



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL ESTADO DE MÉXICO Y MUNICIPIOS
HOSPITAL REGIONAL NEZAHUALCÓYOTL

TESIS

**“EL SÍNDROME DE CARENCIA AFECTIVA Y SUS REPERCUSIONES EN LA
CONDUCTA DE LOS NIÑOS DE EDAD PREESCOLAR DERECHOHABIENTES DEL
HOSPITAL REGIONAL VALLE DE CHALCO”**

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR.

ALUMNO:
MARTINEZ YEDRA LESLIE PAMELA

Cd. Mx. 2023



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

“EL SÍNDROME DE CARENCIA AFECTIVA Y SUS REPERCUSIONES EN LA CONDUCTA DE LOS NIÑOS DE EDAD PREESCOLAR DERECHOHABIENTES DEL HOSPITAL REGIONAL VALLE DE CHALCO”

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR.
PRESENTA

DRA. LESLIE PAMELA MARTINEZ YEDRA.

AUTORIZACIONES:

DR. LIBRADO CARLOS BARNAD ROMERO
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION
EN MEDICINA FAMILIAR EN EL
HOSPITAL REGIONAL NEZAHUALCOYOTL

DR. BARRERA TENAHUA OSCAR
ASESOR METODOLOGICO DE TESIS
PROFESOR ADJUNTO DEL CURSO DE ESPECIALIZACION
EN MEDICINA FAMILIAR EN EL HOSPITAL REGIONAL NEZAHUALCOYOTL

DR. GUILLERMO VICTAL VÁZQUEZ
DIRECTOR DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD

ING. JOANNA PATRICIA GALINDO MONTEAGUDO
JEFA DE DEPARTAMENTO DE INVESTIGACION E INNOVACION EDUCATIVA EN
SALUD.

**“EL SÍNDROME DE CARENCIA AFECTIVA Y SUS REPERCUSIONES EN LA
CONDUCTA DE LOS NIÑOS DE EDAD PREESCOLAR DERECHOHABIENTES DEL
HOSPITAL REGIONAL VALLE DE CHALCO”**

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR.

PRESENTA

DRA.MARTINEZ YEDRA LESLIE PAMELA

AUTORIZACIONES:

DR. JAVIER SANTACRUZ VARELA
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.

DR. GEOVANI LÓPEZ ORTIZ
COORDINADOR DE INVESTIGACION
DE LA SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.

DR. ISAIAS HERNÁNDEZ TORRES

COORDINADOR DE DOCENCIA
DE LA SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.

AGRADECIMIENTOS

“ QUIERO AGRADECER EN PRIMERA INSTANCIA A MI FAMILIA ASI COMO A MI COMPAÑERO DE VIDA EZEQUEIL SUAREZ SALAZAR, PERSONAS DE GRAN SABIDURIA QUIENES SE HAN ESFORZADO POR AYUDARME A LLEGAR AL PUNTO EN EL QUE ME ENCUENTRO, GRACIAS POR ESTAR EN ESTE CAMINO , GRACIAS A USTEDES HE LOGRADO IMPORTANTES OBJETIVOS COMO CULMINAR EL DESARROLLO DE MI TESIS CON ÉXITO Y OBTENER UNA AFABLE TITULACIÓN PROFESIONAL”

INDICE. (ejemplo)

RESUMEN	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
SUMMARY	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
MARCO TEORICO	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
JUSTIFICACIÓN	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
HIPÓTESIS	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
OBJETIVOS	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
OBJETIVO GENERAL.....	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
MÉTODOS	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
TIPO DE ESTUDIO.....	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
<i>Población, lugar y tiempo</i>	¡Error! Marcador no definido.
<i>Tipo de muestra y tamaño de la muestra</i>	¡Error! Marcador no definido.
CRITERIOS DE SELECCIÓN.....	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
<i>Criterios de inclusión</i>	¡Error! Marcador no definido.
<i>Criterios de exclusión</i>	¡Error! Marcador no definido.
<i>Criterios de eliminación</i>	¡Error! Marcador no definido.
VARIABLES DEL ESTUDIO.....	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
<i>Variable dependiente</i>	¡Error! Marcador no definido.
<i>Variables independientes</i>	¡Error! Marcador no definido.
OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
RECURSOS	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
<i>Recursos humanos</i>	¡Error! Marcador no definido.
<i>Recursos materiales</i>	¡Error! Marcador no definido.
<i>Recursos físicos</i>	¡Error! Marcador no definido.
<i>Financiamiento</i>	¡Error! Marcador no definido.
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
CONSIDERACIONES ÉTICAS	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
RESULTADOS	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
ANÁLISIS DE RESULTADOS	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
CONCLUSIONES	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
RECOMENDACIONES	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
ANEXOS	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.

El síndrome de carencia afectiva y sus repercusiones en la conducta de los niños de edad preescolar del Hospital Regional Valle de Chalco

Desde el siglo XX y ahora más arraigado durante el siglo XXI se han podido evidenciar algunos cambios en la sociedad y el sistema familiar, en donde ya cada día existen familias cuya estructura es por ambos padres que trabajan, familias uniparenterales o en donde solo por una u otra situación existen familias con un solo padre, lo que ocasiona que niños y niñas carezcan de la falta de atención de sus padres; porque sin querer están abandonando emocionalmente a sus hijos. En mucho de los casos, los padres tratan de satisfacer esta falta de cariño de forma material; es decir, dan a sus hijos cosas sin darse cuenta de que los están perjudicando, enseñándoles el valor del dinero dejando de lado el cariño, afecto, respeto que debe tener un hijo hacia a sus padres. Piensan que complaciendo a sus hijos en sus caprichos están haciendo lo correcto; pero, los niños y niñas necesitan quien comparta con ellos, les ayude con sus tareas, satisfaga el deseo de ser queridos, incluso algunos padres delegan este rol a terceras personas, como guarderías o CENDIS, en donde sus hijos comparten con personas ajenas a su entorno, o bien dejando sus funciones a abuelos, tíos, primos, etc., quienes tratan de llenar ese vacío dando cariño a los niños para que estos no se sientan desplazados.

Por lo tanto, estos padres pueden convertirse en figuras emocionalmente ausentes, provocando que sus hijos sean víctimas de una carencia afectiva. Entre las principales consecuencias de la carencia afectiva en los niños está el desarrollo de un autoconcepto negativo, el cual, a su vez, puede provocar el desarrollo de distintos problemas emocionales y conductuales que, por lo tanto, se pretendió realizar un estudio sobre la influencia una carencia afectiva por parte de sus padres y la repercusión en los cambios de conducta.

Afectiva

Según la definición de la Psicología Médica, la afectividad es una cualidad del ser psíquico caracterizada por la capacidad del sujeto de experimentar íntimamente las realidades exteriores y de experimentarse a sí mismo. Es decir, de convertir en experiencia interna cualquier contenido de conciencia. La naturaleza de la afectividad consiste, pues, en convertir toda relación en experiencia interna (vivencia). Y su finalidad, en dotar de significado personal los propios contenidos de la experiencia.¹

Una definición más concreta considera que es un conjunto de fenómenos subjetivos internos que modifican el estado de ánimo y que pueden manifestarse a manera de placer o de dolor. La afectividad se encuentra presente en todo momento como respuesta ante los estímulos que el ambiente aporta. Se manifiesta por distintos medios como son los sentimientos, las emociones, las pasiones y las motivaciones, dependiendo de su intensidad y duración.¹

El alcance de la afectividad ha variado considerablemente en el curso de los últimos 50 años, hasta el punto de que es conveniente recordar que mientras existe una claridad bastante general respecto a lo que es una sensación, una percepción, etcétera, impera la falta de claridad en lo tocante a la palabra y al concepto sentimiento. Ordinariamente, se llama sentimiento a todo lo psíquico que no puede colocarse en el mismo plano con los fenómenos de la conciencia del objeto, ni con los movimientos instintivos y el acto de la voluntad. Todas las formaciones psíquicas no desarrolladas, oscuras, todo lo impalpable, lo que se escapa al análisis se llama sentimiento. En una palabra: todo lo que no se puede llamar de otro modo.¹

Ahora bien, en español, es difícil definir lo que son los sentimientos puesto que se utiliza la misma palabra por lo menos en dos sentidos: sentir puede ser una sensación (como cuando decimos «siento un vacío en el estómago»). O sentir puede ser un sentimiento (como cuando decimos «siento mucha pena»). Por lo tanto, es importante no confundir la sensación, con el sentimiento. La sensación sólo toma conciencia de nuestro propio cuerpo.²

Los sentimientos refieren también a un estado interior e íntimo, pero también a algo exterior. Los sentimientos generan, por tanto, una conducta prolongada en el tiempo. Para el autor denominado Yepes, los sentimientos podrían definirse como el modo de

sentir las tendencias, o como las tendencias sentidas (tanto sensibles como intelectivas). Por ejemplo: la tristeza, pueden definirse como la conciencia de la armonía o disarmonía entre la realidad y nuestras tendencias. Esto es porque entre la realidad percibida y nosotros puede existir acuerdo o conflicto; cuando tomamos conciencia de uno u otro, surgen los sentimientos que serían, entonces, la conciencia de la adecuación o la inadecuación entre la realidad y nuestras tendencias.^{2,3}

Es entonces un hecho que todo ser humano para poder sobrevivir debe estar rodeado de personas, para desarrollar sus conocimientos y saber relacionarse con la realidad, y también siendo indispensable que reaccione de una u otra forma frente a los fenómenos de la naturaleza y del medio que lo rodea. El ser humano desde el momento que nace trata de sobrevivir dentro de la sociedad y del ambiente en el cual va a ir desarrollándose; y a través de esta lucha por sobrevivir, se van dando diferentes maneras de relacionarse con el medio que lo circunda.³

Para que se de todo esto se da la presencia de aspectos psicológicos, biológicos y sociales; los cuales interaccionan unos con otros en cada individuo. La vida afectiva es el conjunto de estados y tendencias que el individuo vive de forma propia e inmediata (subjetividad), que influyen en toda su personalidad y conducta (trascendencia), especialmente en su expresión (comunicatividad), y que por general se distribuyen en términos duales, como placer-dolor, alegría-tristeza, agradable-desagradable, atracción-repulsión, etc. (polaridad).

La afectividad, como hemos señalado, es parte integral de la persona y demuestra su unidad constitutiva. Como en todos los aspectos de la vida humana, no pueden sentarse o instituirse bases estrictas que den resultados siempre y en todos los individuos. Sin embargo, sí es posible trazar estrategias que en términos generales resulten, por lo menos, en un modo más efectivo para manejarse por la vida.

La educación de la afectividad debe comenzar en la infancia. Todos los niños están siendo educados continuamente, aun sin que los padres se den cuenta de ello. En efecto, todo el tiempo los niños están expuestos a un aprendizaje en los diversos aspectos de la vida.

Este aprendizaje surge paulatinamente. Algunos aspectos están biológicamente determinados y no constituyen un aprendizaje en el sentido estricto de la palabra, sino un reflejo biológicamente establecido que se manifestará en el momento adecuado del desarrollo neurobiológico y psicológico del niño (por ejemplo: la capacidad de caminar está biológicamente constituida y debe presentarse en un determinado momento del desarrollo). Si no aparece en el momento adecuado, entonces empezamos a preocuparnos porque no es “normal” que un niño no camine si ya tiene 18 meses. Lo mismo cabe decir para la adquisición de otras capacidades (sentarse, hablar, etcétera).

