. 7.

PREGUNTA N°. 7. Maltrato psicológico.....63

GRÁFICOS N°. 8.

PREGUNTA N°. 1. Tiene rabieta frecuentes..... 65

GRÁFICOS N°. 9.

PREGUNTA N°. 2. Tiene excesivas discusiones con los adultos.....66

GRÁFICOS N°. 10.

PREGUNTA N°. 3. Se niega a acceder a las solicitudes de los adultos.....67

GRÁFICOS N°. 11.

PREGUNTA N°. 4. Cuestiona constantemente las normas; se niega cumplir las reglas.....68

GRÁFICOS N°. 12.

PREGUNTA N°. 5. Su comportamiento está dirigido a molestar o enojar a los demás, incluyendo a los adultos.....69

GRÁFICOS N°. 13.

PREGUNTA N°. 6. Culpa a otras personas por su mal comportamiento o errores.....70

GRÁFICOS N°. 14.

PREGUNTA N°. 7. Los demás le causan fastidio con facilidad.....71

GRÁFICOS N° 15.

PREGUNTA N° 8. Tiene frecuentemente una actitud de enojo.....72

GRÁFICOS N° 16.

PREGUNTA N° 9. Habla con severidad o poca amabilidad.....73

GRÁFICOS N° 17.

PREGUNTA N° 10. Se comporta deliberadamente, de forma que suscita conflicto emocional.....74

GRÁFICOS N° 18.

Relación entre las variables.....75

INTRODUCCIÓN.

La influencia de la carencia afectiva en la conducta negativista de los niños es un problema de salud mental relevante, debido fundamentalmente a la creciente prevalencia por la disfuncionalidad familiar, desencadenando problemas en el desarrollo social y académico, respecto de la segunda infancia.

La prevalencia de la “conducta negativista” registra un aumento en los últimos años, con cifras entre un 4 y 7%. El diagnóstico se basa principalmente en la evaluación clínica e información del entorno social del niño.

La terminología utilizada, tanto por clínicos como por investigadores en este campo es muy variada: desobediencia, agresividad, conductas desafiantes, problemas de conducta, conductas disruptivas, etc. Se emplea como terminología técnica para describir a los niños que cometen ofensas y/o generalmente cumplen criterios de conducta negativista.

Es importante diferenciar los problemas conductuales de menor severidad e intensidad que pueden aparecer en la primera infancia y que se pueden considerar evolutivamente normales.

Los trastornos de conducta son los diagnósticos psiquiátricos más frecuentes con una prevalencia que va en aumento, evidenciándose mayor índice debido a los cambios sociales, culturales, ambientales y familiares, evidentes en la actualidad por múltiples causas como: desorganización familiar, influencias sociales negativas, consumismo, problemas económicos, pérdida de valores,..., factores que contribuyen al desorden de la personalidad y la conducta, en los adultos y los niños.

La siguiente investigación está estructurada en cinco capítulos; Capítulo Primero “Problematización, Objetivos, Justificación”; Capítulo Segundo “Marco Teórico, Carencia Afectiva, Trastorno Negativista Desafiante, Hipótesis y Variables”; Capítulo Tercero “Marco Metodológico, Población y Muestra, Presentación de Casos, Tabulación de datos, Relación de Variables”; Capítulo Cuatro “Conclusiones y Recomendaciones”; Capítulo Cinco “Bibliografía”.

CAPÍTULO I

1. PROBLEMATIZACIÓN.

1.1.PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Influencia de la carencia afectiva en la conducta negativista de los niños/as de 4 a 6 años de edad, con respecto a las madres educadoras encargadas de su cuidado en el “INNFA” de Riobamba, período junio - septiembre 2010.

1.2.FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.

¿Cómo influencia la carencia afectiva en la conducta negativista de los niños/as de 4 a 6 años de edad, con respecto a las madres educadoras encargadas de su cuidado en el “INNFA” de Riobamba?

1.3.OBJETIVOS.

1.3.1. OBJETIVO GENERAL.

Analizar la influencia de la carencia afectiva en la conducta negativista de los niños/as de 4 a 6 años de edad con respecto a las madres educadoras, encargadas de su cuidado en el “INNFA” de Riobamba.

1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- Determinar la carencia afectiva presentada en los niños/as de 4 a 6 años de edad institucionalizados/as en el “INNFA”, con respecto a las madres encargadas de su cuidado.
- Identificar la “conducta negativista” presentada en los niños/as de 4 a 6 años de edad del “INNFA”, con respecto a las madres educadoras encargadas de su cuidado.
- Relacionar la influencia de la carencia afectiva con la conducta negativista en los niños/as de 4 a 6 años de edad en el “INNFA” de Riobamba.

1.4.JUSTIFICACIÓN.

Al realizar nuestra pasantía en la casa hogar “San Carlos” del INNFA de la ciudad de Riobamba pudimos constatar que los niños presentaban carencia afectiva y problemas de conducta en un alto índice; las madres educadoras nos manifestaron que la desobediencia, las rabietas, el negativismo eran evidentes en los niños/as, observándose de esta forma trastornos de conducta.

Estos problemas pueden resultar muy perturbadores para los padres y para las madres educadoras encargadas de su cuidado, llegándose a establecer un vínculo relacional represivo. Problemas que lamentablemente parecen ir al alza, incrementándose su frecuencia, y lo que es más significativa la edad de inicio cada vez más temprana.

Por lo anotado, nace nuestro interés por la presente investigación, convencidos de que es un tema de importancia para estudiantes y profesional de la salud mental, siendo así, es esencial que se trabaje, primero para intervenir en la prevención y segundo para ofrecer el tratamiento psicoterapéutico requerido, justificándose el tema de la presente investigación. Además, no se han realizado estudios relativos a tesis, concernientes al tema **“Influencia de la carencia afectiva en la conducta negativista de los niños/as de cuatro a seis años de edad, con respecto a las madres educadoras encargadas de su cuidado en el INNFA de la ciudad de Riobamba...”** por parte de la Escuela de Psicología Clínica de la Universidad Nacional de Chimborazo, por lo tanto, no existe trabajo alguno similar en la biblioteca, hasta la presente fecha junio 2010.

CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO.

2.1.POSICIONAMIENTO TEÓRICO PERSONAL.

La influencia de la carencia afectiva en la conducta negativista y desafiante a menudo se manifiesta junto a otros trastornos como los trastornos del estado de ánimo, de ansiedad, de conducta y el trastorno hiperactivo con déficit de atención. Aumentando la necesidad de un diagnóstico y un tratamiento temprano.

Muchos padres dan por sentado que su hijo ha nacido así: "que le vamos a hacer..." e incluso son capaces de establecer paralelismo con otros miembros de su familia: "ha salido como su abuelo...". Todo ello parece denotar la sensación de impotencia para controlar la conducta de los niños por parte de los padres, situando el origen del problema en factores externos y no en ellos mismos. Lo que ignoran es que, habitualmente, conductas como la desobediencia están constantemente vivenciadas y son aprendidas por influencias que no son ajenas a los propios padres de familia.

Algunas expresiones conductuales como el llorar, gritar, patear, etc., son conductas instintivas en el recién nacido. En esta primera etapa dichas conductas tendrían un valor de supervivencia, ya que el bebé puede controlar la conducta de su madre en perspectiva para poder satisfacer sus necesidades más vitales como de alimento, calor, etc., de esta forma, si llora la madre acudirá.

Cuando el niño va creciendo irá sustituyendo estas conductas rudimentarias por nuevas habilidades de comunicación, al expresar verbalmente la petición. Sin embargo, en determinadas circunstancias los padres pueden favorecer para que el niño siga utilizando las estrategias rudimentarias de la primera infancia (rabietas, gritos, lloros) como forma de comunicación para controlar el comportamiento de la madre, en lugar de utilizar conductas más adecuadas.

Es el caso que, cuando los padres, en vez de prestar la debida atención a las conductas adecuadas del niño (mediante alabanzas o premios) sólo parecen reaccionar y atenderle cuando éste expresa su demanda en forma de rabieta o pataleta, momento en el que la madre acude, presta atención y normalmente cede ante sus exigencias. El hecho de atender rápidamente sólo a este tipo de comportamiento hace que estas conductas dominadoras por parte del niño se mantengan y perpetúen.

Por esto, con una adecuada educación se puede influir positivamente en el desarrollo psicosocial del niño/a.

2.2.FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.

2.2.1. CARENCIA AFECTIVA.

La carencia afectiva conlleva una serie de síntomas que aparecen durante la infancia y pueden mantenerse en la edad adulta si no hay una intervención terapéutica¹

2.2.1.1. Carencia afectiva definición y generalidades.

La carencia afectiva señala la situación en que se encuentra un niño que ha sufrido o sufre la privación de la relación con su madre, o de un sustituto materno, y que padece el déficit de atención afectiva necesaria en la edad temprana. La carencia afectiva o las alteraciones por carencia relacional se refieren a aquellas situaciones en que la maduración de la personalidad del niño se interfiere por la falta grave de estimulación afectiva. En el ser humano no existe la posibilidad de una maduración correcta sin el calor afectivo del amor, en circunstancias adversas la persona puede sentir no haber amado lo suficiente o no haber sido amado de forma adecuada. Estos sentimientos de malestar, que generalmente son transitorios, no constituyen el tema de la carencia afectiva en su sentido estricto. La carencia puede manifestarse cualitativamente de distintas formas y a través de diversas modalidades, sea por apatía y abandono o bien por situaciones de ruptura, separación de los padres, etc.

2.2.1.2. Influencia.

Definición: La influencia es la habilidad de ejercer poder (en cualquiera de sus formas) sobre alguien, de parte de una persona, un grupo o de un acontecimiento en particular.²

¹ Guex, (1973) y lamay (1979) dieron una descripción detallada de esta patología diferenciando los síntomas afectivos somáticos y cognoscitivos.

² Diccionario Enciclopédico Océano Uno Color

2.2.1.3. Carencia.

Definición: En su sentido más amplio, el término carencia se emplea para referir a aquella falta o la privación de algo que resulta indispensable y necesario.

La mayoría de las veces, una carencia, ya sea que corresponda al plano físico o al psíquico implicará una necesidad, en tanto, una necesidad resulta ser aquella situación en la cual un ser humano siente la falta de algo; cuando ese nivel de privación es realmente intenso, la misma termina transformándose en una necesidad.³

2.2.1.4. La afectividad.

Definición: Afectividad es el modo en que nos afectan interiormente las circunstancias que se producen a nuestro alrededor; está constituida por un conjunto de fenómenos de naturaleza subjetiva, diferentes de lo que es puro conocimiento, que suelen ser difíciles de verbalizar y provocan un cambio interior que se mueve entre dos polos opuestos: agrado-desagrado, alegría-tristeza, atracción- repulsa.

Capacidad de reacción de un sujeto ante los estímulos que provienen del medio externo o interno, cuyas principales manifestaciones son los sentimientos y las emociones.⁴

VELÁSQUEZ (1969). La afectividad es aquel conjunto del acontecer emocional que ocurre en la mente del hombre y se expresa a través del comportamiento emocional, los sentimientos y las pasiones. La afectividad es un conjunto de sentimientos inferiores y superiores, positivos y negativos, fugaces y permanentes que sitúan la totalidad de la persona ante el mundo exterior.

Hay cuatro características básicas que nos permiten delimitar la afectividad:

1. Es un estado subjetivo, interior, personal, en el que el protagonista es el propio individuo.

³ <http://www.psicopedagogia.com/definicion/carencia%20afectiva>

⁴ Diccionario de la lengua española © 2005 Espasa-Calpe:

2. Es algo experimentado personalmente por el sujeto que lo vive, es la situación afectiva de uno mismo en cada momento.
3. Tiene tres expresiones: emociones, sentimientos y pasiones. Se manifiesta por el estado de ánimo, que es el afecto fundamental o humor dominante.
4. Toda experiencia tiene una manifestación afectiva y deja un impacto o huella que persiste en la historia vital del individuo.

Al estado de ánimo normal se le llama eutímico. Las distimias son las alteraciones de este humor normal que puede desviarse en dos polos opuestos: en uno de ellos está la tristeza, la angustia, el tedio y la inhibición, y en el polo opuesto lo contrario: la alegría, el éxtasis, el entusiasmo y la exaltación.⁵

2.2.1.5. Las emociones.

Son una reacción afectiva que surge súbitamente ante un estímulo, durante un corto tiempo y comprende una serie de repercusiones psicocorporales.

La emoción (considerando especialmente como tal la emoción- choque, y distinguiéndola de la emoción- sentimiento) es un estado afectivo violento y pasajero, es un choque brusco que rompe el equilibrio psicofisiológico del sujeto.

Como todo fenómeno afectivo, la emoción puede presentarse con una tonalidad agradable o desagradable⁶

2.2.1.6. La familia.

La familia evidencia ser el sistema⁷ central del hombre: las principales identificaciones, los más importantes valores, los objetivos del ser humano, su adaptación social lo remiten a lo que sucedió y sucede en su familia.⁸

⁵ José M, Velásquez (1969), curso elemental de Psicología, profesor del instituto de la Víbora (la habana) – minerva books, Ltd., New York, N.Y., 10003, impreso en E.E.U.U., octava edición, pag.353.

⁶ José M, Velásquez(1969), curso elemental de Psicología, profesor del instituto de la Víbora (la habana) – minerva books, Ltd., New York, N.Y., 10003, impreso en E.E.U.U., octava edición, pag.353.

⁷ Hall y Fagen definen el sistema como "un conjunto de objetos de relaciones entre objetos y entre sus atributos" los objetos son los componentes o partes de sistemas, los atributos son las propiedades de los objetos de las relaciones "mantienen el

La vida familiar se parece un poco a un “iceberg”. Solo se percibe una pequeña parte de la totalidad – la parte que todos pueden ver y oír- y frecuentemente la gente cree que esa fracción representa la totalidad. Hay quienes sospechan que puede existir más pero no saben que es y mucho menos como descubrirlo.⁹

2.2.2. CLASIFICACIÓN DE CARENCIA AFECTIVA.

La ausencia grave de estimulación afectiva por parte de los adultos que juegan un rol relacional afectivo importante provoca la aparición de trastornos, no tan solo de la maduración sino también síntomas clínicos que se expresan en trastornos somáticos, afectivos y conductuales. La aparición de la clínica o bien la afectación madurativa del niño es lo que pone de manifiesto el carácter grave e intenso de la carencia afectiva. El término de "carencia afectiva", señala tanto la causa (déficit de estimulación afectivo-maternal) como la consecuencia (clínica somática, afectiva y conductual con retraso en la maduración afectiva del niño)¹⁰

BOWLBY (1962) La carencia afectiva se caracteriza por producir en el niño un estado psicológico de avidez afectiva y miedo de pérdida o de ser abandonado, tanto si ha padecido en la realidad una privación afectiva maternal como si lo ha sentido como tal. Permanece en un cierto estado de búsqueda afectiva, de necesidad de saturación, que se manifiesta por una actitud de reasegurarse de la existencia permanente del afecto del otro y así sentirse seguro.

Pueden considerarse distintas formas de carencia en cuidados maternos según las características relacionales entre la madre o el sustituto maternal y el niño:

- a) **Discontinuidad:** La carencia por discontinuidad aparece por la ruptura repetida de la relación establecida entre la madre o sustituto materno y el niño, ligada a cambios cualitativos en esta relación, por motivos diversos y a pesar de que la misma persona sea la que sigue atendiendo al niño físicamente (enfermedad súbita

sistema unido”. En: teoría de la comunicación humana. Watzlewicks y otros. Edit., heder, Barcelona, España. Segunda Edición, 1981, p. 117.

⁸ Stierlin Helm y otros. Terapia de familia (la primera entrevista) Barcelona, España. Edit. Gedisa, 1 era edición, 1981, p.21.

⁹ Satir Virginia. Relaciones Humanas en el Núcleo Familiar. México. Ed. Pax. Cuarta edición, 1983. Pág. 2

¹⁰ Satir Virginia. Relaciones Humanas en el Núcleo Familiar. México. Ed. Pax. Cuarta edición, 1983.

de la madre, desviación de la atención afectiva por la irrupción de otras necesidades en el seno de la familia, etc.).

b) Insuficiencia: Aparece este tipo de carencia, en el caso de negligencia manifiesta, es más frecuente en instituciones de asistencia o en el hospital. El niño no encuentra un sustituto maternal adecuado o recibe una modernización totalmente insuficiente y por ello no tiene posibilidades de interacción adecuada con una figura maternal.

c) Distorsión: El niño vive con su madre o un sustituto materno pero no tiene posibilidad de interacción adecuada con ella. No recibe los cuidados adecuados.¹¹

BOWLBY (1962) Diversos factores actúan sobre la perturbación relacional favoreciéndola o modificando su repercusión en el niño, en este sentido debe valorarse la existencia de:

a) Tiempo: La duración del trastorno o de la perturbación relacional en meses o en años.

b) Recuperación: La posibilidad de restablecer la relación correcta pasado el tiempo de perturbación.

c) Naturaleza: Según cuál sea el tipo de trastorno que ha padecido el niño (discontinuidad, insuficiencia o distorsión).

d) Edad: Según la edad el efecto y las consecuencias serán distintas.

e) Antecedentes: Según cuál sea el tipo de atención y cualidad de modernización previo a la experiencia de alteración relacional afectiva.

f) Intensidad: Si la alteración es parcial o total, fuerte o suave, se modificará también la respuesta.¹²

¹¹ BOWLBY, J. L/ anxiété de la séparation, Psychiatr, enf, 1962, vol 6 n° 1 p 317-335

¹² BOWLBY, J. L/ anxiété de la séparation, Psychiatr, enf, 1962, vol 6 n° 1 p 317-335

BOWLBY (1962) La valoración de estas variables permite conocer y evaluar la posible reversibilidad de la situación en que se encuentra el niño y las secuelas que de ello se puedan derivar.

La respuesta del niño oscila entre dos polos caracterizados por lo que podríamos llamar:

a) Respuesta "amante": Tiende a una relación de apego y dependencia hacia el otro y los demás. Está en actitud de demanda afectiva continúa.

b) Respuesta "agresiva": Reacciona en actitud de oposición- agresividad hacia el otro y los demás. Hay una necesidad constante de venganza.

Ambas reacciones pueden coexistir en un mismo individuo el cual presentará entonces una tendencia hacia la relación afectiva inestable e incoherente.

2.2.2.1.1. La carencia por discontinuidad.

BOWLBY (1962) La separación de la figura materna y del niño es un acontecimiento posible en las condiciones actuales de vida (hospitalización, divorcio, trabajo, viajes, etc.). La separación no es necesariamente generadora de carencia afectiva, pero puede eventualmente serlo si ésta se repite o no está suficientemente prevista, pues el niño no puede tener una relación satisfactoria con un sustituto materno a lo largo de una separación, relativamente larga.¹³

El período crítico de la separación es en el momento en que el niño distingue a su madre de los extraños y se une a ella y en el momento en que mantiene la unión con su madre aún estando lejos de ella, algunos autores sitúan este período entre 6 meses y 2 ó 3 años (BOWLBY) y, un límite de hasta 4 ó 5 años.

La reacción del niño durante la separación muestra una secuencia precisa. BOWLBY (1962) observó un grupo de niños hospitalizados de edades entre 15 y 30 meses que

¹³ BOWLBY, J. L/ anxiété de la separation, Psychiatr, enf, 1962, vol 6 n° 1 p 317-335

presentaban angustia de separación en tres fases sucesivas: protesta, desesperanza y desinterés.

Bowlby señala que hay una similitud entre la fase de desesperanza en la reacción a la separación del niño pequeño y las manifestaciones depresivas del adulto: humor disfórico, retraimiento social, falta de dinamismo, esto no quiere decir que exista una relación causal entre los dos.

Las observaciones de Bowlby en cuanto a las fases sucesivas han estado confirmadas posteriormente (Robertson 1962), otros estudios de niños de 6 meses a 4 años de edad demuestran que cuando la separación se prolonga, pueden manifestarse una serie de síntomas:

- Un enlentecimiento del desarrollo afectivo y cognitivo.
- Enfermedades físicas, entre otras una gran vulnerabilidad a las infecciones.
- Trastornos psicossomáticos tales como la anorexia, trastornos del sueño, etc.
- Síntomas de la línea depresiva: humor disfórico, auto desvalorización, falta de energía e interés.¹⁴

Las investigaciones han puesto de manifiesto los efectos de experiencias repetidas de separación de los padres y de cambios frecuentes de las figuras parentales. El niño se torna extremadamente sensible a las amenazas potenciales de separación y desarrolla un estado afectivo particular; está entre el deseo de unirse y el temor de perder al adulto. Mientras él puede tener reacciones opuestas aparentemente: por una parte distancia, oposición, agresividad; por otra, dependencia, inseguridad, ansiedad; el niño presenta una reacción de apego ansioso (Bowlby, Robertson).

Rutter (1974) relativizó las conclusiones de Bowlby y de Robertson señalando que no todos los niños se perturban en este momento. Reconoce que la total restitución de las personas responsables de los cuidados de los niños y del cambio de su entorno familiar en medio institucional pueden producir reacciones emotivas intensas, a corto o largo plazo. Pero

¹⁴ BOWBY, J. L. / anxiety de la separation, Psychiatr, enf, 1962, vol 6 n° 1 p 317-335

después de haber observado niños que habían sufrido separaciones provisionales de diferentes tipos y de duración variable, Rutter concluyó que se puede separar a los niños durante períodos de tiempo en la infancia sin que se produzcan aparentemente efectos nocivos a largo plazo, si el niño se puede beneficiar de sustitutos parentales satisfactorios durante la separación. Los niños separados de uno de sus padres al menos durante cuatro semanas consecutivas no tienen más riesgo de presentar trastornos del comportamiento o psiquiátricos que aquellos que no se han separado nunca; sin embargo, separados de sus dos padres tienen más riesgo de padecer las consecuencias.¹⁵

Rutter señala que no solo es la separación en sí misma, sino la razón de esta separación que tiene importancia. Cuando ésta es la consecuencia de conflictos o problemas familiares, los niños son cuatro veces más susceptibles de librarse de comportamientos antisociales que aquellos en que la separación es debida a vacaciones o a una enfermedad física. Los niños separados de sus dos padres tienen el riesgo de padecer efectos más nocivos si la relación de sus padres es considerada "muy mala", más que si es considerada "buena" o "bastante buena". Algunas experiencias de separación pueden ser beneficiosas, puesto que niños habituados a breves separaciones de naturaleza agradable (por ejemplo las vacaciones) tendrán menos problemas por separaciones desagradables.¹⁶

Ainswrth (1961) señala que el desarrollo del niño, después del retorno a las condiciones normales, depende de la edad en el momento de la separación y de la duración de la misma y será necesario añadir: si ha habido un sustituto maternal durante la separación, si ha mantenido contacto con los padres, de la cualidad adaptativa y de las relaciones antes del episodio de separación.¹⁷ Lemay (1979) concluye, a propósito de factores que pueden generar carencia afectiva: reactividad propia del sujeto, edad del primer abandono,

¹⁵ RUTTER, La separation parents-enfants: les effets psychologiques sur les enfants. Psychiatr, enf, 1974, vol. 17 n° 2 p. 479-514.

¹⁶ RUTTER, M La separation parents-enfants: les effets psychologiques sur les enfants. Psychiatr, enf, 1974, vol. 17 n° 2 p. 479-514.

¹⁷ AINSWORTH, M.D . Las repercusiones de la carencia materna, en La carencia de los cuidados maternales: reevaluacion de sus efectos, Geneve, OMS 1961, monografía n° 14 p. 95-168.

repetición de rupturas relacionales, inestabilidad de las secuencias espacio-temporales parecen ser los factores más traumatizantes en la génesis de un estado carencial grave.¹⁸

AINSWORTH (1961) indica igualmente que ciertas funciones afectivas o cognitivas pueden estar más dañadas que otras: ciertas alteraciones parecen ser menos fácilmente reversibles que otras: este es el caso de aquellas que afectan la función verbal, la función de abstracción y la aptitud para establecer lazos interpersonales profundos y durables. Los sectores más vulnerables son pues el desarrollo del lenguaje, la capacidad de generalización y las relaciones sociales.

BOWLBY (1962) se cuestiona las consecuencias a largo plazo de las separaciones y de las pérdidas sufridas durante la infancia; él cree que están en relación clínica con el desencadenamiento de trastornos psiquiátricos en la edad adulta: él hace una doble constatación a partir de un grupo de personas adultas.

- La pérdida de la madre por defunción, principalmente durante los cinco primeros años, y eventualmente durante los cinco años siguientes, es un antecedente significativamente frecuente en los pacientes de hospitales psiquiátricos y en las personas atendidas por neurosis (y sobretodo de depresión o trastornos psicósomáticos).
- La pérdida del padre por defunción es igualmente un acontecimiento que se encuentra en los antecedentes de personas que presentan trastornos psiquiátricos, pero en este caso, el período crítico se sitúa entre los cinco y diez años.¹⁹

BOWLBY considera que hay una correlación entre los duelos sufridos en la infancia (a consecuencia de la defunción de uno de los padres) y los estados depresivos presentes en la edad adulta, pero esta tesis general está cuestionada actualmente; en efecto, todos los autores admiten la correlación entre la pérdida de los padres y la aparición de un estado depresivo en la infancia, los investigadores no son concluyentes en lo concerniente a la relación existente entre la pérdida vivida durante la infancia y el desarrollo de la depresión

¹⁸ LEMAY, M. J' ai mal a ma mere, Paris, Fleurus, 1979.

¹⁹ BOWLBY, J. L/ anxiété de la separation, Psychiatr, enf, 1962, vol 6 n° 1 p 317-335

en la edad adulta. Solo es posible afirmar que la pérdida precoz de los padres torna eventualmente al sujeto más sensible y más frágil.²⁰

2.2.2.1.2. La carencia por distorsión.

“BOWLBY” Se trata de la carencia afectiva que el niño padece en el ámbito familiar, debido a condiciones socio-económicas difíciles o por falta de estimulación socio-cultural. El perfil de las familias presenta a menudo ciertas características asociadas a la pobreza afectiva:

- Las relaciones interparentales son conflictivas o incoherentes (violencia, alcoholismo).
- La pareja parental se separa y retorna en repetidas y transitorias ocasiones.
- La inserción laboral es problemática para los padres, y particularmente para la manutención familiar.
- La familia vive en unas condiciones materiales precarias.
- La familia está normalmente disociada: la madre se ocupa solo de los niños, el padre está ausente (separación, prisión).
- Las normas de funcionamiento familiar son relajadas o incoherentes; los niños se espabilan y crecen solos.
- Los cuidados físicos y afectivos dados a los niños no son justos ni suficientes, corresponden al mínimo vital.
- Los niños en función de la edad son, a veces, víctimas de negligencia física grave, o incluso de violencia o abusos físicos.

La carencia por distorsión no es debida necesariamente a la ausencia o separación de los padres, sino por una alternancia de dependencia extrema y hostilidad abierta e intensa. Las investigaciones empíricas y la observación clínica han permitido identificar las consecuencias de la carencia por distorsión sobre el desarrollo de sujetos en tales familias.

²⁰ BOWBY, J. *Attachement et perte*, 3 vol, Paris, PUF 1978-1980.

- En la edad preescolar y escolar: el niño presenta trastornos del lenguaje, y otros retardos importantes: problemas de elocución, pobreza de vocabulario, dificultades gramaticales y sintácticas.
- En la edad escolar: muchos niños presentan un retraso intelectual y trastornos de aprendizaje: se sitúa a menudo en un nivel de inteligencia límite o de debilidad ligera (CI entre 55 y 85), el niño tiene frecuentes fracasos escolares.²¹

2.2.2.1.3. Características de la carencia por distorsión.

“BOWLBY” Las situaciones de carencia por distorsión presentan diferentes características.

- 1) El niño que crece en una familia con problemas no es nunca investido por los demás como objeto distinto, pero es, a menudo, la proyección narcisista de los padres; sirve de soporte afectivo a los padres que lo necesitan para definirse como individuos. El niño responde a las necesidades cambiantes y pasajeras de los padres: tanto es reabsorbido y apropiado, como bejado y abandonado. El no puede desarrollar una autoestima y un sentimiento de validación personal bajo. Cuando el niño se convierte en adulto tendrá una capacidad parental limitada porque no habrá interiorizado una imagen parental válida.
- 2) El niño vive en un universo sin puntos de referencia precisos ni estables; el sentido de las cosas es fluctuante, vago, incoherente. Como el niño no ha sido un objeto de deseo significativo para los demás, los acontecimientos no tienen una significación continua. Los términos opuestos tales como amor/odio, presencia/ausencia, falta/satisfacción se confunden (clivaje): los adultos se quieren y se pelean, día a día, sin razón aparente. Los puntos de referencia fallan y la función psíquica, sobre todo se afecta la capacidad de simbolización.
- 3) Los niños y los adolescentes muestran, a menudo, un funcionamiento que en algunos aspectos recuerda al del niño límite (Bergeret, Kernberg). El fallo en el investimento narcisista está escondido por una adaptación aparente, un aparente conformismo social, produciéndose el paso al acto agresivo o depresión (trastornos del comportamiento, delincuencia, violencia verbal, amenazas suicidas). La

²¹ BOWBY, J. *Attachement et perte*, 3 vol, Paris, PUF 1978-1980.

personalidad del niño carencial no se estructura realmente en la línea neurótica o psicótica, pero la vida interior es pobre, las relaciones interpersonales son superficiales; los procesos mentales están mal organizados, mal definidos.²²

2.2.2.2. Factores parentales.

“BOWLBY” El concepto de carencia afectiva debe contemplar complementariamente la competencia o la capacidad parental. La literatura define la parentalidad a partir de una serie de componentes que pueden ser evaluados para saber si los padres son más o menos aptos para responder a los cuidados del niño.

- 1) **Los cuidados directos:** suministrar al niño los aportes necesarios en cuanto a alimentación, hábitat, vestido, higiene corporal y salud física.
- 2) **La protección:** vigilar y proteger al niño de las heridas, accidentes y peligros del mundo exterior en el ámbito físico y social.
- 3) **La estimulación:** facilitar al niño la vigencia de experiencias y de aprendizajes; juegos y libros, contactos sociales, salidas, etc.
- 4) **La empatía:** comprender las necesidades propias del niño y de su universo afectivo; estar atento a sus preguntas, demandas.
- 5) **La autoridad:** dar al niño unas normas de conducta propias de la realidad y sociedad en la que está inmerso.
- 6) **El afecto:** manifestar a través de palabras y gestos el afecto al niño, interesándose por lo que le ocurre y compartiendo las actividades y el tiempo con él.
- 7) **La aceptación:** aceptarlo tal cual es, como un ser inmaduro y en desarrollo; ser tolerante con sus comportamientos infantiles.

²² BOWBY, J. *Attachement et perte*, 3 vol, Paris, PUF 1978-1980.

8) La valorización: dejar al niño realizar sus adquisiciones y progresos; destacar y apoyar sus éxitos.²³

2.2.2.3. Cuadro clínico.

La carencia afectiva conlleva una serie de síntomas que aparecen durante la infancia y pueden mantenerse en la edad adulta si no hay una intervención terapéutica. Guex (1973) y Lamay (1979) dieron una descripción detallada de esta patología diferenciando los síntomas afectivos, somáticos y cognitivos.²⁴

1) Síntomas afectivos: la relación con los demás está alterada

a) Angustia de separación o por abandono: el niño con carencia afectiva teme que los otros le retiren su afecto; tiene la impresión de que le falta algo fundamental, indefinible: no quiere establecer lazos afectivos por temor a perder de nuevo el objeto de amor; él es sensible a cualquier situación susceptible de abandono. El sujeto toma medidas de protección ante el abandono, ya sea sometiéndose al otro (evita cualquier desacuerdo o reafirmación de sí mismo), ya sea rehusando el afecto o separándose prematuramente (el abandona para no ser abandonado, el destruye para no ser destruido)

b) Avidéz afectiva: el niño carencial exige sin límites: el no estima plenamente, pero reivindica constantemente, incluso tiraniza; exige no solo ser entendido sino también adivinado; duda de las intenciones de los demás y entiende siempre los hechos de manera ambigua; exige pruebas tangibles de afecto (regalos, gestos, palabras, etc.). No puede creer en el afecto de alguien que no lo manifieste constantemente: no se lo cree, no perdona la espera, la ausencia. Todo tiene un sentido, no existe el azar; no concibe que el otro pueda existir fuera de la relación con él: siempre siente una falta, un vacío importante.

c) Agresividad reactiva: la avidéz afectiva es tan masiva, el temor a la pérdida del objeto amoroso es tan intenso que todo se presta a la reivindicación que todo le parece una amenaza de frustración. El sujeto hace pagar a los demás sus sufrimientos pasados (reales o

²³ BOWBY, J. *Attachement et perte*, 3 vol, Paris, PUF 1978-1980.

²⁴ LEMAY, M. *J'ai mal à ma mere*, Paris, Fleurus, 1979.

imaginarios) de mil maneras. Somete constantemente a prueba el afecto de los demás: lo rechaza esperando que el insistirá, actitudes de dureza, palabras o gestos hirientes para saber hasta qué punto es estimado. La carencia afectiva somete a prueba hasta provocar la ruptura.

d) Actitud pasiva: el niño carencial se deja querer (como un niño por su madre), pero él no quiere; él es incapaz de darse. Se ha quedado en el estadio receptivo y captativo que recuerda la pasividad afectiva; es egocéntrico y quiere ser querido; es pasivo y dependiente, esperando recibir de los demás.

e) Sentimientos de desvalorización o baja autoestima: el niño carencial niega su valía, se considera como un fracasado, se destruye psíquicamente, se desprecia a sí mismo; se complace en el masoquismo de considerarse desgraciado, es una forma de culpabilizar a la madre o padre de su falta de afecto. Su autoestima es baja: el niño duda de si mismo en cuanto a despertar afecto o simpatía (nadie me quiere; no soy amable, lo que me ocurra no le preocupa a nadie), por lo que tiene una importante inseguridad: sentimiento obsesivo de exclusión, de no estar en ningún lugar, de molestar o estar de más a más.

f) Intolerancia a las frustraciones: Las prohibiciones o las privaciones impuestas por los demás son vividas como agresiones, injusticias. El niño carencial tiene dificultades para aceptar que en la realidad hay límites. Ciertas frustraciones son particularmente mal toleradas, tales como la ausencia temporal del ser amado, la privación de un plato deseado o el rechazo de permisos o libertades; el sujeto establece una equivalencia entre la persona amada, la comida y los regalos, a partir de su relación oral. Las prohibiciones son intolerables ya que son vividas como algo pasajero en un universo globalmente gratificante, pero que atenta a la integridad del sujeto, como signo evidente de ser rechazado.