4

Esta educación de la efectividad debe por lo tanto darse en núcleo familiar, en ella se forma lo más complejo y valioso del universo, la vida de las personas y las creaciones más trascendentes, los procesos, propiedades y formaciones psicológicas, la personalidad y sus elaboraciones culturales y socio históricas. Es en ella como parte de las funciones básicas los aspectos de cuidado y afecto.⁴

Para cada ser humano la familia es extremadamente importante, por todo lo que se recibe de ella, desde el punto de vista biológico, social y psicológico, lo cual incluye la organización y formación inicial y desarrollo permanente de los procesos cognoscitivos, aspectos muy importantes de la inteligencia humana y también los componentes afectivos motivacionales y volitivos, los valores, las cualidades y rasgos del carácter. Lo que ocurre a cada momento en las situaciones comunicativas y de interrelación con el medio en la vida del individuo en su grupo familiar, deja huellas que son extremadamente importantes y duraderas, llegando en muchos casos a ser responsables, en una considerable medida, del mayor o menor nivel del desarrollo intelectual, de la calidad afectiva de las personas, de su salud física o mental, felicidad, autovaloración, autoestima, el carácter e incluso de la regulación motivacional y cognitivo instrumental de las personas y la personalidad.⁴

Las actividades y relaciones intrafamiliares, que se agrupan en funciones familiares, están encaminadas a la satisfacción de importantes necesidades de sus miembros, no como individuos aislados, sino en estrecha interdependencia. Pero, además, a través de ellas en esa vida grupal se produce la formación y transformación de la personalidad

de sus integrantes. O sea, estas actividades y relaciones intrafamiliares tienen la propiedad de transmitir los conocimientos iniciales y formar en los hijos las primeras cualidades de la personalidad que son la condición para su asimilación ulterior del resto de las relaciones sociales. Se debe destacar que las relaciones afectivas entre los integrantes del grupo familiar y su comunicación interpersonal no ocurren al margen, sino que precisamente tienen su contenido psicológico en el desarrollo de estas actividades.⁵

La función biosocial de la familia está relacionada las relaciones sexuales y afectivas de la pareja, así como la procreación y crecimiento y cuidado de los hijos, la estabilidad familiar y en la formación emocional de los hijos y su identificación con la familia. La capacidad comunicativa se relaciona, necesariamente, con el desarrollo de la autonomía, el establecimiento de los límites, el ejercicio de la autoridad y la pertenencia al grupo familiar, siendo el epicentro de todos los problemas que acontecen en el seno de la familia; por tal motivo, Patricia Arés destaca que una buena o mala comunicación es el resultado, en primera de en qué medida las personas han aprendido a expresarse, no solo a nivel de información, sino también a expresar sentimientos, creándose aspectos de vínculos afectivos.⁵

Esta experiencia de vinculación es parte importante tanto en el desarrollo psico-biológico como psico-social, ya que se encuentra estrechamente relacionada con el contacto físico y social que mantenemos con otros sujetos que forman parte de nuestro entorno. El primer vínculo afectivo que establece una persona ocurre en el nacimiento con su cuidador principal que generalmente es la madre. Toda la interacción entre la madre y el bebé corresponden al proceso de construcción del vínculo afectivo entre ellos. El establecer y mantener un vínculo afectivo entre el recién nacido y sus cuidadores requiere tiempo, interacción frecuente y actividades comunes entre ellos. Es algo que se aprende y se perfecciona con el tiempo. El vínculo es la unión afectiva que emerge entre dos personas y que genera un marco de confianza en un contexto de comunicación y de desarrollo.⁶

Cuando existe un estilo de comunicación defectuoso la percepción del mundo, los procesos de socialización se distorsionan y la capacidad de resolución de conflictos no

encuentra una dirección debido a que los acontecimientos intrafamiliares son vividos de manera transitoria, produciendo alteraciones emocionales.

La experiencia de vinculación es parte importante tanto en el desarrollo psico-biológico como psico-social, ya que se encuentra estrechamente relacionada con el

Carencia Afectiva^{7,8,}

Para entender la carencia afectiva se debe conceptualizar lo que es el maltrato infantil. El maltrato infantil ha existido desde el comienzo de la humanidad; sin embargo, éste no era calificado como un problema ya que se consideraba que el niño era una propiedad del hombre, y por lo tanto, era aceptable que los padres o cualquier persona adulta se dirijan hacia ellos de manera abusiva.

En la actualidad, el maltrato infantil se define como cualquier acto u omisión de parte de una persona adulta hacia un niño que perjudique o interfiera en el desarrollo psicofísico, emocional y social del mismo. El maltrato se puede presentar de varias formas. Por un lado, puede darse cuando el abusador comete ciertas acciones, es decir, por una agresión física, emocional o por un acto sexual; y, por otro lado, se puede presentar cuando el abusador omite ciertas acciones, es decir, por un abandono físico o emocional (Norman, Byambaa, Butchart, Scott y Vos, 2012). Incluso, el maltrato puede manifestarse como una combinación de acciones y omisiones que perjudican el bienestar del individuo (Norman, et al., 2012).

Por consiguiente, una de las primeras definiciones en cuanto al abandono fue la omisión de una o más acciones por parte de los padres, afectando de manera negativa el desarrollo de sus hijos. A través de la historia, se consideraba que para que se dé un abandono se debía presentar una carencia de comida, ropa, casa, cuidado médico o una falta de supervisión. No fue hasta el año 1970 cuando se consideró que el niño también tiene necesidades emocionales, por lo que se introdujo la carencia afectiva dentro de estos factores (Rose y Meezan, 1993). Por lo tanto, la carencia afectiva se define como el fracaso de los padres, o cuidadores principales, por satisfacer las necesidades básicas del niño de recibir el afecto, estimulación y el nutrimento apropiado; provocando así, un daño emocional o físico en el mismo.⁹

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 cualquier circunstancia cualquier 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 negligencia y abandono o bien por situaciones de ruptura debido a sucesivas y repetidas hospitalizaciones, separación de los padres, etc.

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

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.^{7,8}

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 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.

Entonces 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. Se refiere a aquellas situaciones en que la maduración de la personalidad del individuo se interfiere por la falta grave de estimulación afectiva desde el vientre materno y de las personas encargadas de su cuidado. Es decir, es la ausencia de conductas de afecto que produce un mal funcionamiento de la relación afectiva entre madre-hijo, o de un sustituto materno, en donde no se logra establecer lazos afectivos seguros hacia un adulto.¹²

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 una descripción detallada de esta patología diferenciando los síntomas afectivos, somáticos y cognitivos son:¹³

Síntomas afectivos: las emociones y sentimientos del niño se verán afectadas cuando existe carencia afectiva, provocando en el niño síntomas afectivos como:

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.

b) Avidéz afectiva

El niño carencial 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 perdona la espera y la ausencia.

c) Agresividad reactiva

El temor a la pérdida del objeto amoroso es tan intenso que el niño somete constantemente a prueba el afecto de las personas, rechazando a los demás, mostrando actitudes de dureza, palabras o gestos hirientes para saber hasta qué punto es estimado.

d) Actitud pasiva

Es egocéntrico y dependiente.

e) Sentimientos de desvalorización o baja autoestima

El niño carencial niega su valía, se considera como un fracasado, su autoestima es baja, el niño duda de sí 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 inseguridad.

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.

Síntomas somáticos: diversos trastornos somáticos pueden aparecer sobre todo en el cuadro de carencia afectiva severa, debido al mal cuidado físico y médico por parte de las personas responsables del mantenimiento del niño, estos síntomas somáticos son:

a) Retardo estato-ponderal

El niño carencial puede presentar 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 este insuficientemente alimentado, no sintiéndose investido afectivamente por los padres proveedores. El retardo estato 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. Por ello, el sentimiento de responsabilidad hacia su cuerpo no está muy desarrollado, es más negligente y puede, 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 e integrada. Se observan principalmente dificultades de la coordinación motora por ejemplo en los deportes.

Síntomas cognitivos: las perturbaciones cognitivas por la carencia afectiva aparecen en diferentes áreas tales como:

a) Retardo intelectual

El niño carencial muestra normalmente un retardo intelectual con un CI inferior a la media. Este retardo intelectual es debido a la falta de estimulación sociocultural 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, trastornos en la articulación, retardo en el inicio de la palabra del lenguaje. El vocabulario y la comunicación son pobres.^{14,15}

Ante todo, esto es posible considerar diversas medidas de intervención para ayudar a los niños y adolescentes que viven en situaciones de deprivación afectiva o en riesgo de desarrollar una carencia afectiva. La intervención debe de estar adaptada a cada situación específica y responder a las necesidades del niño o adolescente.

a) Preparación a la separación: si el niño sufre separaciones normales en la vida (vacaciones, hospitalización, separación de los padres), es necesario que los padres adviertan y preparen al niño, y que se mantenga el contacto durante el período de separación (visitas, cartas, contactos telefónicos).

b) Medio sustituto adecuado: si el niño tiene que estar ubicado en un medio institucional (hospital, centro de acogida) por cualquier motivo (enfermedad, hándicap físico, deprivación en el ámbito natural), conviene que se ocupe del niño un número restringido de personas, y, a ser posible, que una persona, en concreto sea asignada a sus cuidados.¹⁶

c) Ayuda a los padres: cuando los padres viven en unas condiciones familiares y sociales desfavorables pueden perjudicar el desarrollo del niño, conviene darles la ayuda necesaria a estos padres; por ejemplo, arreglar sus dificultades materiales y financieras, aportar consejos sobre cuidados físicos y educación necesarios para el niño, mejorar la alianza familiar y conyugal mediante una psicoterapia.

d) Sustituto familiar: a veces, es necesario recurrir a un sustituto familiar (familia de acogida, hogar comunitario) para asegurar al niño un entorno más adecuado que el medio natural, por ser más estable, más estimulante, más reasegurante, más coherente y acogedor. Interesa que el niño encuentre un clima que responde a sus necesidades afectivas (por ejemplo, la edad de las parejas, las posibilidades de estimulación) y que puedan, a ser posible, mantener contacto con sus padres y hermanos. Si las condiciones del medio natural mejoran, es necesario prevenir y preparar el retorno próximo con los padres.

e) Ayuda escolar: la escuela puede ayudar al niño que presenta estas dificultades ofreciéndole un soporte en la adquisición de los aprendizajes escolares, en el desarrollo de la coordinación motora o mejorando la socialización. El medio escolar puede compensar o al menos disminuir, las lagunas del medio familiar aportando posibilidades de estimulación socioculturales.¹⁸

f) Recursos comunitarios: hay que pensar en un plan de prevención, a desarrollar por los recursos comunitarios para mejorar la calidad de vida de algunos barrios: cursos populares para los padres (sobre la educación de los niños, sobre las relaciones de pareja), actividades deportivas y culturales para los niños y adolescentes (colonias, casas de vacaciones), sistemas de ayuda (servicio de guardería, cooperativas). La mejora de las condiciones de vida en el plano social tendrá un efecto positivo en la calidad de las relaciones interpersonales y familiares.

g) Ubicación en centro de acogida: cuando un niño o adolescente presenta trastornos del comportamiento importantes o actos delictivos en base a una carencia afectiva, el recurso en un emplazamiento de medio institucional se torna necesario. ¿El centro de acogida puede ser para el niño o adolescente un medio favorable para el desarrollo psico-afectivo gracias a la estabilidad del personal y a las actividades estimulativas, y también favorable a la mentalización y a la socialización gracias al control de la acción? y a las relaciones personales.

H) Psicoterapia: el desarrollo de un espacio psicoterapéutico (en clínica externa o en institución) puede permitir al niño o adolescente vivir una relación estable donde puede expresar sus necesidades afectivas y sus temores al abandono, desarrollar un sentimiento de seguridad personal y de valoración. Técnicas terapéuticas: psicoterapia de juego, psicodrama, psicoterapia verbal, etc. según el paciente.¹¹

Relación de carencia afectiva y conducta^{18,19}

Conducta.

Generalmente, se entiende por conducta a la respuesta del organismo considerado como un todo: mantener una conversación, proferir enunciados, resolver un problema, atender a una explicación; es decir, respuestas al medio en las que intervienen varias

partes del organismo y que adquieren unidad y sentido por su inclusión en un fin. Cuando hablamos de conducta o comportamiento en el lenguaje habitual, nos referimos a la acción voluntaria y visible de un ser vivo.

En psicología conductista, sin embargo, el término tiene un alcance mucho mayor. Hablamos aquí de conducta para referirnos a toda actividad desarrollada por un organismo vivo. De hecho, incluye "todos y cada uno de los cambios que pueden ocurrir en un organismo o en cualquier parte de él". Podemos constatar que un individuo camina, habla o escribe utilizando simplemente nuestros sentidos, por ejemplo, la vista o el oído. Además, estas conductas son intencionales: persiguen un fin, y el sujeto las experimenta como voluntarias.

Otro grupo de comportamientos incluye las respuestas reflejas o automáticas del organismo frente a ciertos estímulos o situaciones. Si un auto frena bruscamente cerca de nosotros "estímulo" reaccionamos con una descarga de adrenalina y una aceleración de los latidos cardíacos "respuestas". Aunque no es posible observar directamente estas respuestas, pueden ponerse de manifiesto utilizando los medios apropiados. Un estetoscopio permite apreciar la existencia de taquicardia, y los estudios de laboratorio pueden confirmar la liberación de adrenalina en el torrente sanguíneo.

La característica común de los fenómenos que estamos describiendo es que se trata de cambios que tienen lugar en el organismo. Dichos cambios ocurren en forma refleja ante ciertos estímulos como la taquicardia ante el "frenazo" de un automóvil o se emiten con una finalidad como la conducta de hablar en clase. Sin embargo, no todos los cambios que ocurren en el organismo son públicamente observables o pasibles de ser identificados con instrumentos especiales. Los pensamientos y las emociones sólo son percibidos directamente por la persona que los experimenta. A pesar de ello, constituyen cambios en el organismo reflejos o intencionales y por eso se los considera conductas.

En términos generales, son fenómenos tales como los pensamientos, ideas, expectativas, afectos y emociones cuya ocurrencia no puede ser comprobada directamente por un observador. Se accede a ellas en forma indirecta, a través de la verbalización del sujeto que las experimenta o por el efecto que tienen sobre la

conducta observable. Podemos constatar que una persona siente miedo porque nos transmite verbalmente su vivencia, o deducirlo a partir de sus conductas visibles: sobresalto, temblor, palidez, etc.

Aunque es difícil establecer con precisión lo que un sujeto piensa o siente, podemos valorar el efecto de sus emociones, ideas y creencias sobre la conducta manifiesta. De hecho, las verbalizaciones internas lo que el sujeto se dice a sí mismo o las imágenes que evoca en una situación determinada, permiten explicar muchas veces sus reacciones visibles.

La conducta, aun la habitual, no ocurre en cualquier momento sino en determinadas circunstancias. Una persona puede reaccionar con pánico cada vez que su auto se detiene en un "embotellamiento", cuando viaja en ómnibus o cuando se sienta en el centro de una fila por ejemplo en el cine o el teatro. Tales circunstancias se consideran estímulos para la respuesta de miedo. El hecho de tomar en cuenta las situaciones en que ocurre el comportamiento, permite comprenderlo mejor que si se lo considera en forma aislada. Con frecuencia se descubre un factor común en los distintos estímulos que desencadenan la respuesta. En el caso anterior, de estar en centro de las butacas parece que el miedo surge cuando el sujeto se encuentra en un lugar de donde no puede salir rápidamente en caso de experimentar un ataque de pánico. A partir de allí, es posible seguir investigando cómo se producen los ataques.

Al tomar en cuenta los estímulos, no suponemos que la conducta ocurre siempre que el sujeto se encuentra en esas situaciones. Nos limitamos a consignar en qué circunstancias la respuesta es más probable, con objeto de enriquecer nuestro análisis. Tampoco suponemos que los estímulos siempre son externos al organismo: una idea o una sensación física, por ejemplo, son fenómenos internos que pueden generar futuras respuestas. Por último, estímulos y respuestas se encadenan continuamente, dando lugar a los complejos comportamientos humanos. Así, el encontrarse en un lugar atestado puede suscitar el pensamiento "me va a dar un ataque de pánico", el cual desencadena respuestas fisiológicas como taquicardia, transpiración y temblor. Estas respuestas suscitan nuevos pensamientos "ya me estoy poniendo nervioso"-, los cuales determinan la huida o el alejamiento de la situación temida.^{20,21}

Afectividad y conducta

La carencia afectiva que se presenta en los hogares repercute en las relaciones familiares ya sea por diversas situaciones ocasiona una problemática que se presenta a diario en nuestra sociedad principalmente en los niños en etapa preescolar y escolar, donde necesitan atención cuidados y el amor de sus padres para su desarrollo físico y emocional.

La falta de cuidados o de atención y protección de los padres, en especial el de la madre en los horarios adecuados para la conciliación familiar, es una problemática que afecta a muchos niños que a pesar de tener un familiar a sus cuidados este no reemplaza el afecto y cariño de los padres, provocando la carencia afectiva en sus hijos por escasez del amor, afecto, cariño y cuidado por parte de los padres, hacia los hijos.

El amor y a atención por parte de sus padres es importante en la etapa de la niñez, puesto que la carencia de afecto interrumpe la maduración cognitiva, física, emocional y social, del niño y causa trastornos conductuales y sociales, presentando así problemas en el desarrollo del lenguaje, bajo rendimiento académico y pocas habilidades sociales.

Los niños que no se sienten queridos por sus padres, con un ambiente frío, hostil, agresivo o negligente pueden acabar desarrollando trastornos psicológicos más o menos graves. Las consecuencias de las carencias afectivas sufridas durante los primeros años de vida son, con frecuencia, irremediables. Algunos de estos síntomas son:

- a. Problemas con el control de los impulsos, con cambios bruscos de conducta y respuestas agresivas.
- b. Desconfianza generalizada.
- c. Deficiente desarrollo del lenguaje y habilidades sociales.
- d. Déficit de atención.
- e. Trastornos de ansiedad.
- f. Dificultades para expresar sentimientos y problemas para modularlos.

Todos estos síntomas pueden llegar a hasta la edad adulta encontrándonos con personas egocéntricas, con escasas habilidades sociales y dependientes emocionalmente

Estas alteraciones de conducta se definen por la trasgresión persistente de normas aceptadas por un grupo social durante la infancia o adolescencia. Siempre ha sido origen de mucho interés, posiblemente por los diversos factores que intervienen, así como por la repercusión que tienen en el niño y en el ambiente que le rodea.

Son muchos los posibles tipos de alteraciones del comportamiento que existen, así como los diferentes grados de gravedad que pueden tener, desde una intensidad leve hasta muy grave.

Incluyen una amplia variedad de comportamientos, desde mentira y desobediencia hasta violación y homicidio. Pueden tener lugar en grupo y en solitario. Teniendo en cuenta el mal pronóstico y la connotación negativa asociada, es importante que estos diagnósticos se basen en estrictos criterios diagnósticos y no se asignen de forma indiscriminada. Suelen presentar un carácter agresivo, antisocial y retador tanto en el ambiente familiar como en el colegio. Pueden formar parte o acompañar a otra patología o ser una entidad psiquiátrica aislada. Estos trastornos provocan consecuencias que afectan a la vida familiar, social y escolar del niño.

La evaluación clínica se realiza mediante la entrevista clínica, siendo posible apoyarse en escalas o test de valoración de rasgos de vulnerabilidad y se ha de basar en criterios diagnósticos de los manuales de referencia: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5); trastorno negativista desafiante, trastorno explosivo intermitente, trastorno de conducta y Clasificación internacional de enfermedades (CIE-10); trastorno disocial desafiante y oposicionista.

Durante la entrevista se recogen la edad del menor, rasgos de personalidad (la falta de consideración por el otro es un rasgo esencial), forma de aparición, relación o no con algún factor estresante ambiental, reacción del entorno significativo (social y familiar), lugar de aparición (en el entorno académico, familiar o en ambos) y las consecuencias o la repercusión que tiene para el menor.

El límite entre lo normal y lo patológico lo determinan la intensidad, la frecuencia, el tipo de conducta, el ámbito sociocultural en el que aparecen, la repercusión en los demás, la reacción del niño ante su propia conducta, el tiempo de evolución, etc.

Contenidos de la entrevista clínica:

1. Motivo de consulta: tipo y frecuencia de aparición de las conductas problemáticas, edad de inicio, lugares donde se producen, reacción de la familia, profesores, compañeros; consultas y tratamientos anteriores.
2. Genograma familiar: identificar a las personas que, sin ser del núcleo familiar, participan en cuidados y educación del niño.
3. Antecedentes personales: prenatales, perinatales, alimentación, sueño, desarrollo psicomotriz, lenguaje, control de esfínteres, hábitos, enfermedades, accidentes, abuso físico y sexual (como víctima o perpetrador).
4. Historia escolar: edad de inicio, adaptación, motivo de los cambios de escuela, rendimiento académico, necesidades especiales, relación con profesores y compañeros, problemas de disciplina (edad y frecuencia).
5. Historia familiar: psicopatología de los padres (depresión, uso de sustancias, conducta antisocial), problemas conyugales, violencia doméstica, implicación en la educación de los hijos, estilo educativo, coherencia en la disciplina.
6. Informes de otros profesionales: profesores, psiquiatras, psicólogos, educadores, trabajadores sociales.

Criterios de gravedad. Entendemos como graves aquellas situaciones en las que la intensidad o frecuencia de las conductas son elevadas, existe un empeoramiento reciente, hay algún cambio brusco en el comportamiento, las personas a cargo no ejercen contención eficaz, no existe un ambiente protegido o de seguridad, aparece de forma comórbida a otras patologías psiquiátricas (el trastorno por déficit de atención e hiperactividad - TDAH, se acompaña de alteraciones del comportamiento hasta en un 60% de las ocasiones), presenta alteración del estado de ánimo, la conducta se mantiene tanto en el ambiente escolar como en el familiar, hay un detrimento en el

círculo social y en la relación con los iguales o alguna figura del entorno detecta la situación y emite una alarma ante lo sucedido.

Trastorno Negativista Desafiante (TND) según DSM 5:

A. Un patrón de enfado/ irritabilidad, discusiones/actitud desafiante o vengativa que dura por lo menos seis meses, que se manifiesta por lo menos con cuatro síntomas de cualquiera de las categorías siguientes y que se exhibe durante la interacción por lo menos con un individuo que no sea un hermano.

Enfado/irritabilidad

A menudo pierde la calma.

A menudo está susceptible o se molesta con facilidad.

A menudo está enfadado y resentido.

Discusiones/actitud desafiante

Discute a menudo con la autoridad o con los adultos, en el caso de los niños y los adolescentes.

A menudo desafía activamente o rechaza satisfacer la petición por parte de figuras de autoridad o normas.

A menudo molesta a los demás deliberadamente.

A menudo culpa a los demás por sus errores o su mal comportamiento.

Vengativo

Ha sido rencoroso o vengativo por lo menos dos veces en los últimos seis meses.

Se debe considerar la persistencia y la frecuencia de estos comportamientos para distinguir los que se consideren dentro de los límites normales, de los sintomáticos. En los niños de menos de cinco años el comportamiento del niño con Trastorno Negativista Desafiante (TND) debe aparecer casi todos los días durante un periodo de seis meses por lo menos, a menos que se observe otra cosa.

En los niños de cinco años o más, el comportamiento debe aparecer por lo menos una vez por semana durante al menos seis meses, a menos que se observe otra cosa. Si bien estos criterios de frecuencia se consideran el grado mínimo orientativo para definir los síntomas, también se deben tener en cuenta otros factores, por ejemplo, si la frecuencia y la intensidad de los comportamientos rebasan los límites de lo normal para el grado de desarrollo del individuo, su sexo y su cultura.

B. Este trastorno del comportamiento va asociado a un malestar en el individuo o en otras personas de su entorno social inmediato (es decir, familia, grupo de amigos, compañeros de trabajo) o tiene un impacto negativo en las áreas social, educativa, profesional u otras importantes.

C. Los comportamientos no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico, un trastorno por consumo de sustancias, un trastorno depresivo o uno bipolar. Además, no se cumplen los criterios de un trastorno de desregulación perturbador del estado de ánimo.