Lemay (1979) resume los principales rasgos caracterológicos de la carencia afectiva: angustia de separación o abandono, deseo de relación exclusiva, intolerancia a toda

situación que recuerde el abandono, nostalgia de una madre total, sentimientos de pérdida y falta, temor al afecto y a su pérdida.²⁵

2) Síntomas somáticos: diversos trastornos somáticos pueden aparecer sobretodo en el cuadro de carencia afectiva severa.

a) Retardo estado-ponderal: el niño carencial puede presentar, sobretodo en el caso de un importante hipo estimulación afectiva, un retardo en el crecimiento físico que lo sitúa significativamente por debajo de la media de su edad. El sentimiento de abandono y tristeza explica que el niño tenga menor interés por la comida y que esté insuficientemente alimentado, no sintiéndose investido afectivamente por los padres nutridores. El retardo estado-ponderal no se explica solo por una carencia alimentaria sino por la pobreza afectiva en la relación durante la alimentación.

b) Propensión a enfermedades y accidentes: el niño carencial puede presentar menores resistencias a las infecciones dado que los mecanismos de defensa inmunológicos están menos desarrollados debido a la débil pulsión de vida. Por ello, el sentimiento de responsabilidad hacia su cuerpo no está muy desarrollado, es más negligente y puede, pues, contraer más fácilmente ciertas enfermedades o ser víctima de pequeños accidentes.

c) Alteración del esquema corporal : la integración de las diversas sensaciones corporales (cenestésicas) son defectuosas en general; la carencia afectiva no permite desarrollar una imagen corporal armónicamente organizada, integrada; se observan principalmente dificultades de la coordinación motora (por ejemplo en los deportes), una torpeza motriz global, síntomas de hiperactividad.²⁶

3) Síntomas cognitivos: las perturbaciones cognitivas aparecen en diferentes áreas.

a) Retardo intelectual: el niño carencial muestra normalmente un retardo intelectual con un IQ inferior a la media. Este retardo intelectual es debido a la falta de estimulación socio-

²⁵ LEMAY, M. *J'ai mal à ma mère*, Paris, Fleurus, 1979.

²⁶ LEMAY, M. *J'ai mal à ma mère*, Paris, Fleurus, 1979.

cultural durante la primera infancia (antes de los seis años). La inteligencia lenta o límite conlleva normalmente trastornos en el aprendizaje o déficit de rendimiento escolar.

b) Trastornos del lenguaje: el niño carencial muestra normalmente un retardo en el desarrollo del lenguaje, así como trastornos más específicos (trastornos en la articulación, retardo en el inicio de la palabra (del lenguaje)). El sujeto descuida la esfera de la verbalización en beneficio de la esfera de la acción; el vocabulario y la comunicación son pobres. Por ello, la prueba de inteligencia muestra una diferencia entre la parte verbal en la que demuestran las bajas capacidades de generalización y abstracción, y la parte no verbal en la que demuestran un pensamiento concreto y práctico suficiente. Las capacidades de mentalización están restringidas, mientras que el paso al acto está facilitado.

c) Desorientación temporal: el niño carencial difícilmente puede valorar el tiempo de una forma objetiva: considera los momentos agradables como demasiado cortos y los momentos desagradables como muy largos. Por ello, no puede llegar a construir una historia con un pasado y un futuro; tiene dificultades en situar en el tiempo las fechas importantes de su vida, o de acordarse de acontecimientos significativos que lo han marcado; también tiene dificultades en anticiparse al devenir y hacer proyectos realistas.²⁷

2.2.3. CONDUCTA.

La conducta es un conjunto de actos de un hombre o un animal exteriores y visibles para un observador. La conducta de un hombre revela, más que sus palabras, sus verdaderos pensamientos, sus propósitos y sus ideales.

“Todos y cada uno de los cambios que puede ocurrir en un organismo o en cualquier parte (Wolpe)”.

²⁷ LEMAY, M. J' ai mal a ma mere, Paris, Fleurus, 1979.

“Comportamiento observable del organismo como respuesta a una acción o estímulo, como elementos básicos se puede notar lo siguiente:

Estímulo, organismo y respuesta.-La conducta se lo puede predecir y controlar. Los fundamentos biológicos de la conducta se lo determinan por el funcionamiento del sistema nervioso y todos los procesos orgánicos fisiológicos resultantes de la integración del organismo en el medio ambiente. El desarrollo de la conducta se da a través de tres mecanismos: herencia, maduración y socialización.²⁸

2.2.4. EL TRASTORNO NEGATIVISTA DESAFIANTE

El trastorno negativista desafiante (su sigla en inglés es ODD) es un trastorno del comportamiento, normalmente diagnosticado en la niñez, que se caracteriza por comportamientos no cooperativos, desafiantes, negativos, irritables y enojados hacia los padres, compañeros, maestros y otras personas, en oposición a la autoridad. La angustia y la preocupación que los niños que tienen trastorno negativista desafiante provocan en los demás son mayores que las que ellos mismos experimentan.

Este niño con el trastorno que nos ocupa no atenta la reglas y normas privadas y públicas, como lo hace el niño con el típico trastorno de conducta o llamado también trastorno disocial, para que sea alteración se debe considerar la constancia, la duración y la manera persistente de su comportamiento, sobresaliendo el ser negativista, hostil, desafiante, provocador, fuera de los límites de la conducta normal en relación con otros niños de su misma edad.²⁹

2.2.4.1. Que causa el trastorno negativista desafiante.

Una teoría del desarrollo sugiere que los problemas comienzan cuando los niños tienen entre uno y dos años y medio de edad. Los niños que desarrollan el trastorno negativista desafiante pueden haber tenido dificultades para aprender a separarse de su figura de apego

²⁸ Lucio Balareso (1998), psicoterapia, asesoramiento y consejería, edición de la PUEC, Quito, Ecuador; pág. 89 a 91

²⁹ Oswalo Bolagey, (2001), psicología clínica y psicorrehabilitación infantil, editorial universitaria, Quito, Ecuador, pag.137

primaria y desarrollar habilidades autónomas. Las malas actitudes características del trastorno negativista desafiante se consideran una continuación de las cuestiones normales durante el desarrollo que no fueron resueltas adecuadamente en los primeros años de vida.

La teoría del aprendizaje sugiere, sin embargo, que las características negativas del trastorno negativista desafiante son actitudes aprendidas que reflejan los efectos de las técnicas de refuerzo negativo empleadas por los padres y personas en posición de autoridad. Se considera que el empleo de refuerzos negativos por parte de los padres incrementa la frecuencia e intensidad de los comportamientos opositores en el niño que de éste modo logra la atención, el tiempo, la preocupación y la interacción deseados con los padres o personas en posición de autoridad.

La presencia de otros factores tales como la inconsistencia en los estilos de crianza/disciplina o abandono extremo promueven la aparición de síntomas.³⁰

2.2.4.2. Características y síntomas.

Oswaldo Bolagey (2001) La mayoría de los síntomas observados en niños que tienen el trastorno negativista desafiante también se observa a veces en niños que no lo padecen, especialmente alrededor de los 2 a 3 años de edad, muchos niños, especialmente cuando están cansados, con hambre o disgustados tienden a desobedecer, discutir con sus padres y desafiar a la autoridad.

- **Se encoleriza y patatea a menudo.**- Constantemente reacciona con irritabilidad, enojo, zapateando, dando patadas a la pared, a muebles, con los puños contra la mesa o un sillón, puede elevar el tono de voz “grita”, ocasionalmente hace rabietas en el piso, a manera del popular berrinche, este es un acto que se puede realizar hasta los tres años de edad y todavía ser considerado como un acto normal, pero pasada esa edad, ya no, además se acompaña de gritos estremecedores y llanto y de ningún otro síntoma más, y es considerado con un cuadro exclusivamente para llamar la atención de los padres cuando le privan de alguna solicitud.

³⁰ Greenberg, M.T. (1999). Apego y Psicopatología in niños. New York: The Guilford Press.

- **Discute con los adultos.**- Así obtenga una respuesta adecuada, lo importante para él es hacer problema y tratar de “salirse con la suya”, indisponiendo a todos.
- **Desafía no acepta peticiones y normas de los adultos.**- Se opone activamente a la ejecución de actividades, horarios, salidas, hábitos, reglas impuestas por los padres u otros familiares, es común escuchar a las madres decir: “no quiere hacer nada, se niega y dice que hagan los hermanos o nosotros, no hace ni un solo mandado, los deberes hace en la noche y cuando se le reclama dice pégueme, hábleme”.
- **Hace deliberadamente acciones que fastidian a los demás.**- A propósito juega dentro de la sala cuando existe visitas, levanta el volumen cuando se está dialogando, ubica juguetes en la mesa en el momento de la alimentación, no se despierta pronto, rompe varias veces la punta de los lápices, se pone a rayar en el lugar de hacer los deberes, quita objetos a los hermanos cuando estos van a utilizar.
- **Acusa a otros de sus errores.**- Siempre dice mi hermano(a) fue y frente a ellos les critica sobre acciones que en realidad no cometieron, también puede reprochar a otros menores e incluso a personas adultas, niega haber hecho y culpa a los demás de sus realizaciones, provocando dificultades en el ambiente donde se encuentra (lógicamente es más frecuente el hogar).
- **Es susceptible y se molesta fácilmente.**- Frente a un término o a una frase que le mencionan o escucha, sin ser muy atentatoria o peyorativa, reacciona de inmediato con tristeza apenado y con enojo, peor si es culpado directamente de algún error propio, tiene un nivel bajo con relación a los niños de su edad para tolerar una situación frustrante (para otros no es frustrante mencionarle:” solo enojado pasas juega en el patio y no en la sala”).
- **Es rencoroso y reivindicativo usualmente.**- Le es difícil estar “de a buenas”, tiene pendiente cualquier acción o promesa aplicada negativamente que no fue cumplida, para que se lo cumpla o se lo haga nuevamente hasta más o menos quedar “satisfecho”, menciona acciones o consecuencias realizadas por el, que no lo pueden igualar y que otros no le pueden realizar y que sin embargo no son reconocidos, por ejemplo: “ hoy hice todos los deberes y me pegan, a mi hermano(a) nada “soy mejor que ella (el) y me gritan, por eso no les perdono”.

- **Está colérico y resentido.-** fácilmente pierde el control, desafía; provoca enfrentamiento con los adultos, con hermanos, con los compañeros se vuelve resentido (“no se olvida de lo que le dicen o lo que le hacen”) al mínimo estímulo y no lo supera prontamente en cualquier situación lo saca y lo reluce, se le hace difícil soportar la palabra “no” (pero el sí lo puede aplicar a cualquier momento), espera un momento, más luego, etc.
- **A menudo reniega y utiliza lenguaje obsceno.-** Se vuelve grosero, no colaborador, se resiste a la autoridad, desobediente y con el empleo de términos, frases, oraciones fuera de tono e impronunciable, por ejemplo: en lugar de decir glúteos o nalgas.....pechos o senos....., rostro.....,labios.....,utiliza términos equivalentes cuando se encuentra colérico, cuando le niegan algo, cuando observa y no lo obtiene, etc.³¹

2.2.4.3. Factores causales.

Oswaldo Bolagey (2001) También, se enfocaría el factor social, como:

- **Imposición educativa férrea.-** Se refiere a la actitud demostrada por la familia frente a la crianza y disciplina de los menores. En los cuales sobresale rigidez, don de mando, hostilidad. Padres detallistas, muy ordenados, perseverantes, “demasiado exigentes”.
- **Falta de cuidado familiar.-** Es casi lo opuesto de lo anterior, sin embargo de estar presente la familia no existe control para el menor, son típicos los padres del “dejar pasar dejar hacer”. sin mínimo de preocupación y disciplina, creció como popularmente se menciona “a la buena de dios”, pero mal.³²

³¹ Oswaldo Bolagey, (2001), psicología clínica y psicorrehabilitación infantil, editorial universitaria, Quito, Ecuador, pag.138 a la 140.

³² Oswaldo Bolagey, (2001), psicología clínica y psicorrehabilitación infantil, editorial universitaria, Quito, Ecuador, pag.138 a la 140.

2.3.DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS.

Ansiedad.

La ansiedad coloca a nuestro organismo en un estado en el cual reincrementan las facultades perceptivas ya sea porque tiene alguna necesidad o porque siente algún temor.³³

Apego.

Predisposición biológica al contacto cercano con figuras representativas.³⁴

Comportamiento.

Posiblemente, la definición más conocida y clásica sea la realizada por Watson (1924) según la cual la conducta es lo que el organismo hace o dice, incluyendo bajo esta denominación tanto la actividad externa como la interna, de acuerdo con su propia terminología.³⁵

Depresión.

s.f.(fr. dépression; ingl. depression; al. Depression, Gedrücktheit). Modificación profunda del humor en el sentido de la tristeza y del sufrimiento moral, correlativa de un desinvertimiento de toda actividad.³⁶

Teoría.

Una teoría es un sistema lógico compuesto de observaciones, axiomas y postulados que tienen como objetivo declarar bajo qué condiciones se desarrollarán ciertos supuestos, tomando como contexto una explicación del medio idóneo para que se desarrollen las predicciones. A raíz de éstas, se pueden especular, deducir y/o postular mediante ciertas reglas o razonamientos, otros posibles hechos.³⁷

³³ J. Díaz (2001). "problemas de conducta en la infancia o la LOGSE en el diván" Revista de Psiquiatría y Psicología del niño y el adolescente, vol 1 N° 1.

³⁴ Bowlby, J. (1982) Attachment and Loss: Vol 1. Attachment. New York: Basic Books

³⁵ Watson, J.B. (1924) Behaviorism. Nueva York: W. W. Norton. (Traducción en Paidós, Buenos Aires, 1961).

³⁶ Diccionario de Roudinesco

³⁷ Diccionario de la lengua española 2005 Espasa-calpe:

Diagnóstico.

Etimológicamente el concepto diagnóstico proviene del griego, tiene dos raíces, dia- que es a través de, por. Y gignoskein que es conocer, así etimológicamente diagnóstico significa conocer a través de. El concepto de este significado (imagen que representamos en la mente) es la identificación de la naturaleza o esencia de una situación o problema y de la causa posible o probable del mismo, es el análisis de la naturaleza de algo.³⁸

Estimulación.

Incitación o excitación de algo para acelerar un proceso o avivar una actividad.

Negativismo.

Trastorno del comportamiento caracterizada por oposición, resistencia, rechazo a cooperar incluso con las peticiones más razonables y tendencia a actuar de la forma contraria

Personalidad.

Conjunto de características o patrones que definen a una persona, es decir, los pensamientos, sentimientos, actitudes y hábitos y la conducta de cada individuo, que de manera muy particular, hacen que las personas sean diferentes a las demás.³⁹

Psicosocial.

La psicología social es una rama de la psicología que se ocupa especialmente y preferentemente del funcionamiento de los individuos en sus respectivos entornos sociales, es decir como partes integrantes de una sociedad o comunidad y como, tanto ser humano, como entorno en el cual se desarrolla este, contribuyen a determinarse entre sí.⁴⁰

Rabieta.

Impaciencia o enfado grande y de poca duración.⁴¹

³⁸ Silber, T. (1992). Manual de Medicina de la Adolescencia. Washington. Publicación de la OPS.

³⁹ Lauro Soto, Ensenada, BC, Mexico.

⁴⁰ Bowlby, J. (1982) Attachment and Loss: Vol 1. Attachment. New York: Basic Books

⁴¹ Diccionario de la lengua española 2005 Espasa-calpe:

2.4.HIPÓTESIS Y VARIABLES.

2.4.1. Hipótesis.

- La carencia afectiva influye en la conducta negativista de los niños/as de 4 a 6 años de edad con respecto a las madres educadoras, encargadas de su cuidado en el “INNFA”.

2.4.2. Variables.

Variable Independiente: Carencia Afectiva.

Variable Dependiente: Conducta Negativista.

2.5.OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.

CUADRO N°. 1

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE	CONCEPTO	CATEGORÍAS	INDICADORES	TÉCNICAS
INDEPENDIENTE Carencia afectiva	Carencia afectiva. Serie de síntomas que aparecen durante la infancia y pueden mantenerse en la edad adulta, determinada por: desapego familiar, ausentismo de una o dos figuras paternas, negación de actitud afectiva de los padres del niño/a.	Abandono. Familiar. Maltrato. Familiar. Desarrollo inadecuado de la personalidad.	-Depresión - Desadaptación al medio. -Carácter irritable, agresivo, reprimido.	Entrevista clínica. Observación clínica. Historia clínica. Encuesta. Informe.
DEPENDIENTE Conducta Negativista.	Conducta negativista “Comportamiento observable en el niño, mismo contraviene las normas, no acata las ordenes, hace berrinche...”	Trastorno de conducta en la infancia. Interfiere en el desarrollo social y académico del niño. Desarrollo inadecuado de la personalidad.	-Desadaptación al medio -Rechazo a las normas y a la autoridad.	Entrevista clínica. Observación clínica. Historia clínica. Encuesta. Informe.