Especificar la gravedad actual:

Leve: Los síntomas se limitan a un entorno (p. ej., en casa, en la escuela, en el trabajo, con los compañeros).

Moderado: Algunos síntomas aparecen en dos entornos por lo menos.

Grave: Algunos síntomas aparecen en tres o más entornos.

Trastorno Explosivo Intermitente (TEI).

Este se caracteriza por un patrón aleatorio de reactividad conductual agresiva y desproporcionada sin un motivo ni objetivo concreto, ocasionando alteraciones o perjuicios graves en el entorno físico y social y el propio individuo. El inicio del comportamiento agresivo impulsivo, problemático y recurrente es más frecuente en la infancia tardía o la adolescencia, por lo que TEI se da de forma más frecuente en los individuos jóvenes.

Criterios diagnósticos:

Arrebatos recurrentes en el comportamiento que reflejan una falta de control de los impulsos de agresividad, manifestada por un de los siguientes aspectos:

a) Agresión verbal (berrinches, pataletas, disputas verbales, peleas...) o agresión física contra la propiedad (pública o privada), animales u otra personas, en promedio de 2/semana, durante un periodo de 3 meses.

b) 3 arrebatos en el comportamiento que provoquen daños o destrucción de la propiedad o agresión física con lesiones a animales u otras personas, sucedidos en los últimos 12 meses.

Sin previo aviso: Los arrebatos propios del TEI presentan un inicio rápido y sin avisar.
Magnitud desproporcionada: la agresividad expresada durante los arrebatos recurrentes es bastante desproporcionada con respecto la provocación o cualquier factor estresante psicosocial desencadenante.

No existe intencionalidad: Los arrebatos agresivos recurrentes no son premeditados (es decir, son impulsivos o provocados por la ira), ni persiguen ningún objetivo tangible.

El Trastorno de Conducta se caracteriza por:

A. Un patrón repetitivo y persistente de comportamiento en el que no se respetan los derechos básicos de otros, las normas o reglas sociales propias de la edad, lo que se manifiesta por la presencia en los doce últimos meses de por lo menos tres de los quince criterios siguientes en cualquier de las categorías siguientes, existiendo por lo menos uno en los últimos seis meses:

Agresión a personas y animales

A menudo acosa, amenaza o intimada a otros.

A menudo inicia peleas.

Ha usado un arma que puede provocar serios daños a terceros (p. ej., un bastón, un ladrillo, una botella rota, un cuchillo, un arma).

Ha ejercido la crueldad física contra personas.

Ha ejercido la crueldad física contra animales.

Ha robado enfrentándose a una víctima (p. ej., atraco, robo de un monedero, extorsión, atraco a mano armada).

Ha violado sexualmente a alguien.

Destrucción de la propiedad

Ha prendido fuego deliberadamente con la intención de provocar daños graves.

Ha destruido deliberadamente la propiedad de alguien (pero no por medio del fuego).

Engaño o robo

Ha invadido la casa, edificio o automóvil de alguien.

A menudo miente para obtener objetos o favores, o para evitar obligaciones (p. ej. “engaña” a otros).

Ha robado objetos de valor no triviales sin enfrentarse a la víctima (p. ej., hurto en una tienda sin violencia ni invasión; falsificación).

Ha pasado una noche fuera de casa sin permiso mientras vivía con sus padres o en un hogar de acogida, por lo menos dos veces o una vez sí estuvo ausente durante un tiempo prolongado.

A menudo falta en la escuela, empezando antes de los 13 años.

B. El Trastorno de Conducta provoca un malestar clínicamente significativo en las áreas social, académica o laboral.

C. Si la edad del individuo es de 18 años o más, no se cumplen los criterios de trastorno de la personalidad antisocial.

Especificar si:

Tipo de inicio infantil: Los individuos con Trastorno de Conducta muestran por lo menos un síntoma característico del trastorno de conducta antes de cumplir los 10 años.

Tipo de inicio adolescente: Los individuos con Trastorno de Conducta no muestran ningún síntoma característico del trastorno de conducta antes de cumplir los 10 años.

Tipo de inicio no especificado: Se cumplen los criterios del Trastorno de Conducta, pero no existe suficiente información disponible para determinar si la aparición del primer síntoma fue anterior a los 10 años de edad.

Especificar si:

Con emociones prosociales limitadas: Para poder asignar este especificador, el individuo ha de haber presentado por lo menos dos de las siguientes características de forma persistente durante doce meses por lo menos, en diversas relaciones y situaciones. Estas características reflejan el patrón típico de relaciones interpersonales y emocionales del individuo durante ese período, no solamente episodios ocasionales en algunas situaciones. Por lo tanto, para evaluar los criterios de un especificador concreto, se necesitan varias fuentes de información. Además de la comunicación del propio individuo, es necesario considerar lo que dicen otros que lo hayan conocido durante periodos prolongados de tiempo (p. ej., padres, profesores, compañeros de trabajo, familiares, amigos).

Falta de remordimientos o culpabilidad: No se siente mal ni culpable cuando hace algo malo (no cuentan los remordimientos que expresa solamente cuando le sorprenden o ante un castigo). El individuo muestra una falta general de preocupación sobre las consecuencias negativas de sus acciones. Por ejemplo, el individuo no siente remordimientos después de hacer daño a alguien ni se preocupa por las consecuencias de transgredir las reglas.

Insensible, carente de empatía: No tiene en cuenta ni le preocupan los sentimientos de los demás. Este individuo se describe como frío e indiferente. La persona parece más preocupada por los efectos de sus actos sobre sí mismo que sobre los demás, incluso cuando provocan daños apreciables a terceros.

Despreocupado por su rendimiento: No muestra preocupación respecto a un rendimiento deficitario o problemático en la escuela, en el trabajo o en otras actividades importantes. El individuo no realiza el esfuerzo necesario para alcanzar un buen

rendimiento, incluso cuando las expectativas son claras, y suele culpar a los demás de su rendimiento deficitario.

Afecto superficial o deficiente: No expresa sentimientos ni muestra emociones con los demás, salvo de una forma que parece poco sentida, poco sincera o superficial (p. ej., con acciones que contradicen la emoción expresada; puede “conectar” o “desconectar” las emociones rápidamente) o cuando recurre a expresiones emocionales para obtener beneficios (p. ej., expresa emociones para manipular o intimidar a otros).

2.- Planteamiento del Problema

Para cada ser humano la familia es extremadamente importante, por todo lo que se recibe de ella, desde el punto de vista biológico, social y psicológico, lo cual incluye la organización y formación inicial y desarrollo permanente de los procesos cognoscitivos, aspectos muy importantes de la inteligencia humana y también los componentes afectivos motivacionales y de resistencia externa e interna del individuo, los valores, las cualidades y rasgos del carácter.

Lo que ocurre a cada momento en las situaciones comunicativas y de interrelación con el medio en la vida del individuo en su grupo familiar, deja huellas que son extremadamente importantes y duraderas, llegando en muchos casos a ser responsables, en una considerable medida, del mayor o menor nivel del desarrollo intelectual, de la calidad afectiva de las personas, de su salud física o mental, felicidad, autovaloración, autoestima, el carácter e incluso de la regulación motivacional y cognitivo instrumental de las personas y la personalidad.

La falta de cuidados o de atención y protección de los padres, en especial el de la madre en los horarios adecuados para la conciliación familiar, es una problemática que afecta a muchos niños que a pesar de tener un familiar a sus cuidados este no reemplaza el afecto y cariño de los padres, provocando la carencia afectiva en sus hijos por escasez del amor, afecto, cariño y cuidado por parte de los padres, hacia los hijos.

Al presentarse una carencia afectiva en los hogares va a repercutir en las relaciones familiares ya sea por diversas situaciones ocasiona una problemática que se presenta a

diario en nuestra sociedad principalmente en los niños en etapa preescolar y escolar, donde necesitan atención cuidados y el amor de sus padres para su desarrollo físico y emocional, que en forma temprana se ve reflejado en los aspectos de conducta que se presenten en el hogar o bien en la escuela y que deberían ser diagnosticados. De ahí que surja la siguiente interrogante:

¿Cuál es la repercusión en la conducta de los niños de edad preescolar ante el síndrome de carencia afectiva que acuden al Hospital Regional Valle de Chalco?

3.- Justificación

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.

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).

Esta 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. Estos síntomas van desde un aspecto afectivo, somático y cognitivo, que los niños, deben enfrentar y todos ellos influirán de una u otra manera en la consolidación de sus rasgos de personalidad.

Así es como entonces el mejor profesional capacitado de detectar e intuir en alguna carencia afectiva que está repercutiendo como síntoma en cambios de conducta, es el

medico familiar y no puede ignorar o pasar por alto que existe la unidad biopsicosocial del individuo, que además de contar con órganos vitales, también posee sentimientos, emociones, miedos, actitudes y conductas, que indiscutiblemente se ve afectado y alterado a distintos niveles cuando se presenta e instala una enfermedad. Que como especialista en el abordaje de repercusiones emocionales en los individuos es necesario que participe en un triángulo terapéutico con la familia y la escuela, de ahí la importancia del presente trabajo.

4.-Objetivos

Objetivo general:

- Determinar la repercusión de la conducta de los niños de edad preescolar ante el síndrome de carencia afectiva que acuden al Hospital Regional Valle de Chalco.

Objetivos específicos:

- Identificar aspectos sociodemográficos de los padres (edad, sexo, estado civil) de los niños de edad preescolar ante el síndrome de carencia afectiva que acuden al Hospital Regional Valle de Chalco.
- Identificar estados de privación de afecto de los padres de los niños de edad preescolar como parte del síndrome de carencia afectiva que acuden al Hospital Regional Valle de Chalco.
- Identificar falta de estimulación afectiva de los padres de los niños de edad preescolar como parte del síndrome de carencia afectiva que acuden al Hospital Regional Valle de Chalco.
- Identificar Insuficiente apego emocional de los padres de los niños de edad preescolar como parte del síndrome de carencia afectiva que acuden al Hospital Regional Valle de Chalco.
- Determinar la conducta hiperactiva de los niños de edad preescolar ante el síndrome de carencia afectiva que acuden al Hospital Regional Valle de Chalco.
- Determinar la conducta egresiva de los niños de edad preescolar ante el síndrome de carencia afectiva que acuden al Hospital Regional Valle de Chalco.

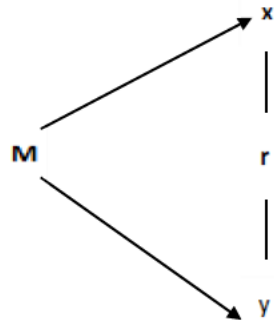
- Determinar la conducta disruptiva (desafiante) de los niños de edad preescolar ante el síndrome de carencia afectiva que acuden al Hospital Regional Valle de Chalco.

5.- METODOLOGIA

El tipo de estudio es descriptivo, transversal, prospectivo no experimental. Este método implica la observación del hecho en su condición natural sin la intervención del investigador. No hay una manipulación de variables, estas se observan y describen tal como se presentan en su ambiente natural.

Diseño de investigación.

Para efectos del estudio se utilizó el diseño Correlacional Simple. En donde sólo se analiza la relación entre dos variables lo que podría representarse como:



Leyenda: M = muestra

x = carencia afectiva

y = Tipo de conductas

r = relación de la variable x y la variable Y.

Lugar

Hospital Regional Valle de Chalco dependiente de ISSEMyM, ubicado en Isidro Fabela S/N, esq. Av. Cuauhtémoc, Col. María Isabel, Municipio Valle de Chalco Solidaridad. Presenta colindancias al oriente con los municipios mexiquenses de Chalco e Ixtapaluca, al norte con La Paz, al occidente y sur con la alcaldía de Tláhuac, perteneciente a la Ciudad de México.