CAPÍTULO III

3. MARCO METODOLÓGICO.

3.1. MÉTODO.

En esta investigación se utilizará el método deductivo- inductivo, el cual es un proceso de razonamiento lógico, en el que, partiendo de decisiones ya establecidas podemos inducir los efectos y explicaciones del tema de investigación, abordado en el presente trabajo, lo que nos permitirá acceder a datos confiables con respecto al presente trabajo.

3.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN

Por su naturaleza la investigación es Descriptiva Explicativa, ya que en la investigación se analiza y describe la realidad de los hechos en estudio.

3.3. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.

De campo y no Experimental, ya que se realizó en el medio en donde se encuentra el objeto de estudio (en la investigación).

3.4. TIPO DE ESTUDIO.

Transversal, por haberse realizado en un momento determinado, ya que interesa la situación, fundamentalmente en el momento del estudio

3.5 . POBLACIÓN Y MUESTRA.

3.5.1. Población.

La población para nuestro estudio comprende 8 niños/as (universo), en el rango de 4 a 6 años de edad, que se encuentran institucionalizados en el INNFA de la ciudad de Riobamba.

3.5.2. Muestra.

Por tratarse de una población pequeña no se requiere extraer muestra poblacional representativa. Los 8 niño/as constituyen el universo.

3.6. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la recolección de datos en la investigación se utilizaron:

1. El método clínico, con sus respectivas técnicas:

1.1 Observación Clínica.

1.2 Entrevista Clínica.

2. Instrumentos:

2.1 historias clínicas e informes.

2.2 encuestas.

3.6.1 Observación clínica y entrevista.

La evaluación a través de la observación clínica y entrevista permitió cumplir el primero y segundo objetivos específicos, determinando e identificando la existencia de “la carencia afectiva” presentada en los niños/as de 4 a 6 años de edad institucionalizados(as) en el INNFA, con respecto a las madres encargadas de su cuidado.

En la presentación de casos por medio de la observación clínica y la entrevista clínica se identificó si existió o no carencia afectiva, calificando parámetros como:

- Ausentismo de figura materna.
- Ausentismo de figura paterna.
- Ausentismo de las dos figuras paternas.
- Negligencia familiar en el cuidado del niño.

- Maltrato físico.
- Maltrato verbal.
- Maltrato psicológico.

Se realizó la siguiente escala para calificar la existencia de carencia afectiva en tres rangos: Bajo, Medio y Alto.

CUADRO N°. 2

ESCALA PARA CALIFICAR LA EXISTENCIA DE CARENCIA AFECTIVA.

Rango		Carencia Afectiva
0	33,33%	Baja
33,34%	66,66%	Media
66,67%	100%	Alta

Fuente: Evaluación Clínica, infantes institucionalizados en Casa Hogar “San Carlos” MIES INNFA.

Realizado por: Reino Paúl, Roberto Choto.

3.6.2. Encuesta estructurada de diagnóstico de conducta negativista.

La encuesta estructurada de diagnóstico de Conducta negativista permitió el cumplimiento del primero y segundo objetivo específico, reafirmando el grado de carencia afectiva y conducta negativista presentada en los niños(as) de 4 a 6 años de edad del INNFA, con respecto a las madres educadoras encargadas de su cuidado.

La encuesta se la formuló a partir de los síntomas que presentan los infantes que sufren negativismo desafiante. Tomando en cuenta a las dos madres educadoras que están a cargo de los niños(as).

La encuesta tiene 10 preguntas, en las cuales se ha determinado ciertos rangos, con los cuales se determinará el grado de negativismo desafiante que sufre el infante, por lo tanto: si un infante califica positivamente de 8 a 10 preguntas tendrá un alto grado de negativismo desafiante; si califica positivamente de 5 a 7 preguntas tendrá un grado de negativismo desafiante medio, si califica positivamente de 2 a 4 preguntas tendrá un grado de negativismo desafiante bajo, si califica positivamente 1 pregunta de la encuesta no poseerá negativismo desafiante, ya que se puede atribuir a una causa general.

CUADRO N° 3

TABLA DE RANGOS SEGÚN EL NÚMERO DE PREGUNTAS CONTESTADAS POSITIVAMENTE

Número de preguntas contestadas positivamente	Porcentaje %	Grado de Negativismo
8 -10	80% - 100%	Alto
5 – 7	50% - 79%	Medio
2 – 4	20% - 49%	Bajo
0 – 1	0% - 19%	Ninguno

Fuente: Evaluación Clínica, infantes institucionalizados en Casa Hogar “San Carlos” MIES INNFA.

Realizado por: Reino Paúl, Roberto Choto.

A continuación se presenta el formato de la Encuesta para las Madres Educadoras:

Encuesta para las Madres Educadoras

- ¿El niño o la niña (nombre del/la) tiene rabietas frecuentes?
- ¿El niño o la niña (nombre del/la) tiene excesivas discusiones con los adultos?
- ¿El niño o la niña (nombre del/la) se niega a acceder a las solicitudes de los adultos?

- ¿El niño o la niña (nombre del/la) cuestiona constantemente las normas; se niega a cumplir las reglas?
- ¿El niño o la niña (nombre del/la) reflejan un comportamiento dirigido a molestar o enojar a los demás, incluyendo a los adultos?
- ¿El niño o la niña (nombre del/la) culpa a otras personas por su mal comportamiento o errores?
- ¿Al niño o la niña (nombre del/la) los demás le causan fastidio con facilidad?
- ¿El niño o la niña (nombre del/la) tiene frecuentemente una actitud de enojo?
- ¿El niño o la niña (nombre del/la) habla con severidad o poca amabilidad?
- ¿El niño o la niña (nombre del/la) se comporta deliberadamente, de forma que suscita conflicto emocional?

El tercer objetivo específico consiste en relacionar la influencia de la carencia afectiva en la conducta negativista de los niños(as) de 4 a 6 años de edad en el “INNFA” de Riobamba es el (aspecto medular de la investigación), ya que la hipótesis planteada dice: la carencia afectiva influye en la conducta negativista de los niños(as) de 4 a 6 años de edad con respecto a las madres educadoras encargadas de su cuidado en el “INNFA”, debiendo comprobarse con los resultados.

3.7. TÉCNICAS PARA EL PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN.

El procesamiento de la información se realizó de la siguiente manera:

- Presentación de casos.
- Seguimiento semanal individual de cada caso.
- Se tabularon los datos.
- Se determinó la existencia o ausencia de carencia afectiva y de la Conducta negativista.

- Se analizó por separado el resultado de la Encuesta para las Madres Educadoras, y el resultado de la observación y entrevista clínica, lo que se indico en informes psicológicos.
- Se estableció la relación entre las variables: Carencia afectiva – Conducta negativista.
- Se graficaron los resultados.

3.8 PRESENTACIÓN DE CASOS.

3.8.1. Informe psicológico (Infante “A”).

Fecha de Evaluación: 5 de Julio del 2010

Nombre: Infante “A”.

Sexo: Masculino

Edad: 6 años

Lugar de procedencia: Colombia

Tiempo de estancia en Casa Hogar: 13 meses

Figura Paterna: Recluido en el centro de Rehabilitación Social de Riobamba. **Figura Materna:** Ausente.

Por la circunstancia de su padre y abandono familiar es ingresado en la Casa Hogar “San Carlos” del MIES INNFA.

Antecedentes.- Es el primero de dos hermanos, nace y crece en Colombia hasta los tres años de edad, producto de parto normal, evolución psicomotriz acorde con la edad cronológica. Emigra al Ecuador junto con su hermano, traído por sus padres. Durante su infancia a vivenciado problemas familiares: violencia física, verbal y psicológica; sufrió maltrato desde temprana edad por parte de su madre, quien lo castigaba frecuentemente por los problemas con su esposo (desplazando sus conflictos emocionales), encerrándolo por varias horas en la habitación, privándole de alimentación y afecto, es despreciado por su madre y comparado con su padre utilizando palabras soeces; desvalorizándolo cuando lloraba. Además por referencia se conoce que su madre quiso venderlo, circunstancia controlada por denuncia al “INNFA”

En la casa Hogar: (Ingresado) presentó llanto fácil y agresividad, reclamaba por su padre. Los primeros días presenta problemas de adaptación, en las noches reclamaba por su padre llorando, no permitía que le separen de su hermano; presenta problemas de conducta con las madres educadoras, desafiándolas en todo momento.

Problema actual.- A la evaluación clínica: se muestra poco colaborador, reflejando negativismo; presenta actitudes y comportamiento disocial; agresivo y negativista con el personal de Casa Hogar; evidente indisciplina, problemas de adaptación y depresión enmascarada. Presenta carencia afectiva y problemas de conducta

Al examen de funciones psíquicas: orientado, consiente, sin alteraciones sensorceptivas, distraibilidad en lo concerniente a la atención, memoria y pensamiento normal, lenguaje claro de tono alto, inteligencia normal.

Diagnóstico Clínico.

- Soporte familiar inadecuado (Z63.2)
- Trastorno disocial desafiante oposicionista (91.3)

CUADRO N°. 4

SEGUIMIENTO SEMANAL DEL CASO "A"

FECHA	COMPORTAMIENTO MÁS RELEVANTE DEL NIÑO	MADRES EDUCADORAS
12 de Julio del 2010	Infante "A" en el transcurso de la semana a presentado llanto frecuente, rechaza la comida y no quiere vestirse.	El llanto es controlado con frases de cariño. El psicólogo habla con él niño, la encargada le ayuda a servirse el alimento y a vestirse.
	Presenta agresividad con los demás niños y las madres educadoras.	Psicóloga interviene separándolo de los demás niños cuando los agrede, y fomenta el afecto abrazándolo.
19 de Julio del 2010	Mejora su relación con los demás pero no deja que se acerquen a su hermano, no	Psicóloga integra a los niños con el deporte, supervisa el juego, motiva y brinda afecto.

	mantiene contacto visual con las personas encargadas de su cuidado	
26 de Julio del 2010	Presenta problemas con las madres educadoras, ya que se niega a alimentarse por sí solo.	Madre educadora insiste en que se alimente por sí solo sin obtener respuesta, debiendo finalmente ayudarlo a alimentarse.
2 de Agosto del 2010	No responde a órdenes, se niega a alimentarse, además, incita al hermano para que no coma.	Psicólogo y madres educadoras intervienen separándolo de su hermano en la mesa para corregir dependencia y manipulación.
9 de Agosto del 2010	Come por sí solo, pero no obedece a la madre educadora, evita el contacto visual.	Madres educadoras lo motivan con actitudes de afecto y frases de cariño.
16 de Agosto del 2010	No presenta conflicto con las madres educadoras ya que cumple ordenes, además protege en los juegos a su hermano	Se le integra a actividades lúdicas con los otros niños.
23 de Agosto del 2010	Presenta agresividad y pérdida del sueño, (el día 22 de agosto fue a visitar a su Padre).	Psicólogo y madres cuidadoras presta más atención al niño.
30 de Agosto del 2010	Presenta aparente normalidad en su comportamiento, además presenta (SD. Gripal)	Cuidados especiales para no contagiar a los demás y soporte afectivo.
6 de Septiembre del 2010	Presenta alegría por matricula en la Escuela (2do de Básica).	Psicólogo y madres educadoras refuerzan soporte afectivo.

13 de Septiembre del 2010	Primer día de clases. Adaptación. Evolución favorable.	Soporte afectivo.
------------------------------	--	-------------------

3.8.2. Informe psicológico (Infante “B”).

Fecha de Evaluación: 5 de Julio del 2010

Nombre: Infante “B”.

Sexo: Masculino.

Edad: 4 años.

Lugar de procedencia: Colombia.

Tiempo de estancia en Casa Hogar: 13 meses.

Figura Paterna: Recluido en el centro de Rehabilitación Social de Riobamba.

Figura Materna: Ausente.

Hermano menor del infante “A”

Por la circunstancia de su padre y abandono familiar es ingresado en la Casa Hogar “San Carlos” del MIES INNFA.

Antecedentes.- Es el segundo de dos hermanos, nace y crece en Colombia, producto de parto normal. Emigra al Ecuador traído por sus padres junto a su hermano. Durante su infancia ha vivenciado problemas familiares (Disfunción), violencia física, verbal y psicológica, ha sufrido maltrato desde la primera infancia, su madre lo castigaba frecuentemente a causa de los problemas con su esposo, (desplazando sus conflictos emocionales “desquitarse”). Además por referencia se conoce que su madre quiso venderlo, circunstancia controlada por denuncia al “INNFA”.

En la Casa Hogar: (Ingresado).- Presentó aparente adaptación, ya que no tiene conciencia del problema, interactúa con los demás niños siempre y cuando su hermano mayor se encuentra a su lado, imita el comportamiento de su hermano mayor.

Problema actual.- A la evaluación clínica: se muestra poco comunicativo, triste, irritable, lábil emocionalmente, busca la protección de su hermano, imitando su actitud: negativismo y agresividad; conducta negativa (oposicionismo desafiante) con las madres educadoras incumpliendo ordenes, reflejando indisciplina. Sus actividades son limitadas, ya que dependen de su hermano para interactuar. Se evidencia “Depresión enmascarada”.

Al examen de funciones psíquicas: orientado, sin alteraciones senso perceptivas, memoria y pensamiento normales, distraibilidad en la atención; lenguaje claro, responde mirando a su hermano, respuesta concretas. Inteligencia normal.

Diagnostico Clínico.

- Episodio depresivo leve. (F32.0)
- Soporte familiar inadecuado (Z63.2)

CUADRO N°. 5

SEGUIMIENTO SEMANAL DEL CASO "B"

FECHA	COMPORTAMIENTO MAS RELEVANTE DEL NIÑO	MADRES EDUCADORAS
12 de Julio del 2010	Infante "B" simula el comportamiento de su hermano mayor, al ver llorar a su hermano también llora y no responde a las órdenes de las educadoras.	Le separan de su hermano, y le integran en el juego con otros niños
19 de Julio del 2010	Se niega a alejarse de su hermano y presenta desinterés por los demás	Es motivado a integrarse y jugar con los demás niños.
26 de Julio del 2010	No mantiene contacto con los otros niños y se muestra agresivo si un niño se acerca a jugar con él.	El psicólogo atiende al niño, aplicando ludoterapia lo motiva a compartir con los demás niños
2 de Agosto del 2010	Rechaza la comida por influencia de su hermano y llora cuando lo separan de él.	Separan al niño de su hermano mayor cuando se alimentan, para corregir la dependencia.
16 de agosto del	Participa en los juegos con su	Estimulación afectiva y

2010	hermano, el llanto es controlado.	ludoterapia.
23 de agosto del 2010	Permanece junto a su hermano. El 22 de agosto del 2010 visitó con su hermano a su Padre.	Motivación con ludoterapia. Psicóloga evalúa y orienta a las madres educadoras.
30 de Agosto del 2010	El contacto con su hermano es controlado en razón de gripe, participa con los demás niños.	Educadoras lo integran a actividades con los demás niños, aprovechan para formar grupo social propio.
6 de Septiembre del 2010	Inscripción en el primero de básica. Presenta timidez y poca comunicación, no desea alimentarse.	Recibe atención por parte del psicólogo.
13 de Septiembre del 2010	Primer día de clases, presenta llanto y no se adapta.	Psicólogo brinda atención, continua aplicando Psicoterapia.

3.8.3. Informe psicológico (Infante “C”).

Fecha de Evaluación: 6 de Julio del 2010

Nombre: Infante “C”.

Sexo: Masculino

Edad: 5 años

Lugar de procedencia: Licto – Provincia de Chimborazo.

Tiempo de estancia en Casa Hogar: 45 días.

Figura Paterna: Actúa con negligencia. “Alcohólico”

Figura Materna: Actúa con negligencia.

Encontrado deambulando solo por las calles de la ciudad, por lo cual es ingresado a Casa Hogar “San Carlos” MIES INNFA.

Antecedentes.- Es el cuarto de seis hermanos, producto de parto normal. A partir de la primera infancia a permanecido junto bajo a su hermano (de 10 años), ya que sus padres constantemente viajaban a la ciudad de Riobamba, dejándolos solos por varias horas. La relación con sus padres es Disfuncional. Padre Alcohólico, madre negligente. Desde la segunda infancia en compañía de sus hermanos viaja a la ciudad de Riobamba, a ejercer trabajos (no especificados) y en la noche acude a la Casa Indígena a descansar. El infante ha sido víctima de maltrato físico, psicológico y verbal por parte de sus Padres Es encontrado por la policía deambulando solo por la ciudad de Riobamba, razón por la que es ingresado en la Casa Hogar.

En la casa Hogar: (Ingresado).- Presentó irritabilidad, agresividad, dificultad en la adaptación, apariencia física descuidada, en las noches reclama por su padres y hermanos llorando; presenta problemas de conducta con las madres educadoras, desafiándolas en todo momento.

Problema actual.- A la evaluación clínica: se muestra poco comunicativo, presenta desnutrición, talla corta, durante la entrevista se muestra calmado; se evidencia falta de cuidado personal, habla poco y solo responde cuando se le pregunta, no mantiene contacto

visual con el entrevistador y al preguntarle por sus hermanos empieza a llorar, refleja distraibilidad y tristeza. Evidente carencia afectiva, maltrato y problemas de conducta.