Tipo y tamaño de la muestra

No probabilística, intencional, con 284 padres de niños preescolares derechohabientes del Hospital Regional Valle de Chalco dependiente de ISSEMyM.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

criterios de inclusión:

- a) Padres de niños de 3 a 5 años de edad
- b) Derechohabientes del Hospital Regional Valle de Chalco
- c) Que desee participar.
- d) Que firme el consentimiento informado.

criterios de exclusión:

- a) Niños con diagnóstico de algún trastorno psicológico
- b) Niños con diagnóstico de trastornos de crecimiento y/o desarrollo

criterios de eliminación:

- a) Cuestionarios mal contestados y/o incompletos

CONCEPTUALIZACION DE LAS VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	ESCALA DE MEDICIÓN	DEFINICIÓN OPERACIONAL
----------	--------------------------	-----------------------	---------------------------

Edad	Tiempo que ha vivido una persona	Cuantitativa continua	<ol style="list-style-type: none"> 1) 20 a 24 años 2) 25 a 29 años 3) 30 a 34 años 4) 35 a 39 años 5) 40 a 45 años 6) Más de 46 años
Sexo	Conjunto de características biológicas, físicas, fisiológicas y anatómicas que definen a los seres humanos	Cualitativa Dependiente	<ol style="list-style-type: none"> 1) Femenino 2) Masculino
Estado civil	Es la situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.	Cualitativa Dependiente	<ol style="list-style-type: none"> 1) Casado (a) 2) Soltero (a) 3) Divorciado (a) 4) Unión libre
Carencia afectiva	Es un estado de insuficiencia afectiva provocado por la falta de satisfacción de las necesidades del niño o niña por parte de los padres o suplentes que se encarguen de sus cuidados. Lo cual genera dificultades en la maduración de la personalidad del niño, debido a la falta grave de estimulación afectiva	Cualitativa Independiente	<ol style="list-style-type: none"> 1) Privación de Afecto. <ul style="list-style-type: none"> - Horas laborales - Emociones de los padres - Número de hijos 2) Falta de Estimulación Afectiva. <ul style="list-style-type: none"> - Actividades de tiempo compartido - Compartir tiempo después de trabajar - Como es el hijo en casa. 3) Insuficiente Apego Emocional <ul style="list-style-type: none"> - Como lo recibe - Hijo deseado - Como corrige - Cuidador sustituto
Conducta	Es la manera de comportarse de una persona en una situación	Cuantitativa Independiente	<ol style="list-style-type: none"> 1) Hiperactivas 2) Agresivas 3) Disruptivo

	determinada o en general.		(desafiante)
--	---------------------------	--	--------------

MÉTODO O PROCEDIMIENTO PARA CAPTURAR LA INFORMACIÓN

Se utilizó una entrevista semiestructurada para esencialmente para valorar estados de carencia afectiva mediante la evaluación de Privación de Afecto; a través de las preguntas: Horas laborales, emociones de los padres y número de hijos; se evalúa la falta de Estimulación Afectiva, a través de las interrogantes: Actividades de tiempo compartido, espacios de tiempo después de trabajar y como es el hijo en casa y valorar la insuficiente de apego emocional mediante las interrogantes: Como lo recibe, fue hijo deseado, como corrige conductas y cuidador sustituto. Se utilizó el Test de Conners, en donde el puntaje máximo del Test de Conners reducido es de 30 puntos, en dos vertientes: Conducta hiperactiva en donde va de 0 a 3 puntos por preguntas. Con una calificando de 0 a 10 puntos: el niño es Hipoactivo, el niño es Normoactivo de 10 a 20 puntos: el niño es Hiperactivo e inmaduro de temperamento de 20 a 30 puntos. Con conducta agresiva El niño es Disruptivo con una calificando de 0 a 10 puntos: el niño no presenta dificultades, es Normoactivo; de 10 a 20 puntos el niño tiene conductas agresivas y de 20 a 30 puntos: el niño es Disruptivo (desafiante).

Análisis de la información

Toda vez que se obtuvieron los datos almacenados en el programa Excel, se procede a su análisis mediante estadística descriptiva, utilizando medidas de resumen (porcentaje y frecuencias), y de tendencia central (media). La información obtenida se presenta en tablas y gráficas.

Recursos humanos, físicos y materiales.

Médico residente de la especialidad de Medicina Familiar quien aplicó el cuestionario y Test de Conners a padres de niños preescolares Hospital Regional Valle de Chalco

dependiente de ISSEMyM, ubicado en Isidro Fabela S/N, esq. Av. Cuauhtémoc, Col. María Isabel, Municipio Valle de Chalco Solidaridad.

La presente investigación corrió a cargo del investigador principal.

6.- Consideraciones Éticas

DECLARACIÓN DE HELSINKI

Recomendaciones para guiar a los médicos en la investigación biomédica en seres humanos.

Adoptada por la 18a Asamblea Médica Mundial (Helsinki, 1964), revisada por la 29a Asamblea Médica Mundial (Tokio, 1975) y enmendada por las Asambleas Médicas Mundiales 35a (Venecia, 1983), 41a (Hong Kong, 1989), 48a. Sommerset West / África del Sur (1996) y 52a. Edimburgo / Escocía (2000).

A. INTRODUCCION

La Asociación Médica Mundial ha promulgado la Declaración de Helsinki como una propuesta de principios éticos que sirvan para orientar a los médicos y a otras personas que realizan investigación médica en seres humanos. La investigación médica en seres humanos incluye la investigación del material humano o de información identificables.

El deber del médico es promover y velar por la salud de las personas. Los conocimientos y la conciencia del médico han de subordinarse al cumplimiento de ese deber.

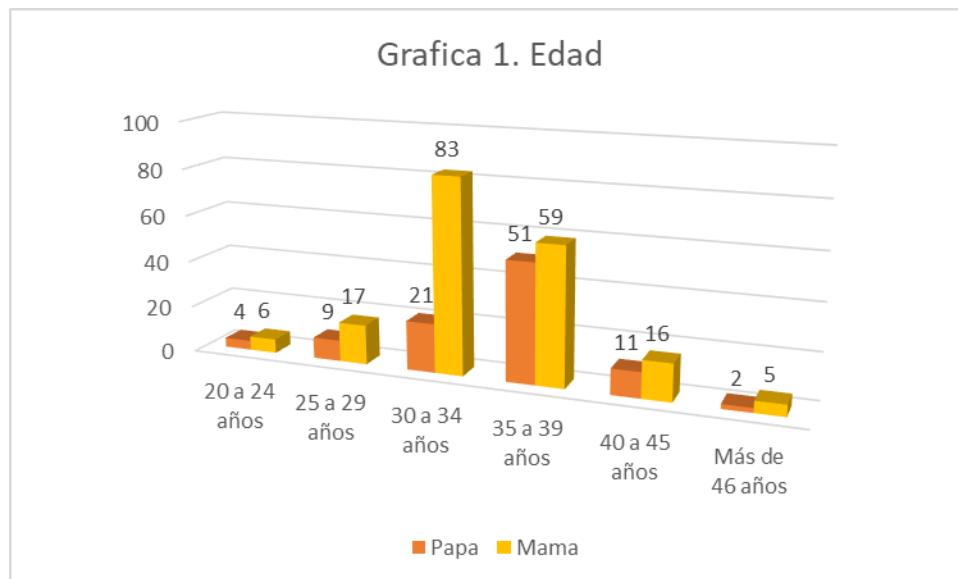
En investigación médica en seres humanos, la preocupación por el bienestar de los seres humanos debe tener siempre primacía sobre los intereses de la ciencia y de la sociedad.

El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es mejorar los procedimientos preventivos, diagnósticos y terapéuticos y también comprender la asociación de bienestar para mejorar el curso de las enfermedades. Incluso, los mejores métodos preventivos, diagnósticos y terapéuticos disponibles deben ponerse a

prueba continuamente a través de la investigación para que sean eficaces, efectivos, accesibles y aplicados sin riesgo.

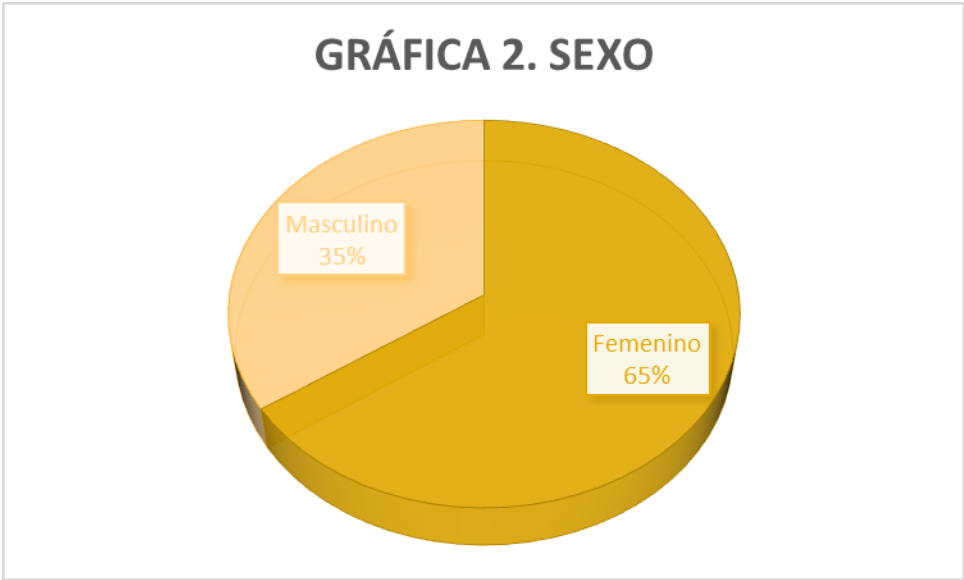
7.- Resultados

En el presente trabajo se seleccionó un total de 284 padres con hijos preescolares conformando dos grupos de papa y mama; en el que corresponde al grupo de padre, los rangos de edades de los fueron de 20 a 24 años en donde se observa el 1.4%, el de 25 a 29 años fue de 3%, de 30 a 34 años 7.4%, con 35 a 39 años de edad 18%, con edad 40 a 45 años fue de 3.8% y con más de 46 años de edad solo el 0.7%. En relación con las madres el grupo de 20 a 24 años de 2%, con 25 a 29 años fue de 6%, el rango de 30 a 34 años de edad con el 30%, de 35 a 39 años fue de 21%, de los 40 a 45 años fue de 5.6% y con más de 46 años el 1.1%. Gráfica 1



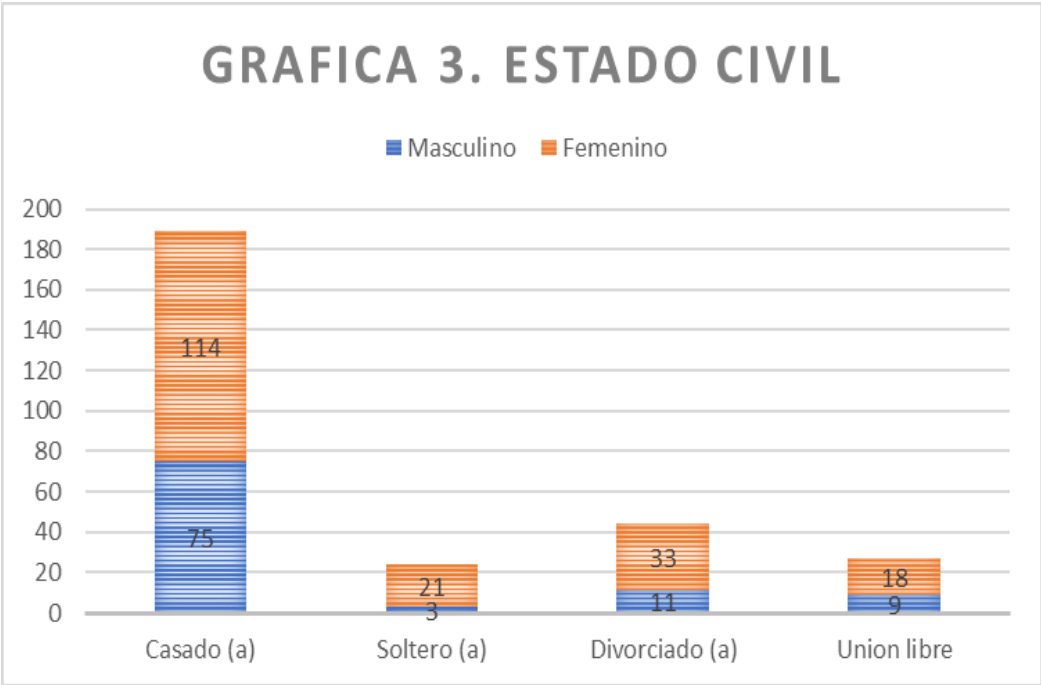
Fuente: carencia afectiva y conducta de los niños de edad preescolar

En la relación al genero mas frecuente se determino que del sexo masculino fue de 35% y del sexo femenino el 65% de los padres. Gráfica 2.



Fuente: carencia afectiva y conducta de los niños de edad preescolar

El estado civil que se mantenía en el momento del estudio casados en el padre fue de 26%, en la madre 40%, solteros padre con un 1%, de la madre 7.5%, divorciados en el padre 4%, de la madre 1.5% y en unión libre el padre 3% y de la madre 7%. Gráfica 3

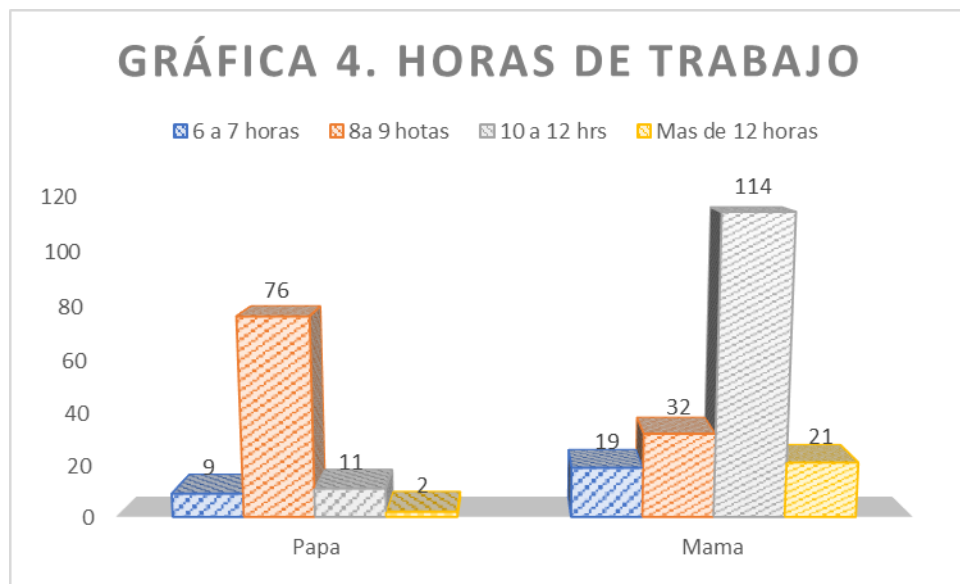


Fuente: carencia afectiva y conducta de los niños de edad preescolar

Privación de Afecto

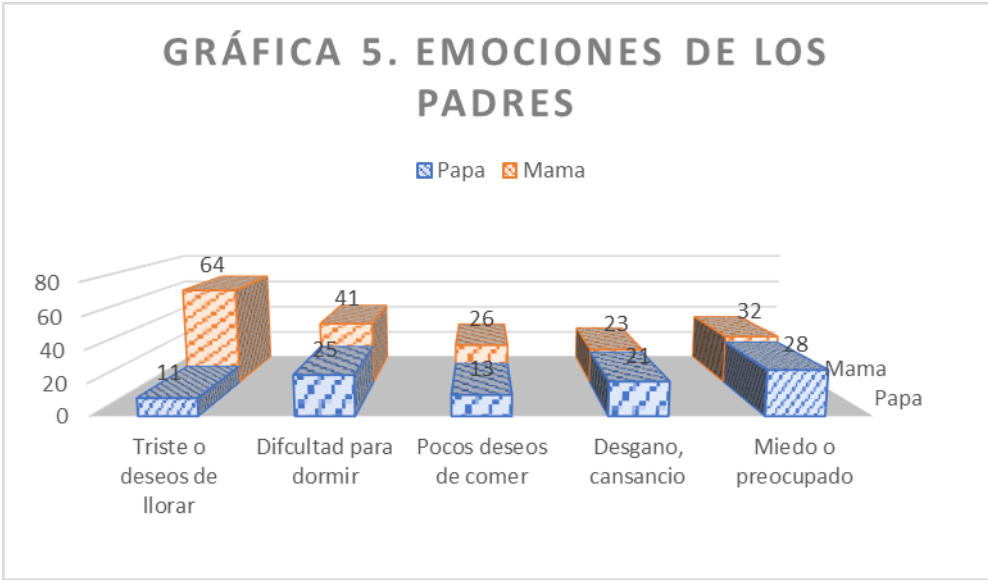
Concerniente al primer objetivo sobre la evaluación de aspectos de privación de afecto se contempló aspectos de horas laborables en el padre con rango de 6 a 7 horas laborales fue de 4%, de 8 a 9 horas con un 26%, de 10 a 12 horas laborales 4% y de más de 12 horas el 1%. En la madre de 6 a 7 horas laborables fue de 6%, de 8 a 9 horas fue de 11%, de 10 a 12 horas el 40% y con más de 12 horas el 8% de ellas.

Gráfica 4



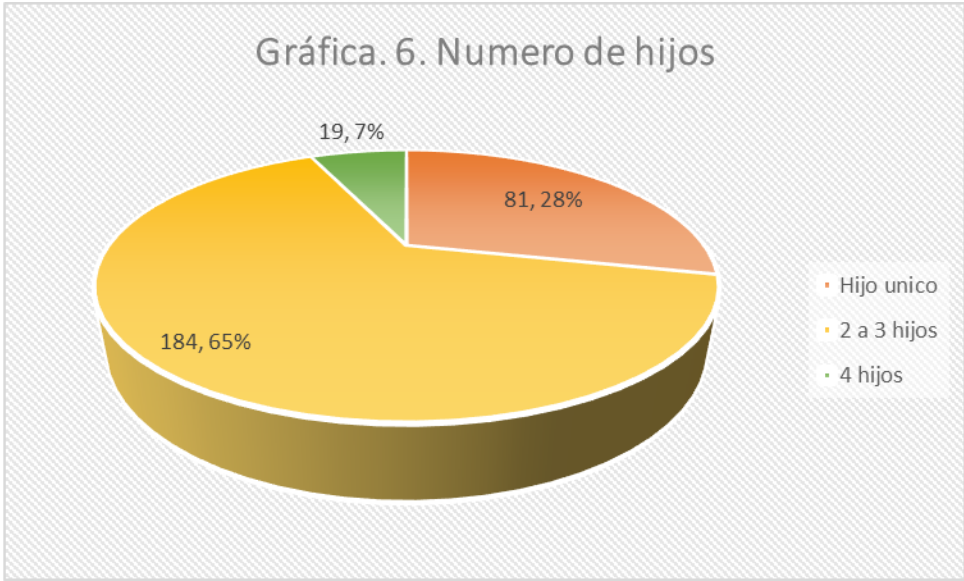
Fuente: carencia afectiva y conducta de los niños de edad preescolar

Dentro del mismo objetivo evaluando la relación del estado emocional de los padres en el presente estudio se observó que los padres se mostraban tristes o con deseos de llorar el 3% de ellos a diferencia de las mamás con el 22% de ellas. Con dificultad para dormir en el padre fue del 9%, en la madre con un 14%, con pocos deseos de comer en el padre fue un 4%, en la madre un 9%. Que se encontraban con desgano o cansancio en el padre fue de 7%, en la madre fue de 8%, en la interrogante de miedo o preocupación en el padre fue de 9.8% y en la madre de 14.2% de ellas. Gráfica 5



Fuente: carencia afectiva y conducta de los niños de edad preescolar

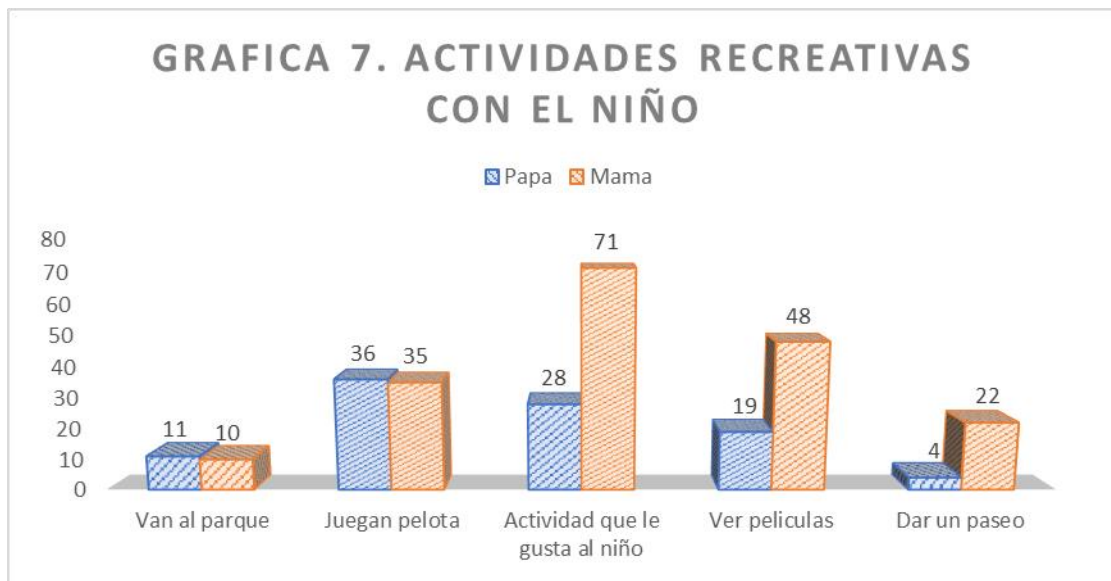
Finalmente, como parte de esta variable se hace referencia en relación con el número de hijos que tienen los padres fue de un solo hijo el 28%, con dos a tres hijos fue de 65% y con más de 4 hijos solo un 7% de ellos. Gráfica 6



Fuente: carencia afectiva y conducta de los niños de edad preescolar

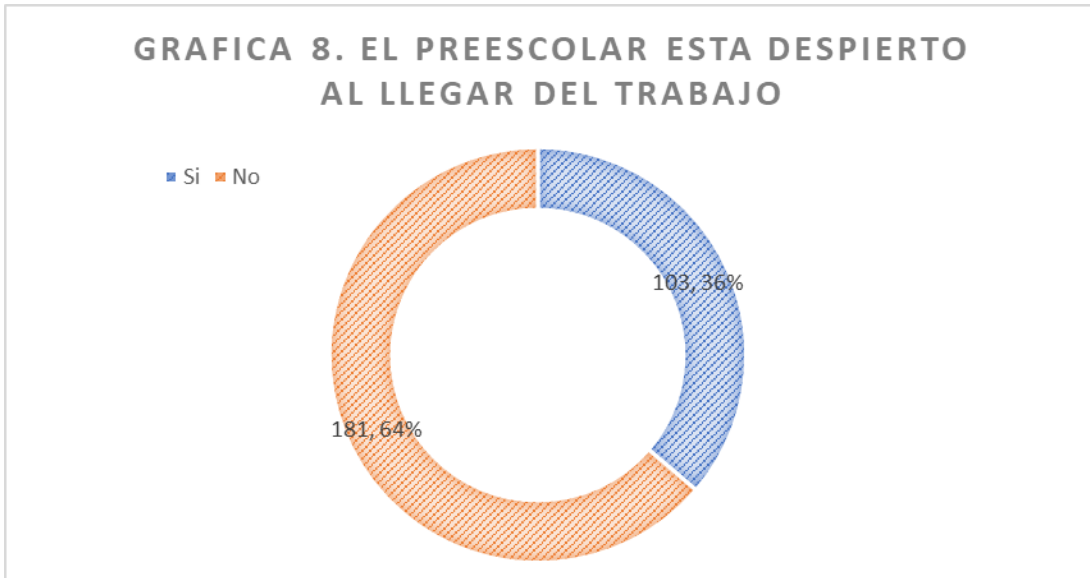
Falta de Estimulación Afectiva.