Al examen de funciones psíquicas: orientado, sin alteraciones sensorio-perceptivas, memoria y pensamiento normales, muestra retraso en la motricidad fina y gruesa, distraibilidad en la atención; lenguaje claro de tono bajo, se evidencia “depresión” enmascarada. Inteligencia normal.

Diagnostico Clínico.

- Episodio depresivo moderado. (F32.1)
- Soporte familiar inadecuado (Z63.2).

CUADRO N° 6

SEGUIMIENTO SEMANAL DEL CASO “C”

FECHA	COMPORTAMIENTO MÁS RELEVANTE DEL NIÑO	MADRES EDUCADORAS
13 Julio del 2010	Presenta aislamiento, llanto fácil, reclama por sus padres y hermanos, no se consuela y desea abandonar la Casa Hogar.	Psicólogo inicia psicoterapia, aplica ludoterapia. Madre educadora trata de integrarles a los demás niños.
20 Julio del 2010	No comparte actividades, no obedece ordenes, no se alimenta, al acostarse no quiere desvestirse las educadoras se acercan.	Por medio de la ludoterapia Intentan generar empatía, se le ayuda a vestirse y alimentarse.
27 Julio del 2010	Rechaza la comida y vestirse,	La madre educadora le motiva a

	no hace ninguna demanda, ya no reclama por sus hermanos pero perdura la tristeza, ha disminuido el llanto durante dos días no controla esfínteres.	alimentarse y a vestirse, y lo motivan a que juegue con los demás niños.
3 de Agosto del 2010	Ya no pregunta por su familia, es motivado a alimentarse, no obedece a la encargada, lanza la tasa al piso y llora en las noches.	Psicólogo y madres educadoras aplican ludoterapia, brindándole afecto, escuchándolo.
10 de Agosto del 2010	Mantiene conversación con sus padres y la psicóloga, el al verlos los rechaza a sus padres quiere salir y escapar, llora y grita, no controla esfínter vesical, se aísla y no desea levantarse.	Psicólogo trabaja en la efectividad del niño.
17 de Agosto del 2010	No acude a la entrevista con sus Padres y psicóloga, agrade a otro niño por acercarse a él cuando estaba escondido, rechaza la comida y agrade a la cuidadora.	Es motivado por madre educadora en el comedor y posteriormente participa en ludoterapia con el psicólogo.
24 de Agosto del 2010	Accede a los cuidados de la educadora, ya no llora, rechaza a los padres y se oculta detrás de la educadora.	Es motivado a participar con los demás niños. Accede a jugar.
31 de Septiembre del 2010	Se presenta entusiasmado con un cuaderno que le regalaron para su inicio de clases, llama	Madre Educadora le regala un cuaderno, y le invita a jugar con los otros niños.

	la atención de la cuidadora.	
7 de Septiembre del 2010	No presenta problemas en sus clases y se adapta a la escuela	Motivación permanente.

3.8.4. Informe psicológico (Infante “D”).

Fecha de Evaluación: 6 de Julio del 2010

Nombre: Infante “D”.

Sexo: Masculino

Edad: 6 años

Lugar de procedencia: Riobamba

Tiempo de estancia en Casa Hogar: 2 meses

Figura Paterna: Ausente.

Figura Materna: Negligente en el Cuidado (Tutores abuelos maternos)

Por la situación de desapego familiar y maltrato ha sido ingresado en Casa Hogar “San Carlos” MIES INNFA.

Antecedentes.- Madre manifestó que el niño fue producto de embarazo no deseado, de parto normal y a término, desarrollo psicoevolutivo alterado, la mayor parte del tiempo ha vivido con sus abuelos (desde el nacimiento). Su madre a causa de estilo de vida negativo mantiene conflicto familiar y decide vivir sola con el niño, para castigar a sus padres. El niño pasa varias horas encerrado en la casa solo, presencia las fiestas que organiza su madre con sus amigas, terminando, en estado de embriagues cuando el niño comenta a sus abuelos el comportamiento de su madre, es castigado por aquella y no va a la escuela, repitió el primero de básica. La situación es denunciada por su familia, y es ingresado a la institución (Casa Hogar).

En la casa Hogar: (Ingresado) presentó agresividad, actitud desafiante con la educadora autoridad, no cumplía órdenes y su atención era dispersa. Actualmente se encuentra en trámites de reinserción al hogar, otorgado, bajo la tutela de sus abuelos.

Problema actual.- No respeta a la autoridad, no conoce normas; presenta tristeza, llanto fácil, ansiedad, tensión, pérdida de apetito. Sufre carencia afectiva, abandono familiar y problemas de conducta.

Al examen de funciones psíquicas: orientado, consiente, sin alteraciones sensorio-perceptivas, distraibilidad en lo concerniente a la atención, memoria y pensamiento normal, lenguaje claro de tono alto, inteligencia normal.

Diagnóstico Clínico.

- Reacción mixta de ansiedad y depresión (F43.21)
- Soporte familiar inadecuado (Z63.2)

CUADRO N° 7

SEGUIMIENTO SEMANAL DEL CASO "D"

FECHA	COMPORTAMIENTO MÁS RELEVANTE DE 1 NIÑO	MADRES EDUCADORAS
13 de julio del 2010	Presentó agresividad hacia sus compañeros, no le gusta estar con niños menores a él, al contrario, le gusta interactuar con los niños de mayor edad.	Madres educadoras controlan la interacción de los niños, dividiéndolos en grupos de edad para coordinar tareas colectivas y el juego.
20 de julio del 2010	Problemas de comportamiento se resiste a la autoridad. Refiere que es por eso que su madre lo dejó, no desea levantarse de la cama, ni asearse.	Las cuidadoras le motivan (para que se levante) con palabras de afecto, fortaleciendo su autoestima.
27 de julio del 2010	Acepta la visita de los abuelos, que siguen proceso legal para tener su tenencia, el niño se muestra más tranquilo y	Las madres educadoras le prestan más atención, ha cambiado su comportamiento, le motivan

	colaborador con la educadora.	participar en el aseo de la institución generando más empatía.
3 de Agosto del 2010	Recibe terapia con sus abuelos, pero al hablar de su madre se enoja y dice: “ella me trajo acá por qué no me quiere”, en las noches desafía a las madres educadoras. Interrumpiendo el sueño de los demás.	Madres educadoras le juntan con los niños que acatan las órdenes, moldeamiento para corregir su comportamiento.
10 de Agosto del 2010	Al enterarse que sus abuelos tramitan la tenencia de su comportamiento cambia totalmente, comparte con los demás niños y acata las órdenes.	Psicóloga coordina con educadoras respecto del proceso psicoterapéutico, aplican “Economía de Fichas”
17 de Agosto del 2010	El niño se reintegra una semana con los abuelos, luego de recibir sesiones terapéuticas con la psicóloga de la institución.	El niño pasa la semana con sus abuelos. Mismos fueron orientados terapéuticamente.

3.8.5. Informe psicológico (Infante “E”).

INFORME PSICOLÓGICO.

Fecha de Evaluación: 7 de Julio del 2010

Nombre: Infante “E”.

Sexo: Masculino

Edad: 6 años

Lugar de procedencia: Esmeraldas

Tiempo de estancia en Casa Hogar: 40 días.

Figura Paterna: Ausente.

Figura Materna: Negligente en el cuidado.

A causa de abandono de Figura paterna y maltrato de su madre, es ingresado en la Casa Hogar “San Carlos” del MIES INNFA.

Antecedentes.- Proviene de un sistema familiar disfuncional, incompleto (madre soltera). Producto de parto por cesárea, desarrollo psicoevolutivo alterado, no conoce a su padre, viaja constantemente con su madre que busca de empleo, cuando residen en Riobamba su madre se emplea en un restaurante dejándolo varias horas solo en su habitación, el niño se escapa por la ventana y su madre lo castiga físicamente y verbalmente. El niño no es atendido, sufre descuido personal, problemas de salud y carencia afectiva.

En la casa Hogar: (Ingresado) Los primeros días presenta problemas de adaptación, llanto fácil, ansiedad, muestra conducta agresiva hacia los demás; opositorista y desafiante con las madres educadoras, no conoce normas, es verborreico, con baja tolerancia a la frustración, se comunica con los otros niños con sobrenombres y los molesta e insita a pelear.

Problema actual.- A la evaluación clínica: se muestra poco colaborador, reflejando negativismo; presenta actitudes y comportamiento disocial; agresivo y negativista con el personal de Casa Hogar; contesta poco a las preguntas afirmaciones “que estoy haciendo” y culpa a sus compañeros refiriéndose a ellos con términos peyorativos discriminatorios. Sufre carencia afectiva y problemas de conducta.

Al examen de funciones psíquicas: orientado, consciente, sin alteraciones sensorio perceptivas, distraibilidad en lo concerniente a la atención, memoria y pensamiento normal; lenguaje claro de tono alto, desafiante y agresivo. Inteligencia normal.

Diagnóstico Clínico.

- Trastorno disocial Desafiante y oposicionista. (F91.3)
- Soporte familiar inadecuado (Z63.2)

CUADRO N° 8

SEGUIMIENTO SEMANAL DEL CASO "E"

FECHA	COMPORTAMIENTO MÁS RELEVANTE DEL NIÑO	MADRES EDUCADORAS
14 Julio del 2010	No se adapta a las reglas de la institución. Se muestra agresivo con las educadoras, comunicándose con insultos; presenta llanto, agresividad, mala conducta, y pide por su madre.	Se continua valorando psicológicamente, aplicando ludoterapia.
21 Julio del 2010	Se esconde, no comparte con los otros niños, discute con las educadoras constantemente, se niega a participar del baño.	Madres educadoras insisten en los cuidados de higiene, (motivándolo), e insiste en integrarlo con los otros.
28 Julio del 2010	Con otro niño de mayor edad se agrede físicamente y rompen un vidrio. Durante la semana se aísla y no quiere comer se muestra depresivo.	Psicóloga aplica ludoterapia para modificación de conducta; acuerdo para economía de fichas.

4 de Agosto del 2010	Muestra interés para integrarse con los otros niños, juega con ellos pero se dirige de forma hostil, mejora la relación con la encargada.	Es premiado cuando cumple indicaciones, tarea (acuerdos).
11 de Agosto del 2010	Se niega a la terapia con la madre educadora y la culpa por estar en la institución, no confía en nadie, se aísla.	Madres educadoras le integran al grupo, no lo dejan solo, le motivan con frases de cariño.
18 de Agosto	Permite que los demás niños jueguen con él; Presenta problemas para levantarse, no desea vestirse ni, arregla la ropa pide premios a las madres educadoras y hace rabietas si no lo dan.	Es motivado a realizar actividades terapéuticas: limpieza de su cuarto.
25 de Agosto del 2010	Molesta a las niñas, las agrede lanzando cosas, al momento de ser confrontado les culpa y se jala el cabello; llora y en el patio no permite que nadie se le acerque.	Es observado y motivado. Educadora habla con él y lo acompaña hasta que desee dormir.
1 de Septiembre del 2010	Su comportamiento es voluble acepta a educadora que lo escucha y lo lleva a dormir, lo sigue, cumple sus órdenes y reclama por ella cuando no está.	Madre educadora establece límites con el niño, para no generar dependencia.
8 de Septiembre del 2010	Mantiene actitud tranquila, ya no presenta rabietas pero si tristeza.	Es motivado con frases de cariño y ludoterapia.

3.8.6. Informe psicológico (Infante “F”).

Fecha de Evaluación: 7 de Julio del 2010

Nombre: Infante “F”.

Sexo: Masculino.

Edad: 6 años.

Lugar de procedencia: Riobamba.

Tiempo de estancia en Casa Hogar: 75 días.

Figura Paterna: Negligente en el cuidado “alcohólico”.

Figura Materna: Ausente.

Por maltrato físico, verbal y psicológico el niño es ingresado en la Casa Hogar “San Carlos” del MIES INNFA. De la ciudad de Riobamba.

Antecedentes.- Proviene de una familia disfuncional, es el tercero de cuatro hermanos; producto de parto normal a término; durante su infancia ha vivenciado problemas familiares (Disfunción): violencia física, verbal y psicológica, ha sufrido maltrato desde la primera infancia, los padres se ha separado; la mayor parte del tiempo pasa con sus hermanos y es agredido constantemente. Cuando presenciaba las discusiones de sus padres siempre abandonaba el lugar, pasando varias horas fuera del hogar. En casa se niega a realizar las tareas que se le asigna y grita obscenidades. Hace berrinches.

En la casa Hogar: (Ingresado).- Presenta problemas conductuales con los demás niños y con las madres encargadas de su cuidado, rechaza las reglas referentes a horarios. Refleja sentimientos de inferioridad y desesperanza, frecuentemente presenta alteración en el apetito y sueño.

Problema actual.- A la evaluación clínica: presenta problemas conductuales con los demás niños y con las madres educadoras de su cuidado, reflejando agresividad y oposicionismo marcado a las reglas rechazándolas, entre ellas los horarios. Además sentimientos de inferioridad y desesperanza, alteración en el sueño, ya que presenta sobresaltos; evidente sintomatología depresiva.

Al examen de funciones psíquicas: Al examen de funciones: orientado, consciente; refleja distraibilidad en la atención, sensopercepciones normal, memoria y pensamiento normal; lenguaje claro, de tono bajo; inteligencia normal.

Diagnóstico Clínico.

- Trastorno Disocial Depresivo (F92.0)
- Soporte familiar inadecuado (Z63.2)

CUADRO N°. 9

SEGUIMIENTO SEMANAL DEL CASO "F"

FECHA	COMPORTAMIENTO MÁS RELEVANTE DEL NIÑO	MADRES EDUCADORAS
14 Julio del 2010	Presenta agresividad con las madres educadoras, discute y reclama por sus padres, no colabora en las tareas dirigidas y utiliza términos soeces, presenta trastornos digestivos, vómitos.	Psicóloga habla con él niño, Coordina atención psicoterapéutica y aplicación de temas con las educadoras "economía de fichas" recibe atención médica.
21 Julio del 2010	No desea acostarse; llora frecuentemente, cuestiona los horarios y no se alimenta bien. Perduran los trastornos digestivos "vómitos".	Educadora lo motiva con frases de cariño y le cambian de cama, junto a un niño (mayor) que acata las órdenes.
28 Julio del 2010	Genera empatía con la madre educadora y permite que ella le dé el desayuno, su vocabulario (con ella) ha cambiado pero cuando (ella) se ausenta,	Cuidadora recompensa con dulces cuando cumple las órdenes.

	continúa con sus rabietas. Se acuesta por sí solo.	
4 de Agosto del 2010	La relación con la Cuidadora ha mejorado, la llama madre; exige ser atendido, llora cuando no lo atiende pero con menor frecuencia.	Cuidadora le motiva a cumplir las órdenes; se rige a las reglas. Es premiado con menor frecuencia.
11 de Agosto del 2010	Presenta rechazo en menor grado, pérdida de apetito. Recibe visitas de sus familiares, que posteriormente le generan tristeza.	Madre educadora habla con el niño, motiva a que el niño hable con sus familiares.
18 de Agosto del 2010	No reclama por sus padres, pierde el interés en el entorno, poca participación en los juegos propuestos; no reclama la presencia de la Cuidadora; Pérdida de apetito.	Madres educadoras lo integran a grupos de juegos y lo animan a reír, refuerzan actitudes positivas con frases de cariño, antes de acostarse para dormir.
25 de Agosto del 2010	Participa de los juegos con los demás niños, refleja aparente aceptación; presenta tristeza.	Madres educadoras le animan a jugar con el hermano; que le visita más seguido.
1 de Septiembre del 2010	Los trámites de reinserción lo vuelven irritable con los demás, no demuestra cariño hacia los padres.	Psicóloga Mantiene terapias con él niño y la familia, lo motiva con ludoterapia.
8 de Septiembre del 2010	Comparte con los demás niños, pero presenta tristeza pérdida de interés en el entorno.	Psicóloga mantiene terapias con el niño, para mejorar su autoestima y reinserción al hogar.

3.8.7. Informe psicológico (Infante “G”).

Fecha de Evaluación: 8 de Julio del 2010

Nombre: Infante “G”.

Sexo: Femenino

Edad: 5 años

Lugar de procedencia: Parroquia Puela, Provincia Chimborazo.

Tiempo de estancia en Casa Hogar: 9 meses

Figura Paterna: Presenta “Alcoholismo”.

Figura Materna: Coadicta.

Familia disfuncional: padre alcohólico, madre maltratada y Coadicta. Familiares denuncia por presunto abuso sexual, siendo ingresado a la casa hogar “San Carlos” del MIES INNFA.

Antecedentes.- Es la tercera de cuatro hermanos, hija no planificada (de madre adolescente y padre de mediana edad); producto de parto normal, a término. Hogar disfuncional, de condición económica baja, formado por padre alcohólico y madre dependiente, sumisa Coadicta. La niña ha sido constantemente maltratada, mayormente cuando su padre llega en estado de ebriedad, grita obscenidades a su cónyuge y su hija.

En la casa Hogar: (Ingresada), Al ingreso la niña se muestra con carácter nerviosa y temperamental. Posteriormente no presenta problemas con las madres educadoras, pero con sus compañeros el comportamiento es hostil. Actualmente recibe visitas de su madre y hermanos, la relación con su padre es mala.

Problema actual.- A la evaluación clínica: se muestra poca colaboradora, presenta actitudes impulsivas y comportamiento agresivo, se dirige a sus compañeros con desprecio y manifiesta no querer compartir con ellos, refleja tristeza. Evidente sintomatología depresiva (enmascarada). Sufre de carencia afectiva y problemas de conducta por abandono familiar.

Al examen de funciones psíquicas: orientada, consiente, sin alteración sensoperceptivas, distraibilidad en lo concerniente a la atención, memoria y pensamiento normal, lenguaje claro, inteligencia normal.

Diagnóstico Clínico.

- Episodio depresivo leve (F32.0)
- Soporte familiar inadecuado (Z63.2)

CUADRO N°. 10

SEGUIMIENTO SEMANAL DEL CASO "G"

FECHA	COMPORTAMIENTO MÁS RELEVANTE DEL NIÑO	MADRES EDUCADORAS
15 Julio del 2010	Mantiene discusiones con los niños que ingresan al cuarto de las niñas.	La tranquilizan y la escuchan; se prohíbe a los niños ingresar al cuarto de las niñas.
22 Julio del 2010	Colabora, acata las órdenes. Las vacaciones pasan jugando sin presentar anomalías.	Psicólogo y madres educadoras refuerzan comportamiento positivo con soporte afectivo.
29 Julio del 2010	Agrede a un niño con un juguete, no les deja participar a los niños en sus juegos, colabora con las educadoras.	Madres educadoras dialogan con la niña y acuerdan estrategias para integrar a los niños en sus juegos.
5 de Agosto del 2010	Presenta rechazo a Madres educadoras por tratar de integrarle a juegos con los niños, presenta rabietas	Madres educadoras la motivan al juego; le brindan afecto.
12 de Agosto del	Recibe visita de su madre y	Psicólogo y Madres

2010	sus hermanos pequeños, juegan toda la tarde, no presenta anomalías en toda la semana, adaptación y buen trato con educadoras.	educadoras refuerzan comportamiento positivo y soporte afectivo.
19 de Agosto del 2010	Colabora en todas las actividades de limpieza, acata las órdenes, se enoja con los niños por estar en su cuarto.	Madres educadoras habla con los niños de las reglas y planten acuerdos.
26 de Agosto del 2010	Muestra enojo con los niños, los culpa de las cosas que pasan en la Casa Hogar, tiene rabietas cuando no le dan atención.	Madres educadora habla con la niña y la tranquilizan, la ínsita a integrarse a los juegos con los niños.
2 de Septiembre del 2010	Discute con los niños, pero no discute con las educadoras, colabora en lo encomendado.	Madres educadoras habla con la niña; motivándola a compartir con los niños, a aceptarlos.
9 de Septiembre del 2010	Colabora en todas las actividades, acata las órdenes en su totalidad.	Psicólogo y Madres educadoras refuerzan comportamientos positivos y soporte afectivo.

3.8.8. Informe psicológico (Infante “H”).

Fecha de Evaluación: 6 Agosto del 2010

Nombre: Infante “H”.

Sexo: Masculino.

Edad: 4 años.

Lugar de procedencia: Riobamba.

Fecha de ingreso: 4 de Agosto del 2010.

Figura Paterna: Ausente.

Figura Materna: Actúa con negligencia.

Por la situación de maltrato, es ingresado a la Casa Hogar “San Carlos” del MIES INNFA

Antecedentes.- A decir de la madre, el niño fue producto de embarazo y parto normal, desarrollo psicoevolutivo aparentemente normal, entre los hermanos ocupa el penúltimo lugar. El sistema familiar es disfuncional, figura materna con conducta promiscua; a procreado a tres hijos. La progenitora es negligente en el cuidado de sus hijos, no ha asumido responsabilidades, maltrata frecuentemente al infante; padece de crisis convulsivas y toma anticonvulsivos. Hace un año sufrió pérdida del último hijo en los cuidados. El niño moja la cama.

En la casa Hogar: (Ingresado).- En la Institución ha mostrado dificultad para la interrelación con los adultos, mantiene conducta agresiva, sus pedidos lo hacen mediante gritos, llora lanzándose al piso (hace berrinche); en lo académico se distrae con facilidad, reflejando atención dispersa. Moja la cama, no controla esfínter vesical.

Problema actual.- A la evaluación clínica: Poco expresivo, actitud que es diferente a cuando esta con sus compañeros y personal de la Casa Hogar, en donde refleja se ve un comportamiento agresivo, con dificultades en la interrelación social. Moja la cama (no controla esfínter vesical).

Al examen de funciones psíquicas: Orientado, consciente, distraibilidad en la atención, sin alteraciones sensorio-perceptivas, memoria y pensamiento normales, lenguaje claro. Inteligencia normal.

Diagnóstico Clínico.

- Enuresis no orgánica. (F98.0)
- Soporte familiar inadecuado (Z63.2)

CUADRO N°. 11
SEGUIMIENTO SEMANAL DEL CASO "H"

FECHA	COMPORTAMIENTO MAS RELEVANTE DEL NIÑO	MADRES EDUCADORAS
6 de Agosto del 2010	Presenta timidez distraibilidad la mayoría del tiempo; llanto, pérdida de apetito, no mira a los ojos, presenta temor, se orina en la cama.	Le brindan afecto y motivan a la adaptación al nuevo grupo social, Terapias recreativas-lúdicas.
13 de Agosto del 2010	Responde de forma negativa, renuente al baño, grosera y desafiante. Su conducta con los otros niños a mejora. Continúa mojando la cama.	Psicóloga atiende al niño con ludoterapia. Fomenta juegos colectivos para mejorar la adaptación.
20 de Agosto del 2010	Llora menos, reclama por su Madre, cuestiona las órdenes a la hora de almuerzo; alza la mano a educadora al ser despertado en la madrugada. Con el fin de controlar la enuresis.	Psicóloga y Madres educadoras lo atienden. Es despertado a la madrugada para llevarlo al baño y controlar enuresis.
27 de Agosto del 2010	Muestra signos de adaptación. Llanto controlado; nombra a su madre, acata las órdenes y come	Psicóloga habla con el niño y sugiere a la Educadora disminuir líquidos en horas

	por sí solo, llora en la madrugada cuando lo despiertan para llevarlo al baño.	de la tarde. Para controlar enuresis.
3 de Septiembre del 2010	Juega con los otros niños, reacio al momento de despertarse en la madrugada para acudir al baño, como también al momento del baño; ya no menciona a su madre y desarrolla afecto hacia la Educadora; se despierta por si solo pero reclama la presencia de la Educadora.	Psicóloga y madres educadoras aplican ludoterapia, motivándole a jugar con los niños.
10 de septiembre del 2010	Colabora en todas las actividades y mantiene actitud tranquila. Moja la cama con menor frecuencia.	Le brindan frases de cariño, motivándole en los aspectos positivos y adaptación.

3.9. TABULACIÓN DE DATOS.

3.9.1. Cuantificación de la evaluación clínica (informe psicológico) "carencia afectiva"

CUADRO. 12

CUANTIFICACIÓN DE LA EVALUACIÓN CLÍNICA (INFORME PSICOLÓGICO) "CARENCIA AFECTIVA"

	SI	Porcentaje de la respuesta SI	NO	Porcentaje de la respuesta NO	% Total
PREGUNTA 1	3	37,5%	5	62,5%	100,0%
PREGUNTA 2	6	75,0%	2	25,0%	100,0%
PREGUNTA 3	2	25,0%	6	75,0%	100,0%
PREGUNTA 4	8	100,0%	0	0,0%	100,0%
PREGUNTA 5	8	100,0%	0	0,0%	100,0%
PREGUNTA 6	8	100,0%	0	0,0%	100,0%
PREGUNTA 7	8	100,0%	0	0,0%	100,0%

- Fuente: Evaluación Clínica, infantes institucionalizados en Casa Hogar "San Carlos" MIES INNFA.
- Realizado por: Reino Paúl, Roberto Choto.

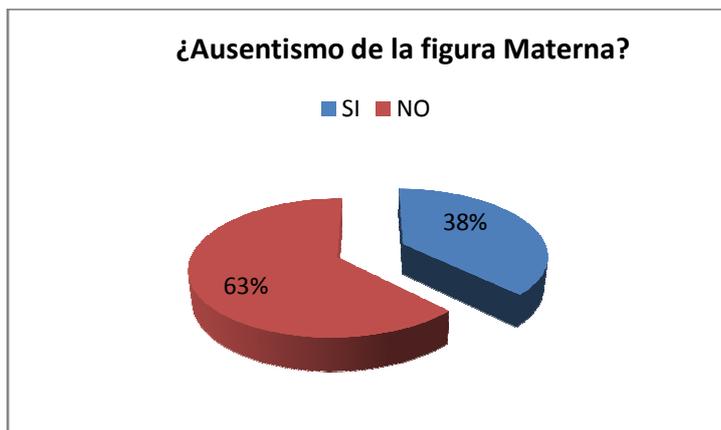
3.9.1.1. Resultados de la cuantificación individual por pregunta en la evaluación clínica con respecto a la carencia afectiva de los casos estudiados.

- **PREGUNTA N°. 1.** Ausentismo de la figura Materna.

CUADRO N°. 13

Pregunta 1	SI	NO	Total
Infantes	3	5	8
Porcentaje	37,5%	62,5%	100%

GRÁFICO N°. 1



- Fuente: Evaluación Clínica, infantes institucionalizados en Casa Hogar “San Carlos” MIES INNFA.
- Realizado por: Reino Paúl, Roberto Choto.

En respecto de la Pregunta N°.1: Tres niños/as, que equivale al 37% (institucionalizados en la Casa Hogar “INNFA”) sufren ausentismo de la figura materna, y cinco niños/as, que equivale al 63% no sufren de ausentismo de la figura materna.

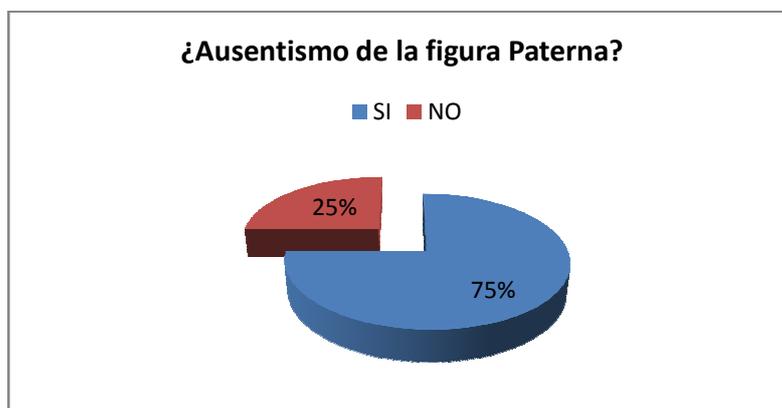
La ausencia de la madre representa para el niño carencia afectiva, perjudicial para su desarrollo emocional, social y cognitivo ya que la figura materna fomenta los lazos personales y afectivos, concomitante a la nutrición, sostén emocional y cuidados Personales.

- **PREGUNTA N°. 2.** Ausentismo de la figura Paterna.

CUADRO N°. 14

Pregunta 2	SI	NO	Total
Infantes	6	2	8
Porcentaje	75,0%	25,0%	100%

GRÁFICO N°. 2



- **Fuente:** Evaluación Clínica, infantes institucionalizados en Casa Hogar “San Carlos” MIES INNFA.
- **Realizado por:** Reino Paúl, Roberto Choto.

En respecto de la Pregunta N°.2: En seis niños/as que equivale al 75% (institucionalizados en la Casa Hogar “INNFA”) se confirma ausentismo de la figura paterna; y dos niños/as, que equivale al 25% no sufren de ausentismo de la figura paterna.

Para el desarrollo psicológico del niño/a la presencia del padre es importante, ya que el niño/a acoge al padre como un referente, por eso, la falta del padre provoca en los niños/as estados de inseguridad y de privación afectiva.

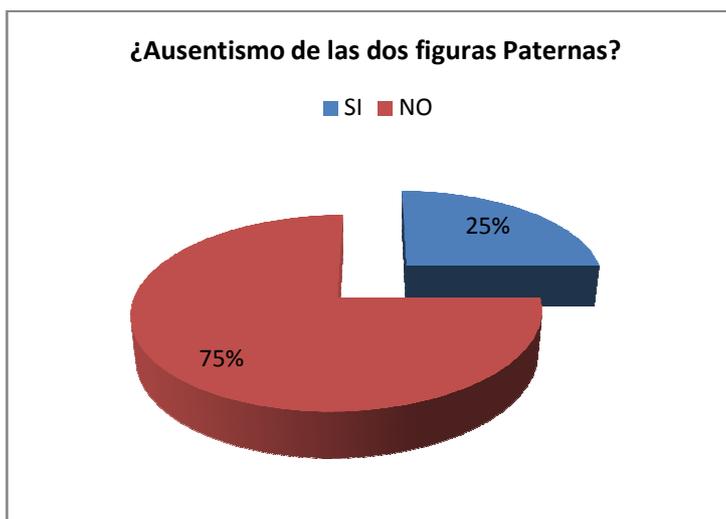
Como se observa, en la presentación de casos existe un porcentaje alto de madres embarazadas y abandonadas por sus parejas, sin vínculo afectivo, para la madre y el niño/a. En algunos casos están en el período de la adolescencia o temprana juventud y, a menudo, dependen de la familia de origen, con la que suelen convivir. Y de alguna forma suplir la carencia Paterna.

- **PREGUNTA N°. 3.** Ausentismo de las dos figuras paternas.

CUADRO N°. 15

Pregunta 3	SI	NO	Total
Infantes	2	6	8
porcentaje	25,0%	75,0%	100%

GRÁFICO N°. 3



- Fuente: Evaluación Clínica, infantes institucionalizados en Casa Hogar "San Carlos" MIES INNFA.
- Realizado por: Reino Paúl, Roberto Choto.

En lo que corresponde a la Pregunta N°.3: En dos niños/as que equivale al 25% (institucionalizados en la Casa Hogar "INNFA") sufren ausentismo de las dos figuras paternas; y seis niños/as, que equivale al 75% no sufren de ausentismo de las dos figuras Paternas.

- **PREGUNTA N°. 4.** Negligencia familiar en el cuidado del niño.

CUADRO N°. 16

Pregunta 4	SI	NO	Total
Infantes	8	0	8
Porcentaje	100,0%	0,0%	100%

GRÁFICO N°. 4



- Fuente: Evaluación Clínica, infantes institucionalizados en Casa Hogar “San Carlos” MIES INNFA.
- Realizado por: Reino Paúl, Roberto Choto.

En lo que corresponde a la Pregunta N°.4: Ocho niños/as, que equivale al 100% (institucionalizados en la Casa Hogar “INNFA”) se confirma negligencia en el cuidado de ellos.

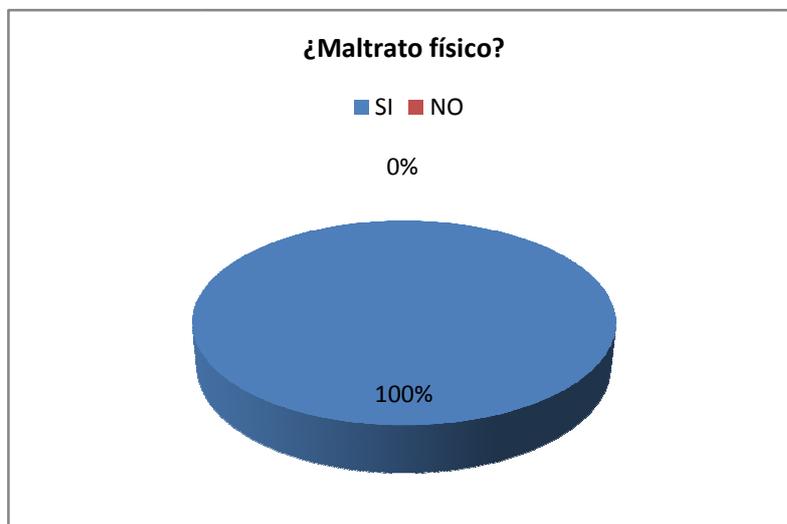
La negligencia es referida al descuido, falta de protección, desatención desnutrición ausentismo o descuido grave y persistente a un niño y niña.

- **PREGUNTA N°. 5.** Maltrato físico

CUADRO N°. 17

Pregunta 5	SI	NO	Total
Infantes	8	0	8
Porcentaje	100,0%	0,0%	100%

GRÁFICO N°. 5



- Fuente: Evaluación Clínica, infantes institucionalizados en Casa Hogar “San Carlos” MIES INNFA.
- Realizado por: Reino Paúl, Roberto Choto.

En lo que corresponde a la Pregunta N°.5: ocho niños/as, que equivale al 100% (institucionalizados en la Casa Hogar “INNFA”) han sufrido maltrato físico por parte de sus padres.

Las prácticas coercitivas así como el castigo corporal, como una forma de educar y disciplinar a los niños y niñas es considerado perjudicial e inadecuado para su desarrollo físico psíquico, social y emocional.