En relación con la segunda variable (falta de estimulación afectiva) a evaluar se contempló como primer aspecto la interrogante de actividades recreativas con el niño con el padre un 4% acuden al parque con el niño, un 12.5% juegan pelota con ellos, el 9.5% realizan actividades que le gustan al niño, otro 6.5% la parte recreativa es ver películas y un 1.5% realizan un paseo. En cambio, la madre presentó un 3.5% que acudían al parque con el niño, un 12.5% juegan pelota con preescolar, un 25% realizan actividades que le gusta al niño, con el 17% optaron por ver películas y un 8% daban un paseo. Gráfica 7



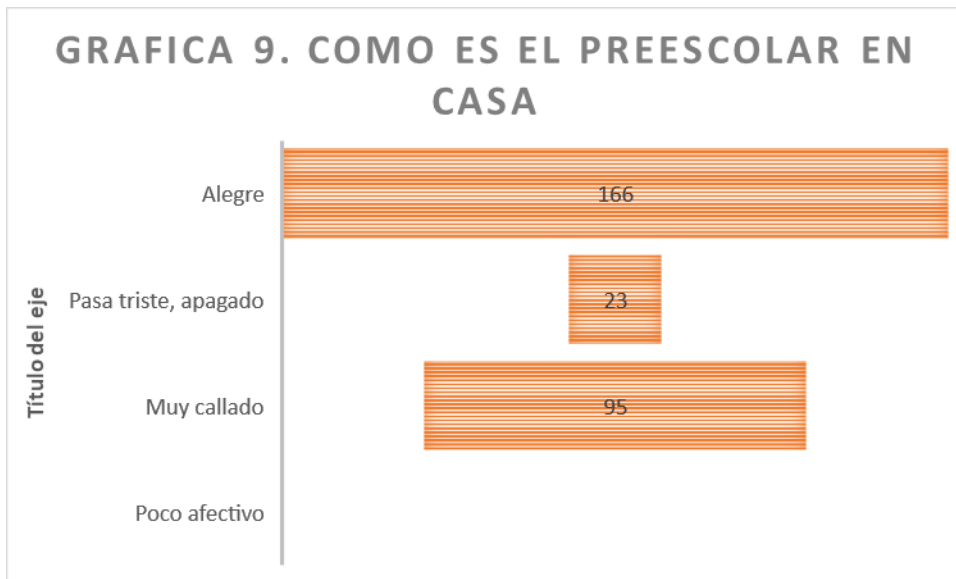
Fuente: carencia afectiva y conducta de los niños de edad preescolar

La segunda interrogante para evaluar esta falta de estimulación afectiva se relaciona con si al llegar de laborar está el preescolar despierto para intercambiar alguna estado de comunicación; se observó que en el 64% de ellos no se encontraban despierto y un 36% de los preescolares estaban despiertos al momento de retornar de sus actividades laborales. Gráfica 8



Fuente: carencia afectiva y conducta de los niños de edad preescolar

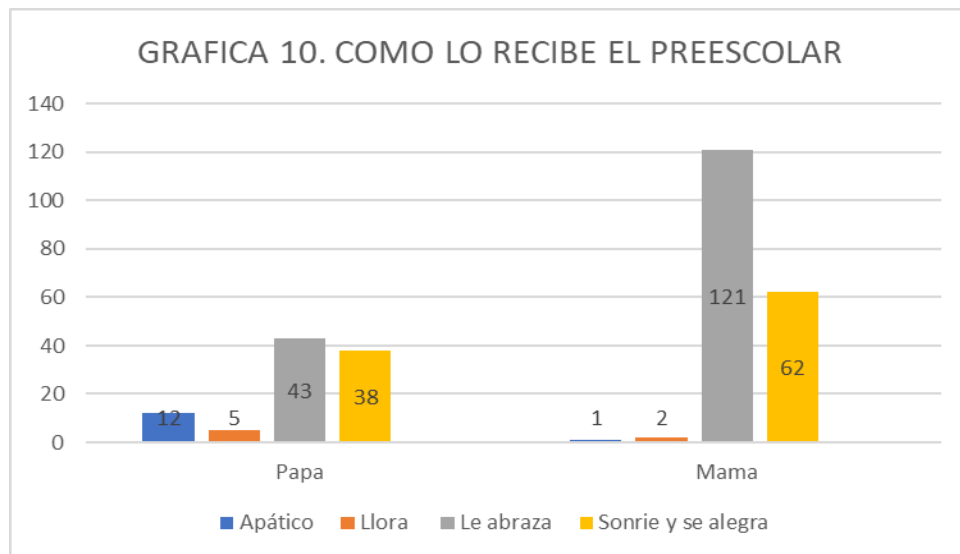
Siguiendo la valoración de este objetivo con la interrogante de cómo es el preescolar en casa, se muestra alegre en el 58% de ellos, un 8% se la pasa triste o apagado, con un 34% se la pasa muy callado, y ninguno de ellos se mostraba poco afectivo. Gráfica 9



Fuente: carencia afectiva y conducta de los niños de edad preescolar

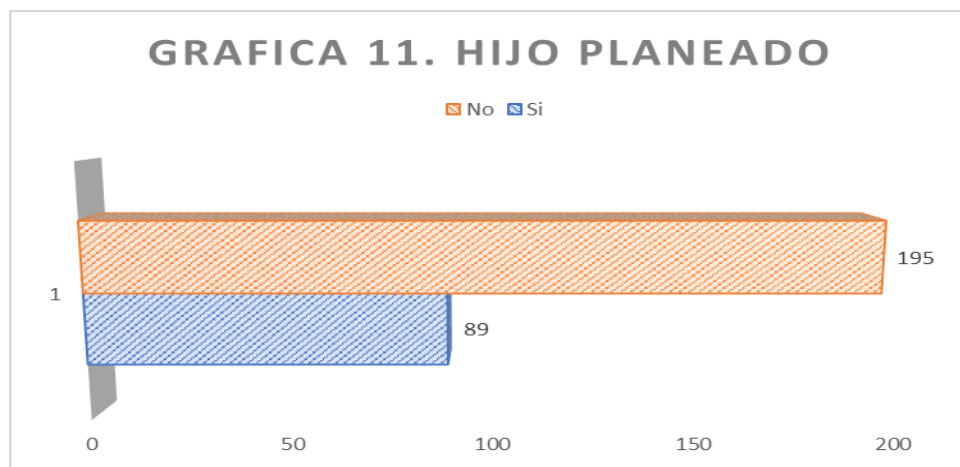
Insuficiente Apego Emocional

Otro de los objetivos fue el apego emocional, el cual se valoró a través de la interrogante como lo recibe el niño al verlo; con el padre se observó 4% fue apático, 2% llora al verlo, el 15% lo abraza y un 13% sonríe y se alegra al verlo. En la madre el 0.3% era apático, el 0.7% lloraba al verla, el 42.5% la abrazaba al verla y el 22.5% sonreía y se alegraba. Gráfica 10



Fuente: carencia afectiva y conducta de los niños de edad preescolar

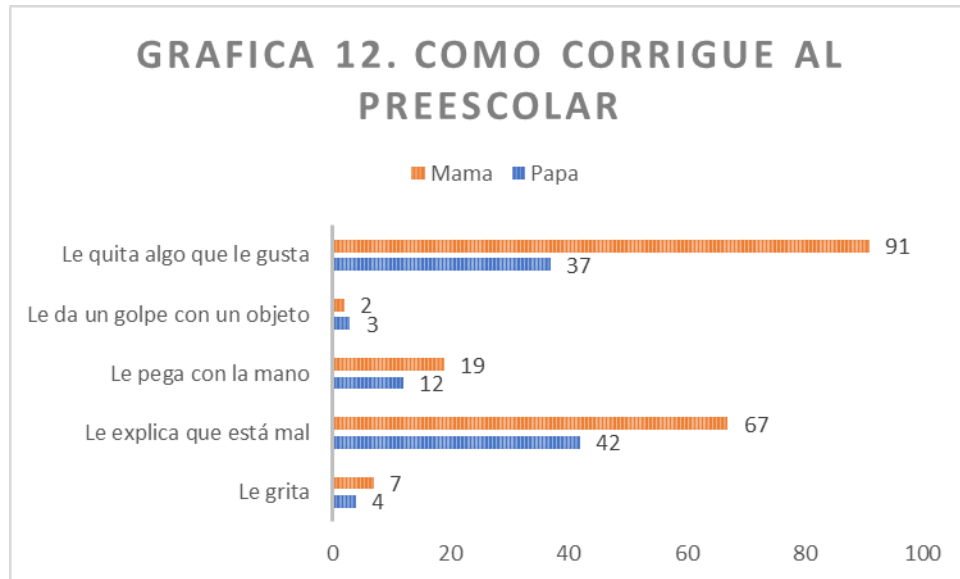
En continuación con el objetivo la segunda pregunta fue en si fue un hijo planeado con un 69% no lo fue y con un 31% si estaba planeado. Gráfica 11



Fuente: carencia afectiva y conducta de los niños de edad preescolar

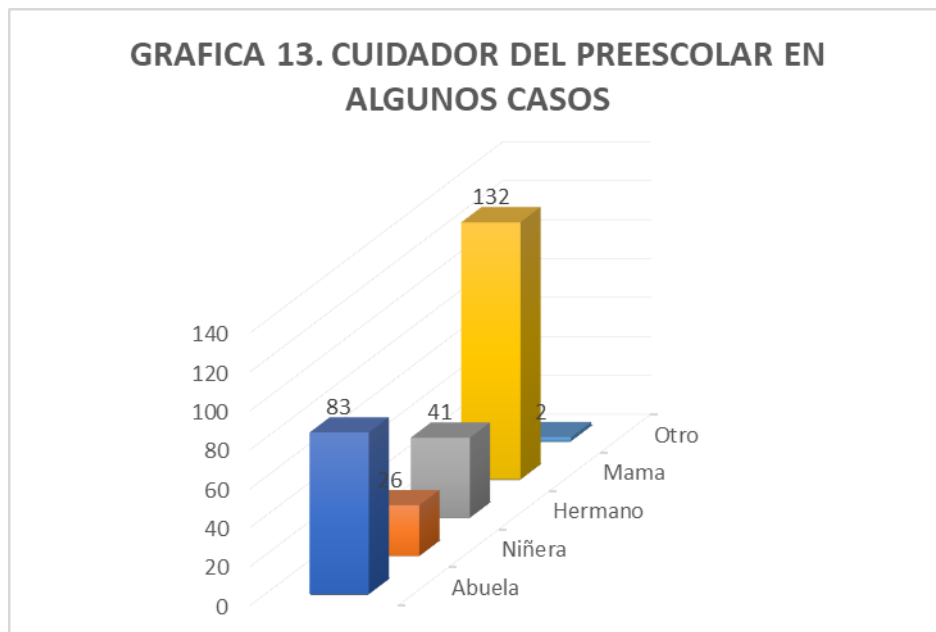
Otra de las interrogantes para continuar con la valoración de la insuficiencia del apego emocional es como se realiza la corrección de los preescolares; el padre refirió en un

1.5% le grita, un 15% de ellos le explicaba que estaba mal, un 4% le pega con la mano, 1% le da un golpe con un objeto y el 13% le quita algo que le gusta. En relación con la madre el 2.5% le grita, con un 23.5% le explica que está mal, el 6.5% le pega con la mano, un 0.5% le da un golpe con un objeto, el 32% le quita algo que le gusta, y en ninguno de ellos dos utiliza el encierro como corrección disciplinaria. Gráfica 12