Los padres de familia de los niños y niñas en los casos investigados utilizan métodos de disciplina especialmente el castigo corporal en un 100% manifestado en correazos, baños de agua fría, ortiga, manotazos, pellizcos, jalones de pelo etc.

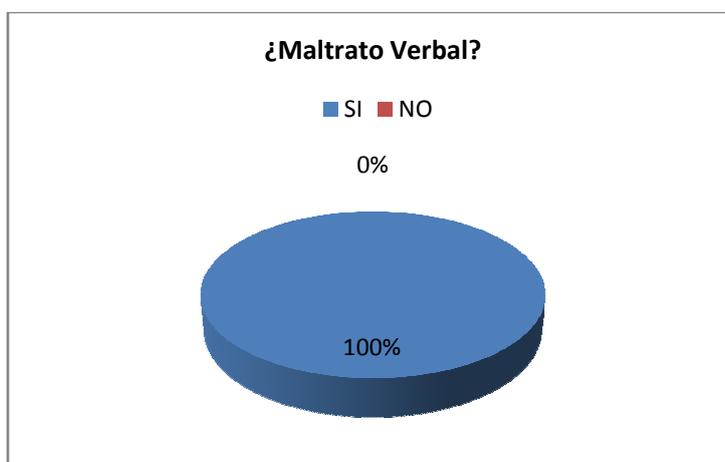
Los niños y niñas víctimas de maltrato físico presentan malestar corporal y psíquico presentando alteraciones en su comportamiento expresado en violencia entre iguales estableciendo una relación negativa con sus compañeros así como también un patrón de agresividad y conflictividad en sus relaciones interpersonales.

- **PREGUNTA N°. 6.** Maltrato verbal.

CUADRO N°. 18

Pregunta 6	SI	NO	Total
Infantes	8	0	8
Porcentaje	100,0%	0,0%	100%

GRÁFICO N°. 6



- Fuente: Evaluación Clínica, infantes institucionalizados en Casa Hogar "San Carlos" MIES INNFA.
- Realizado por: Reino Paúl, Roberto Choto.

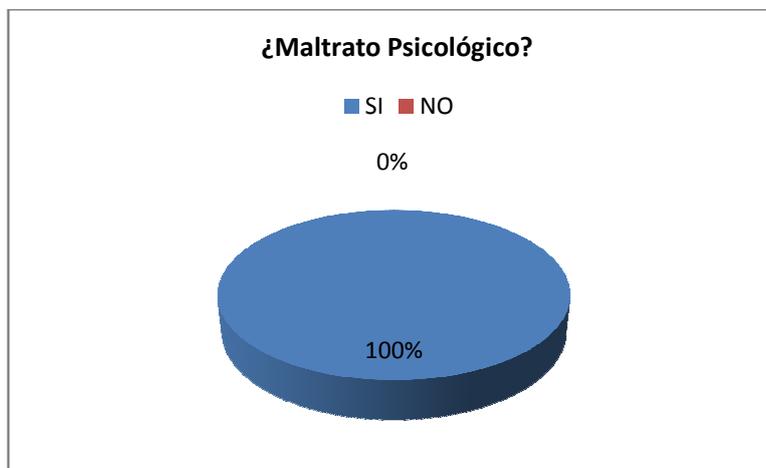
En lo que corresponde a la Pregunta N°.6: ocho niños/as, que equivale al 100% (institucionalizados en la Casa Hogar "INNFA") han sufrido Maltrato verbal por parte de sus padres así: despreciándolos, avergonzándolos, criticándolos y castigándolos verbalmente.

- **PREGUNTA N°. 7.** Maltrato Psicológico.

CUADRO N°. 19

Pregunta 7	SI	NO	Total
Infantes	8	0	8
Porcentaje	100,0%	0,0%	100%

GRÁFICO N°. 7



- **Fuente:** Evaluación Clínica, infantes institucionalizados en Casa Hogar “San Carlos” MIES INNFA.
- **Realizado por:** Reino Paúl, Roberto Choto.

En lo que corresponde a la Pregunta N°.7: ocho niños/as que equivale al 100% (institucionalizados en la Casa Hogar “INNFA”) han sufrido maltrato psicológico por parte de sus padres.

Se identifica maltrato emocional, psicológico o disminución de la autoestima del niño y niña, provocándole sufrimiento que afecta su desarrollo afectivo, intelectual y evolutivo. Incluyéndose: Otras formas no físicas de tratamiento hostil. Aterrorizar con amenazas de castigo o de abandono. Aislamiento, violencia doméstica entre los padres en presencia del niño. Ignora los intentos y las necesidades del niño de interactuar. Ausencia de expresión de afecto cuidado y amor. Falta de motivación y rechazo de atención psicológica.

3.9.2. Cuantificación de la encuesta estructurada de diagnóstico de conducta negativista.

CUADRO N°. 20

CUANTIFICACIÓN DE LA ENCUESTA ESTRUCTURADA DE DIAGNÓSTICO DE CONDUCTA NEGATIVISTA.

	SI	Porcentaje de la respuesta SI	NO	Porcentaje de la respuesta NO	% Total
PREGUNTA 1	8	100,0%	0	0,0%	100,0%
PREGUNTA 2	5	62,5%	3	37,5%	100,0%
PREGUNTA 3	7	87,5%	1	12,5%	100,0%
PREGUNTA 4	7	87,5%	1	12,5%	100,0%
PREGUNTA 5	6	75,0%	2	25,0%	100,0%
PREGUNTA 6	4	50,0%	4	50,0%	100,0%
PREGUNTA 7	5	62,5%	3	37,5%	100,0%
PREGUNTA 8	6	75,0%	2	25,0%	100,0%
PREGUNTA 9	6	75,0%	2	25,0%	100,0%
PREGUNTA 10	2	25,0%	6	75,0%	100,0%

- **Fuente:** Encuesta aplicada a Madres Educadoras de la Casa Hogar “San Carlos” MIES INNFA.
- **Realizado por:** Reino Paúl, Roberto Choto

3.9.2.1. Resultados de la cuantificación de la encuesta estructurada de diagnóstico de conducta negativista en los casos estudiados.

- **PREGUNTA N°. 1.** Tiene rabietas frecuentes.

CUADRO N°. 21

Pregunta 1	SI	NO	Total
Infantes	8	0	8
Porcentaje	100,0%	0,0%	100%

GRÁFICO N°. 8



- Fuente: Encuesta aplicada a Madres Educadoras de la Casa Hogar “San Carlos” MIES INNFA.
- Realizado por: Reino Paúl, Roberto Choto

En lo que corresponde a la Pregunta N°.1: Ocho niños/as que equivale al 100% (institucionalizados en la Casa Hogar “INNFA”) presentan rabietas frecuentes; Constantemente reaccionan con irritabilidad, enojo, zapateando, dando patadas a la pared, a muebles, con los puños contra la mesa o un sillón, elevando el tono de voz, “gritando haciendo berrinche”.

- **PREGUNTA N°. 2.** Tiene excesivas discusiones con los adultos.

CUADRO N°. 22

Pregunta 2	SI	NO	Total
Infantes	5	3	8
Porcentaje	62,5%	37,5%	100%

GRÁFICO N°. 9



- Fuente: Encuesta aplicada a Madres Educadoras de la Casa Hogar “San Carlos” MIES INNFA
- Realizado por: Reino Paúl, Roberto Choto.

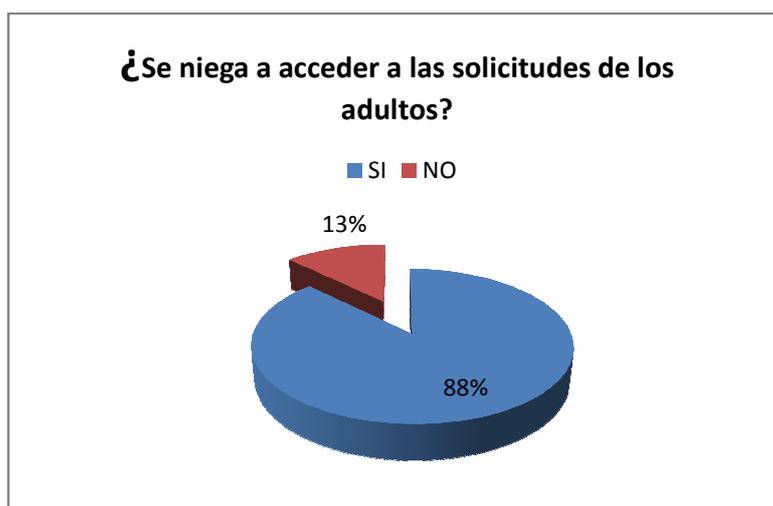
En lo que corresponde a la Pregunta N°.2: cinco niños/as que equivale al 63% (institucionalizados en la Casa Hogar “INNFA”) presentan excesivas discusiones con los adultos; tres niños/as que equivale al 37% no presentan discusiones con los adultos. Así obtenga una respuesta adecuada, lo importante para él es hacer problema y tratar de “salirse con la suya” indisponiendo a todos. Observándose así la tendencia de los niños/as a una actitud discutidora, opositora.

- **PREGUNTA N°. 3.** Se niega a acceder a las solicitudes de los adultos.

CUADRO N°. 23

Pregunta 3	SI	NO	Total
Infantes	7	1	8
Porcentaje	87,5%	12,5%	100%

GRÁFICO N°. 10



- Fuente: Encuesta aplicada a Madres Educadoras de la Casa Hogar “San Carlos” MIES INNFA
- Realizado por: Reino Paúl, Roberto Choto.

En lo que corresponde a la Pregunta N°.3, siete niños/as que equivale al 87% (institucionalizados en la Casa Hogar “INNFA”) se niegan a acceder a las solicitudes de los adultos; Un niño/a, que equivale al 13% no presenta discusiones con los adultos; los niños problemas se oponen activamente a la ejecución de actividades, horarios, salidas, hábitos, reglas impuestas por los padres u otros familiares.

- **PREGUNTA N°. 4.** Cuestiona constantemente las normas; se niega cumplir las reglas.

CUADRO N°. 24

Pregunta 4	SI	NO	Total
Infantes	7	1	8
Porcentaje	87,5%	12,5%	100%

GRÁFICO N°. 11



- **Fuente:** Encuesta aplicada a Madres Educadoras de la Casa Hogar “San Carlos” MIES INNFA
- **Realizado por:** Reino Paúl, Roberto Choto.

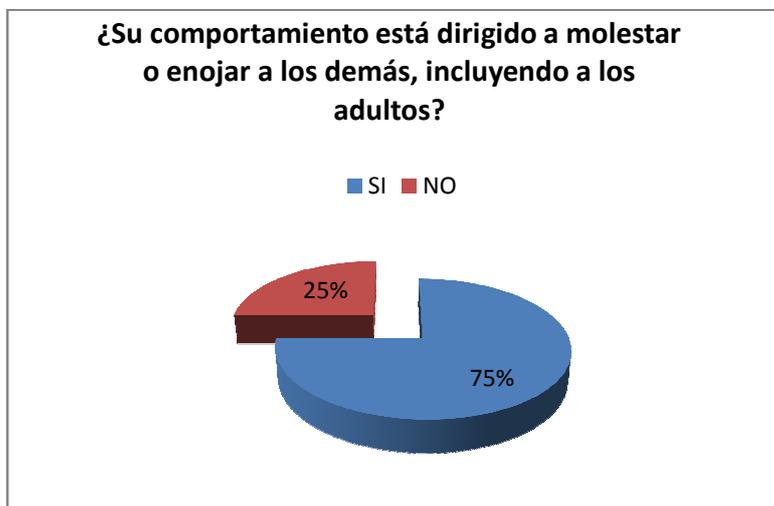
En lo que corresponde a la Pregunta N°.4: siete niños/as que equivale al 87% (institucionalizados en la Casa Hogar “INNFA”) cuestionan constantemente las normas y se niegan a cumplir las reglas, un niño/as, que equivale al 13% no cuestiona las reglas. Los niños/as problemas quebrantan deliberadamente las normas llevados de una agresividad interior hacia los educadores, los mayores y los padres, conducta derivada generalmente de conflictos personales.

- **PREGUNTA N°. 5.** Su comportamiento está dirigido a molestar o enojar a los demás, incluyendo a los adultos.

CUADRO N°. 25

Pregunta 5	SI	NO	Total
Infantes	6	2	8
Porcentaje	75,0%	25,0%	100%

GRÁFICO N°. 12



- Fuente: Encuesta aplicada a Madres Educadoras de la Casa Hogar “San Carlos” MIES INNFA
- Realizado por: Reino Paúl, Roberto Choto.

En lo que corresponde a la Pregunta N°.5: En seis niños/as que equivale al 75% (institucionalizados en la Casa Hogar “INNFA”) su comportamiento está dirigido a molestar o enojar a los demás, incluyendo a los adultos; A propósito, juegan dentro de la sala cuando existe visitas, levantan el volumen cuando se está dialogando, ubican juguetes en la mesa en el momento de la alimentación, se muestran molestos y desafiantes con los demás.

Dos niños/as, que equivale al 25% (institucionalizados en la Casa Hogar “INNFA”), mantienen buena relación con los demás su comportamiento es adecuado al momento de tratar con una figura de autoridad.

- **PREGUNTA N°. 6.** Culpa a otras personas por su mal comportamiento o errores.

CUADRO N°. 26

Pregunta 6	SI	NO	Total
Infantes	4	4	8
Porcentaje	50,0%	50,0%	100%

GRÁFICO N°. 13



- Fuente: Encuesta aplicada a Madres Educadoras de la Casa Hogar “San Carlos” MIES INNFA
- Realizado por: Reino Paúl, Roberto Choto.

En lo que corresponde a la Pregunta N°.6: cuatro niños/as que equivale al 50% (institucionalizados en la Casa Hogar “INNFA”) culpan a otras personas por su mal comportamiento o errores; Siempre dicen mi hermano(a) fue y frente a ellos les critican sobre acciones que en realidad no cometieron, también pueden reprochar a otros menores e incluso a personas adultas, niegan haber hecho y culpan a los demás de sus realizaciones, provocando dificultades en el ambiente donde se encuentra.

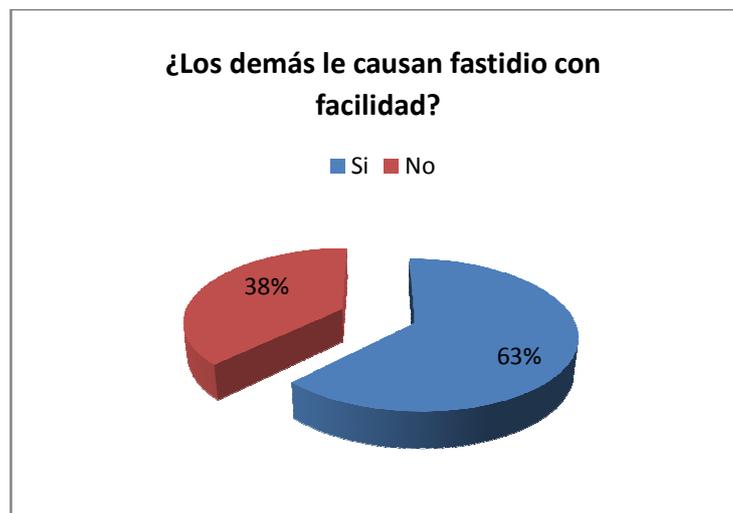
Cuatro niños/as, que equivale al 50% (institucionalizados en la Casa Hogar “INNFA”) no culpan a los demás por su mal comportamiento, reflejando en este punto un comportamiento aparentemente normal.

- **PREGUNTA N°. 7.** Los demás le causan fastidio con facilidad.

CUADRO N°. 27

Pregunta 7	SI	NO	Total
Infantes	5	3	8
Porcentaje	62,5%	37,5%	100%

GRÁFICO N°. 14



- **Fuente:** Encuesta aplicada a Madres Educadoras de la Casa Hogar “San Carlos” MIES INNFA
- **Realizado por:** Reino Paúl, Roberto Choto.

En lo que corresponde a la Pregunta N°.7: A cinco niños/as que equivale al 63% (institucionalizados en la Casa Hogar “INNFA”) los demás les causan fastidio con facilidad; fácilmente pierden el control, desafían, provocan enfrentamiento con los adultos, con hermanos, con los compañeros se vuelve resentidos (“no se olvida de lo que le dicen o lo que le hacen”) al mínimo estímulo y no lo superan prontamente, en cualquier situación lo sacan y lo relucen, se les hace difícil soportar la palabra “no”.

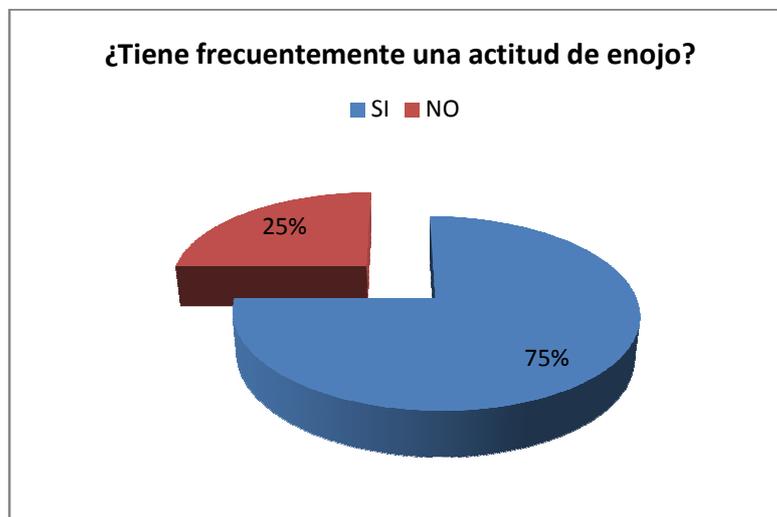
Tres niños/as que equivale al 37% (institucionalizados en la Casa Hogar “INNFA”) no presentan esta anticonducta, reflejando aparente normalidad.