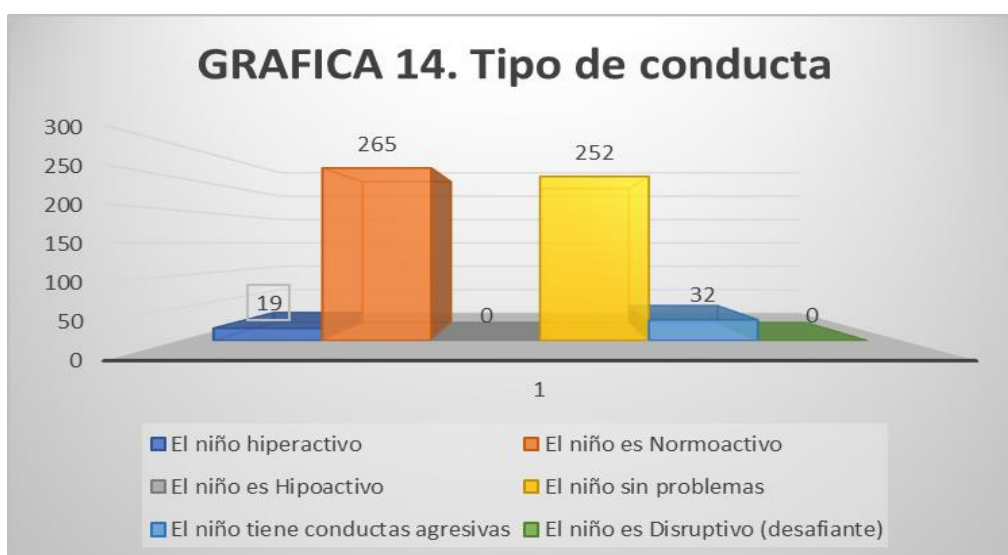
Fuente: carencia afectiva y conducta de los niños de edad preescolar

Finalmente, la última interrogante de correlación para evaluar la insuficiencia del apego emocional es la parte de cuidador en caso de ausencia de los padres, el 47% es la madre, el 29% la abuela tanto paterna como materna, 14.5% alguno de los hermanos, con el 9% algún cuidador de pago (niñera, guardería) y el 0.5% de ellos se quedaban solos. Gráfica 13



Fuente: carencia afectiva y conducta de los niños de edad preescolar

Una vez valorado características de una carencia afectiva, se realizó el Test de Connors con los siguientes datos, en la vertiente de hiperactividad el 93% de los preescolares es normoactivo, el 7% es hiperactivo y ninguno de ellos muestra conducta hipoactiva. En la vertiente de agresividad, el 89% el preescolar esta sin problemas, un 11% presenta conductas agresivas y ningún preescolar conducta desafiante. Grafica 14



Fuente: carencia afectiva y conducta de los niños de edad preescolar

8.- Análisis de resultados

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).

En el presente estudio la mayor frecuencia de edad de los padres se encontró en el rango de edad de 30 a 39 años de edad hasta de un 75%, con predominancia de encontrarse ambos conyugues con el preescolar pues el 66% eran casados y un 34% solo se encontraba alguno de los conyugues con el preescolar importante para su estado afectivo por carencia. En la parte privativa de afecto se refleja por el aspecto laboral ante las horas invertidas de trabajo siendo hasta en las madres mayor que en los padres con un 48% de acuerdo al autor Bielsa en su artículo Carencia afectiva, describe que el niño está en deprivación afectiva por causas externas que no dependen de sus padres y que someten forzosamente (por ejemplo; trabajo, separación), sin embargo cuando los motivos de la separación se explican al niño, este no se resiente por el abandono porque sabe que el lazo afectivo que le une a sus padres no sufre ningún daño.

Otra parte importante es la comunicación que se puede dar la cual señala la importancia de la familia y el papel de los padres, ya que la sensibilidad del niño y su carácter dependerán de los polos afectivos constituidos por el padre y la madre, que se da por el número de hijos en donde se desvía o reparte este contacto afectivo, y los estados emocionales que presentan ambos integrantes del sistema fraterno ya que en el estudio hasta el 65% tenían de dos a tres hijos y los mismo padres estaban con estados emocionales diversos como lo refiere Sofía Fojón Polanco, su estudio la carencia afectiva como factor determinante de los niños caracteriales. Además, hace énfasis que los padres deben tener la madurez y sensibilidad suficiente para desempeñar correctamente sus funciones parentales de tal forma que la educación en

el entorno familia no debe fomentar la dependencia del niño, sino estimularlo y prepararlo para la autonomía.

En otra dimensión de la afectividad la Dra. Beatriz Quintanilla Madero, en su texto de la educación afectiva, comenta que le niño conforme interactúa con sus padres y con el mundo, éstos adquirirán un conocimiento de esa persona y establecerán también un circuito de retroalimentación. Cuando la retroalimentación es positiva, es decir, cuando la madre o los padres obtienen del niño la respuesta esperada generalmente no hay problemas, y este proceso continúa. El hecho de que la retroalimentación sea positiva tampoco significa que la educación que está obteniendo el niño sea la adecuada, aquí cabría el tema de la dinámica familiar, pero lo importante es que puede existir algún caso en el que el niño no tenga problemas en el seno de la familia, pero fuera de ella no sea capaz de establecer relaciones interpersonales adecuadas ni tener un comportamiento eficaz que le ayude a moverse por el mundo, en los resultados se observa que si está presente la madre o el padre para realizar actividades recreativas, existiendo un vínculo adecuado en la mayoría de los preescolares con padre, madre o ambos, y otra contexto importante fue que en la mayoría existe un sentimiento compensador sustituto como en el presente estudio compensado por un cuidador secundario a la madre que predomino como presencia con el 47% y sustituto la abuela con el 29%.

Entonces estos aspectos compensadores no reflejan una carencia afectiva franca, sin embargo, sería hacer mayor énfasis en que aspectos esta puede estar afectando su estado psicoemocional del preescolar (autoestima, relaciones, auto fianza, etc.) lo cual no se pretendió en el presente trabajo.

Y finalmente el aspecto de conducta no refleja una conducta disruptiva o hiperactiva franca, ya el oscilo entre el 93% normoactiva y el 89% sin problemas de agresividad, solo un 7% y 11% con ciertos cambios de conducta.

9.- Conclusiones

Los padres están consientes que los cuidados, el amor y afecto hacia sus hijos desde temprana edad es un elemento importante para el desarrollo de sus hijos, sin embargo, la búsqueda de una mejor calidad de vida hace que ambos padres trabajen y pasen muchas horas fuera de casa, provocando la ausencia afectiva en su hijos, la cual puede reflejarse en conductuales y sociales.

El medico familiar está formado en su parte educativa para tener un mayor abordaje como campo clínico a la familia, capaz de determinar un estado de salud determinado a través de un diagnóstico familiar conocido, donde en esta situación sus fundamentos teóricos de la dialéctica materialista, el enfoque histórico cultural, el enfoque comunicativo y la relación individuo sociedad, permitirán sustentar científicamente, la importancia de la preparación de la familia para la prevención de las carencias afectivas en niños de edad preescolar. Sobre esta base se deben implementar actividades de orientación familiar en función de la prevención de las carencias efectivas en los niños teniendo presenta factores de riesgo como podría ser:

- 1) Familias interrumpidas: por fallecimiento de uno de los padres (de mayor riesgo al madre) o separación.
- 2) Familias con un número mayor de tres hijos o familias reconstituidas.
- 3) Familias en donde los padres ya son mayores, tienen varios hijos.
- 4) Familia desestructurada y deteriorada donde no ha existido un apego adecuado y solo se han relacionado mediante la manipulación.
- 5) Familia que se ha habituado al conflicto y demerita los síntomas de sus hijos desde pequeños o en la adolescencia, pero no son conscientes de la gravedad y lo que implica tener una carencia afectiva.
- 6) Familias sin apego y sin redes de apoyo familiar o social han sido y son familias

Finalmente es no perder que es parte el concepto básico de salud que marca la OMS; como el estado de perfecto bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad.

Bibliografía

1. Quintanilla Madero Beatriz. La educación de la afectividad. Revista Panamericana de Pedagogía. 2012: 254-266.
2. Martínez V.H.M. La familia: una visión interdisciplinaria. Rev Méd Electrón. 2015; 37(5): 523-534.
3. Jaar H Eduardo, Córdova V Mariana. Prevención de la carencia afectiva crónica: nuevos paradigmas en el modelo de familia de acogida temporal. Rev Chil Neuro Psiquiat 2017; 55 (1): 44-51.
4. Bielsa A. Carencia afectiva. psiquiatría y Paidopsiquiatría. 2014.
5. Chertok Alberto Dr. Terapia del Comportamiento. Centro de Terapia Conductual. 8ª Edición: Abril, 2006 (edición digital).
6. Plasencia Vilchisa María Luisa, Eguiluz Romoby Luz de Lourdes. Relación entre la dinámica familiar y las fortalezas humanas. Journal of Behavior, Health & Social Issues. 2016; 8: 1–8.
7. Martín Cala Martín, Tamayo Megret Minervy. Funciones básicas de la familia. Reflexiones para la orientación psicológica educativa. Universidad de Guantánamo, Cuba. 2013; 13 (44): pp. 60- 71.
8. Norman R. E., Byambaa M., De R. Butchart, A., Scott, J. The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: a systematic review and meta-analysis. PLoS Med. 2012; 9(11). <http://search.proquest.com.ezbiblio.usfq.edu.ec/docview/1288095836/CF496DAF FED3417FPQ/20?accountid=36555>
9. Mouesca, J. P. Prevención del maltrato infantil: función del pediatra: 1ra parte: Aspectos generales, evidencia, factores de riesgo, factores protectores y desencadenantes. Archivos argentinos de pediatría. 2015; 113(6): 558-567.
10. Rose, S. J., & Meezan, W. Defining child neglect: Evolution, influences, and issues. The Social Service Review. 2003: 279-293.
11. Mardomingo MJ. Psiquiatría del niño y adolescente. Método, fundamentos y síndromes. Madrid: Díaz de Santos; 2004.
12. Gutiérrez Casares JR, Rey Sánchez F. Planificación terapéutica de los trastornos psiquiátricos del niño y del adolescente. Madrid: Smithkline Beecham; 2000.

13. Pelaz Antolín. Trastornos de conducta. Curso de Actualización Pediatría. Madrid. 2016. Lúa Ediciones 3.0129-32.
14. Chess S, Thomas A. Temperament. Theory and practice. London: Brunner and Mazel. 2006.
15. Rutter M, Birch HG, Thomas A, Chess S. Temperamental characteristics in infancy and the late development of behavioral disorders. Br J Psychiatry. 110: 651-61.
16. OMS. Clasificación Internacional de Enfermedades 10ª revisión (CIE 10). Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Madrid: Meditor; 1992.
17. Asociación Americana de Psiquiatría. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 5ª ed. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, 2013.
18. Alda JÁ, Arango C, Castro J. Petitbò, Soutullo C. Trastornos del comportamiento en la infancia y la adolescencia: ¿qué está sucediendo? Esplugues de Llobregat: Hospital Sant Joan de Déu; 2009.
19. Arroba Basanta ML. Salud mental: qué y cuándo derivar. AMPap. ed. II Curso Primavera 2007. Madrid: Exlibris Ediciones; 2007.
20. Amador Campos, J.A., Idiázabal Alecha, Sangorrín García Mª Ángeles, Utilidad de las escalas de Conners para discriminar entre sujetos con y sin trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Psicothema, 2012;14(2): 350-356.
21. Amador Campos, J.A., Idiázabal Alecha, Mª Ángeles, Aznar Casanova, J.A., Però Cebollero, M. Estructura factorial de la escala de Conners para profesores en muestras comunitarias y clínica. Revista De Psicología General y Aplicada. 2003; 56: 173-184.