- **PREGUNTA N°. 8.** Tiene frecuentemente una actitud de enojo.

CUADRO N°. 28

Pregunta 8	SI	NO	Total
Infantes	6	2	8
Porcentaje	75,0%	25,0%	100%

GRÁFICO N°. 15



- Fuente: Encuesta aplicada a Madres Educadoras de la Casa Hogar “San Carlos” MIES INNFA
- Realizado por: Reino Paúl, Roberto Choto.

En lo que corresponde a la Pregunta N°.8: seis niños/as que equivale al 75% (institucionalizados en la Casa Hogar “INNFA”) tienen frecuentemente una actitud de enojo frente a un término o a una frase que les mencionan o escuchan, sin ser muy atentatoria o peyorativa, reaccionan de inmediato con tristeza, apenados y con enojo, peor si son culpados directamente de algún error propio, tienen un nivel bajo con relación a los niño/as de su edad para tolerar una situación frustrante (para otros no es frustrante mencionarle: ”solo enojado pasas juega en el patio y no en la sala”).

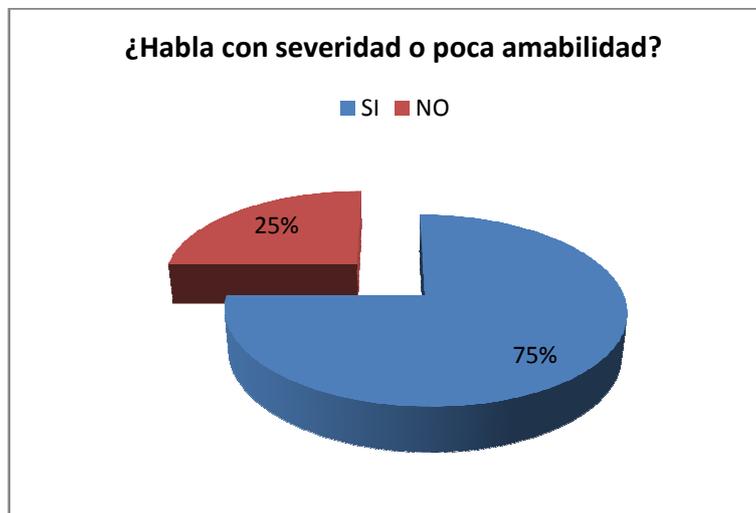
Dos niños/as, que equivale al 25% (institucionalizados en la Casa Hogar “INNFA”) no presentan actitud de enojo, reflejando aparente normalidad.

- **PREGUNTA N°. 9.** Habla con severidad o poca amabilidad.

CUADRO N°. 29

Pregunta 9	SI	NO	Total
Infantes	6	2	8
Porcentaje	75,0%	25,0%	100%

GRÁFICO N°. 16



- Fuente: Encuesta aplicada a Madres Educadoras de la Casa Hogar “San Carlos” MIES INNFA
- Realizado por: Reino Paúl, Roberto Choto.

En lo que corresponde a la Pregunta N°.9: seis niños/as que equivale al 75% (institucionalizados en la Casa Hogar “INNFA”) hablan con severidad y poca amabilidad; Se vuelven groseros, no colaboran, se resisten a la autoridad, con el empleo de términos, frases y oraciones fuera de tono, e impronunciable, por ejemplo: en lugar de decir glúteos o nalgas.....pechos o senos....., rostro....., labios....., utilizan términos equivalentes cuando se encuentran coléricos, cuando se les niegan algo, cuando observan y no lo obtienen, etc.

Dos niños/as, que equivale al 25% (institucionalizados en la Casa Hogar “INNFA”) no presentan esta anticonducta, reflejando aparente normalidad.

- **PREGUNTA N°. 10.** Se comporta deliberadamente, de forma que suscita conflicto emocional.

CUADRO N°. 30

Pregunta 10	SI	NO	Total
Infantes	2	6	8
Porcentaje	25,0%	75,0%	100%

GRÁFICO N°. 17



- Fuente: Encuesta aplicada a Madres Educadoras de la Casa Hogar "San Carlos" MIES INNFA
- Realizado por: Reino Paúl, Roberto Choto.

En lo que corresponde a la Pregunta N°.10: dos niños/as que equivale al 25% (institucionalizados en la Casa Hogar "INNFA") se comportan deliberadamente, de forma que suscitan conflicto emocional; Fácilmente pierden el control, desafían, provocan enfrentamiento con los adultos, con hermanos, con los compañeros se vuelve resentidos.

Seis niños/as, que equivale al 75% (institucionalizados en la Casa Hogar "INNFA") no suscitan conflicto emocional o anticonducta, reflejando aparente normalidad.

3.8. RELACIÓN ENTRE LAS VARIABLES:

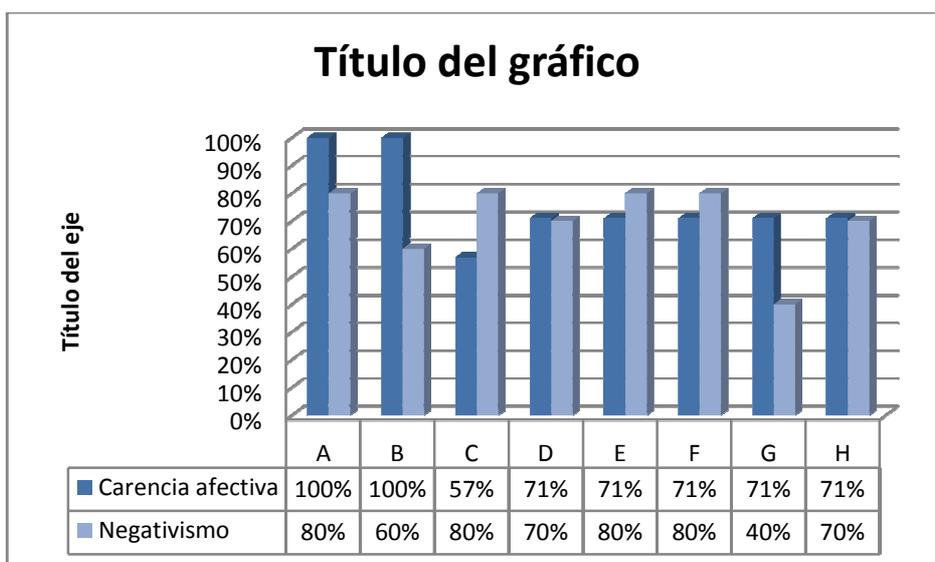
CUADRO N°. 31

RELACIÓN ENTRE LAS VARIABLES.

Infante	Carencia afectiva	Negativismo
A	100%	80%
B	100%	60%
C	57%	80%
D	71%	70%
E	71%	80%
F	71%	80%
G	71%	40%
H	71%	70%

GRÁFICO N°. 18

RELACIÓN ENTRE LAS VARIABLES.



- Fuente: Relación entre las variables; la Evaluación Clínica, infantes institucionalizados en Casa Hogar “San Carlos” MIES INNFA. Y la encuesta aplicada a Madres Educadoras de la Casa Hogar “San Carlos” MIES INNFA
- Realizado por: Reino Paúl, Roberto Choto.

3.10.1. Resultados relación entre las variables.

El infante A presenta carencia afectiva en el nivel más alto (100%), y negativismo (80%) dirigido hacia las Madres educadoras. El infante refleja desadaptación al medio, con comportamiento oposicionista-desafiante: Presenta carácter impulsivo y agresivo, evidenciándose conducta disocial.

El infante B presenta carencia afectiva en el nivel más alto (100%) y negativismo (60%), cabe resaltar que, si el infante A y B tienen la misma carencia afectiva, por el hecho de ser hermanos, el negativismo presenta variación por la individualidad el infante B (de cuatro años), ya que se encuentra adaptado al contexto institucional y a las Madres educadoras, ya que las ve como imágenes parentales.

El infante C presenta carencia afectiva en nivel medio (57%) y un negativismo del (80%), evidenciándose la influencia de la carencia afectiva en la conducta negativista y la depresión en el infante.

El infante D presenta carencia afectiva en nivel medio-alto (71%) y negativismo del (70%). El niño/as presenta desinterés por su madre biológica, afectando su esfera emocional con manifestaciones de ansiedad y depresión.

El infante E presenta carencia afectiva en el nivel medio-alto (71%) y un negativismo del (80%). Refleja conducta negativista y desafiante; evidenciando un trastorno disocial desafiante y oposicionista.

El infante F presenta carencia afectiva en el nivel medio (57%) y negativismo del (80%). Su comportamiento (es un caso típico) por moldeamiento específico del padre rígido y agresivo, desencadenando en el niño/as manifestaciones disociales-depresivas.

El infante G presenta carencia afectiva en un nivel medio-alto (71%) y negativismo del (40%), entendiéndose que en este caso la carencia afectiva no tuvo efecto mayor en el negativismo, ya que los problemas conductuales presentados por el infante no son dirigidos a las Madres educadoras, pero si a sus compañeros varones. La niña presenta cuadro depresivo.

El infante H presenta carencia afectiva en nivel medio- alto (71%) y negativismo del (70%), lo que demuestra que existe relación entre las dos variables, en razón del porcentaje similar. Presenta patología psicossomática "Enuresis orgánica"?

CAPITULO IV

4.1. CONCLUSIONES.

- La investigación realizada se ha comprobado la hipótesis planteada “La carencia afectiva influye en la conducta negativista de los niños/as de 4 a 6 años de edad con respecto a las madres educadoras, encargadas de su cuidado en el INNFA”
- Los resultados son claros respecto de los 8 casos investigados, específicamente en lo que corresponden a las preguntas relacionadas con ausentismo de las figuras paternas, uno de los dos o los dos a la vez. Como también en lo referente a la negligencia familiar, relativa al cuidado de los niños/as y el maltrato físico, verbal y psicológico. Entendiéndose a este grupo de niños/as (8) como un grupo de riesgo, vulnerable por las circunstancias indicadas, propias de sistemas familiares disfuncionales.

Así mismo, los niños/as (casos de estudio) evidencian conducta negativista o desadaptativa, misma impide el normal desarrollo del carácter y de la personalidad en su totalidad, como también la normal capacidad de interacción social. Entendiéndose de esta forma la relación de las variables CARENCIA AFECTIVA y CONDUCTA NEGATIVISTA, como aprendizaje inadecuado y/o mecanismos de defensa por la carencia de los niños/as.

- Se concluye que, la carencia afectiva dada por el ausentismo y el maltrato de las figuras paternas son el factor causal y determinante en la conducta negativista de los niño/as. Determinando la relación entre las dos variables.
- En los ocho casos investigados, aparte de evidenciarse la carencia afectiva a causa del abandono de las figuras paternas y el maltrato, se determina patología del estado de ánimo y la conducta, concomitante al “Soporte familiar inadecuado” (por abandono y maltrato).
- Los sistemas (contextos) familiares disfuncionales o conflictivos fomentan la indiferenciación, las anti conductas y el desorden de la personalidad, en todos los miembros familiares y, más específicamente en los niños/as.

4.2. RECOMENDACIONES.

- El estado; las instituciones educativas, de la salud y otras deben brindar la debida importancia a los niños/as, para fomentar un normal desarrollo (físico, psicológico y social).
- Dar prioridad a la prevención primaria, enfocada a la salud mental de la familia y los niños/as, fomentando la educación en los medios de comunicación, las instituciones en general y demás contextos sociales.
- Debe darse la debida importancia a las instituciones que acogen a los niño/as desamparados y maltratados, incrementando la infraestructura, y profesionales de la salud mental (Psicólogos Clínicos, Psicoreahabilitadores y otros).
- La facultad de Ciencias de la Salud con su Escuela de Psicología Clínica, incremente su responsabilidad académica y social (Principio filosófico de la “UNACH”), realizando investigación y, por medio de los estudiantes de años superiores brinde atención psicológica en las instituciones que acogen a niño/as desamparados, como también prevención primaria en los contextos sociales más vulnerables de la provincia de Chimborazo, relacionando todo esto a la “vinculación con la comunidad”.

5. BIBLIOGRAFÍA.

- AINSWORTH, M.D . Las repercusiones de la carencia materna, en La carencia de los cuidados maternos: reevaluación de sus efectos, Ginebra, OMS 1961, monografía nº 14 p. 95-168.
- BOWBY, J. Attachement et perte, 3 vol, Paris, PUF 1978-1980.
- BOWBY, J. L/ ansiedad de la separación, Psychiatr, enf, 1962, vol 6 nº 1 p 317-335
- Bowlby, J. (1982) Attachment and Loss: Vol 1. Attachment. New York: Basic Books
- Diccionario de la lengua española © 2005 Espasa-Calpe:
- Diccionario de Roudinesco.
- Diccionario Enciclopédico Océano Uno Color.
- Greenberg, M.T. (1999). Apego y Psicopatología en niños. New York: The Guilford Press.
- Guex, (1973) y Lamay (1979) dieron una descripción detallada de esta patología diferenciando los síntomas afectivos somáticos y cognoscitivos.
- Hall y Fagen: teoría de la comunicación humana. Watzlewicks y otros. Edit., heder, Barcelona, España. Segunda Edición, 1981, p. 117.
- <http://www.psicopedagogia.com/definicion/carencia%20afectiva>
- J. Díaz (2001). "problemas de conducta en la infancia o la LOGSE en el diván" Revista de Psiquiatría y Psicología del niño y el adolescente, vol 1 Nº 1.
- José M, Velásquez (1969), curso elemental de Psicología, profesor del instituto de la Víbora (La Habana) – Minerva Books, Ltd., New York, N.Y., 10003, impreso en E.E.U.U., octava edición, pag.353.
- LEMAY, M. J' ai mal a ma mere, Paris, Fleurus, 1979.

- Lucio Balareso (1998), psicoterapia, asesoramiento y consejería, edición de la PUEC, Quito, Ecuador; pág. 89 a 91
- Oswalo Bolagey, (2001), psicología clínica y psicorrehabilitación infantil, editorial universitaria, Quito, Ecuador, pag.137 a la 140
- RUTTER,M La separation parents-enfants: les effets psychologiques sur les enfants. Psychiatr, enf, 1974, vol. 17 n° 2 p. 479-514.
- Satir Virginia. Relaciones Humanas en el Núcleo Familiar. México. Ed. Pax. Cuarta edición, 1983. Pág. 2
- Silber, T. (1992). Manual de Medicina de la Adolescencia. Washington. Publicación de la OPS.
- Stierlin Helm y otros. Terapia de familia (la primera entrevista) Barcelona, España. Edit. Gedisa, 1 era edición, 1981, p.21.
- Watson, J.B. (1924) Behaviorism. Nueva York: W.W. Norton. (Traducción en Paidós, Buenos Aires, 1961).

ANEXOS

Fecha de Evaluación:

Nombre:.....

Sexo:.....

Edad:.....

Lugar de procedencia:

Tiempo de estancia en Casa Hogar:

Figura Paterna:.....

Figura Materna:.....

.....
.....

Antecedentes.-

.....
.....

En la casa Hogar: (Ingresado)

.....
.....

Problema actual.- A la evaluación clínica:

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

Al examen de funciones psíquicas:

.....
.....

Diagnóstico Clínico.

-
-

SEGUIMIENTO SEMANAL DEL CASO

FECHA	COMPORTAMIENTO MÁS RELEVANTE DEL NIÑO	MADRES EDUCADORAS

ENCUESTA PARA LAS MADRES EDUCADORAS MIES “INNFA”

Nombre del Infante:			
Preguntas		Si	No
¿Tiene rabietas frecuentes?			
¿Tiene excesivas discusiones con los adultos?			
¿Se niega a acceder a las solicitudes de los adultos?			
¿Cuestiona constantemente las normas; se niega cumplir las reglas?			
¿Su comportamiento está dirigido a molestar o enojar a los demás, incluyendo a los adultos?			
¿Culpa a otras personas por su mal comportamiento o errores?			
¿Los demás le causan fastidio con facilidad?			
¿Tiene frecuentemente una actitud de enojo?			
¿Habla con severidad o poca amabilidad?			
¿Se comporta deliberadamente, de forma que suscita conflicto emocional?			

**CUANTIFICACIÓN DE LA EVALUACIÓN CLÍNICA (INFORME
PSICOLÓGICO) INFANTE**

Nombre del Infante		
Preguntas	Si	No
¿Ausentismo de figura materna?		
¿Ausentismo de figura paterna?		
¿Ausentismo de las dos figuras paternas?		
¿Negligencia familiar en el cuidado del niño/as?		
¿Maltrato físico?		
¿Maltrato Verbal?		
¿Maltrato Psicológico?		