



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE MEDICINA**

TÍTULO

**Síndrome de carencia afectiva y sus repercusiones
en el crecimiento y desarrollo de niños menores a
cuatro años del Centro Infantil del Buen Vivir
Catamayo”**

Tesis previa a la obtención del
Título de Médico General

AUTORA:

Pamela Ivanova Coronel Loaiza

DIRECTOR:

Dr. Santos Amable Bermeo Flores, Mg. Sc.

LOJA-ECUADOR

2017

Certificación**Dr. Santos Amable Bermeo Flores, Mg. Sc.****DIRECTOR DE TESIS****CERTIFICA:**

Que el presente trabajo de investigación, previo a optar de Médico titulado “**SÍNDROME DE CARENCIA AFECTIVA Y SUS REPERCUSIONES EN EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO DE NIÑOS MENORES A CUATRO AÑOS DEL CENTRO INFANTIL DEL BUEN VIVIR CATAMAYO**”, presentado por la estudiante Pamela Ivanova Coronel Loaiza, ha sido dirigida, asesorado, realizado bajo mi dirección y revisado detalladamente y minuciosamente durante todo su desarrollo. Por lo tanto autorizo proseguir los trámites pertinentes para su presentación y defensa de la misma ante el Tribunal de Grado.

Loja, 13 de octubre de 2017

Atentamente,



.....
Dr. Santos Amable Bermeo Flores, Mg. Sc.

DIRECTOR DE TESIS

Autoría

Yo, Pamela Coronel Loaiza declaro ser autora del presente trabajo de tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales, por el contenido de la misma.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi tesis en el Repositorio Institucional – Biblioteca Virtual.

Autora: Pamela Coronel Loaiza

Firma:

Cedula: 1105990657

Fecha: 13 de octubre de 2017

Carta de autorización

Yo, Pamela Coronel Loaiza declaro ser autora de la tesis titulada: “**SÍNDROME DE CARENCIA AFECTIVA Y SUS REPERCUSIONES EN EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO DE NIÑOS MENORES A CUATRO AÑOS DEL CENTRO INFANTIL DEL BUEN VIVIR CATAMAYO**”, como requisito para optar al grado de: Médico General; autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos, muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional.

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el RDI, en las redes de información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la Universidad.

La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia de la tesis que realice su tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los trece días del mes de octubre del año 2017, firma la autora.

Firma: .....

Autora: Pamela Coronel Loaiza

Cédula: 1105990657

Dirección: Catamayo

Correo electrónico: pamelitacl@gmail.com

Teléfono: 0985450283

DATOS COMPLEMENTARIOS

Director de tesis: Dr. Santos Amable Bermeo Flores, Mg. Sc.

Tribunal de Grado:

Presidenta: Dra. Elvia Raquel Ruiz Bustan, Mg. Sc.

Vocal: Dra. Natasha Ivanova Samaniego Luna, Esp.

Vocal: Dra. Janeth Fidelina Remache Jaramillo, Esp.

Dedicatoria

Primeramente doy gracias a Dios, a mi padres por su apoyo incondicional, por ser mi ejemplo a seguir guiándome por el camino donde todo es lleno de éxitos y valentía, es a ellos a quienes dedico mis triunfos; a mis hermanos con quienes e compartido tristezas y alegrías, siempre juntos, siempre unidos, recordando cual fue el motivo que nos hizo valientes desde pequeños junto a nuestros padres y que hoy en día estamos felices con nuestros logros; a mi esposo Diego y mi hijo, pilar fundamental en estos largos años de estudio quien supieron darme su apoyo y comprenderme.

Pamela Coronel Loaiza

Agradecimiento

A la Universidad Nacional de Loja, por haberme abierto las puertas para alcanzar este maravilloso sueño, a cada uno de los docentes que compartieron sus conocimientos, sus valores en las aulas universitarias que hoy en día contribuyen en mi formación profesional; al Centro Infantil del Buen Vivir Catamayo que sin ellos no hubiera sido posible la realización de este proyecto de investigación; al Dr., director, docente, amigo, quien gracias a sus enseñanzas y consejos contribuyó a la realización de este trabajo por estar siempre a mi lado a pesar de momentos de ausencia dedicados a mi carrera.

Pamela Coronel Loaiza

Índice

Cáratula.....	i
Certificación.....	ii
Autoría	iii
Carta de autorización	iv
Dedicatoria.....	v
Agradecimiento.....	vi
Índice	vii
1. Título	1
2. Resumen	2
Summary.....	3
3. Introducción.....	4
4. Revisión de Literatura	7
4.1. Capítulo I: Síndrome de carencia afectiva	7
4.1.1. Tipos de carencia afectiva.....	8
4.1.1.1. Carencia por insuficiencia	8
4.1.1.2. Carencia por discontinuidad	10
4.1.1.3. Carencia por distorsión	11
4.1.2. Factores predisponentes	12
4.1.2.1. Factores predisponentes en niños, niñas	12
4.1.2.2. Factores de riesgo en los padres y la familia	12
4.1.2.3. Factores parentales.....	13
4.1.3. Cuadro clínico.....	14
4.1.3.1. Síntomas afectivos	14
4.1.3.2. Síntomas somáticos	15
4.1.3.3. Síntomas cognitivos.....	16
4.2. Capítulo II: Carencia afectiva y su situación actual.....	17
4.2.1. Carencia Afectiva A Nivel Mundial	17
4.2.2. Carencia Afectiva En Ecuador.....	18
4.2.2.1. Cuidado diario de los niños y niñas durante sus primeros años en Ecuador	19
4.2.2.2. Estudios que relacionan la carencia afectiva con síndromes en el crecimiento y desarrollo.....	20
4.3. Capítulo III: Crecimiento y Desarrollo.....	21

4.3.1.Crecimiento.....	21
4.3.1.1. Factores determinantes del crecimiento.....	21
4.3.1.2. Crecimiento normal del niño	23
4.3.1.2.1. Período de crecimiento postnatal	23
4.3.1.2.2. Crecimiento compensatorio.....	25
4.3.2.Desarrollo.....	26
4.3.2.1. Factores que afectan al desarrollo.....	27
4.3.3.Evaluación del crecimiento y desarrollo.....	29
4.3.3.1. Aspectos antropométricos.....	29
4.3.3.2. Herramientas de detección de trastornos en el crecimiento y desarrollo.....	31
5. Materiales y Métodos	33
6. Resultados.....	37
7. Discusión	47
8. Conclusiones.....	50
9. Recomendaciones	51
10. Bibliografía.....	52
11. Anexos	55

1. Título

“Síndrome de carencia afectiva y sus repercusiones en el crecimiento y desarrollo de niños menores a cuatro años del Centro Infantil del Buen Vivir Catamayo”

2. Resumen

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 presente investigación es un estudio analítico, transversal que determinó la relación entre el síndrome de carencia afectiva y el crecimiento-desarrollo de niños menores de 4 años que asisten al centro infantil del Buen vivir-Catamayo. Se trabajó con 50 niños, en los cuales se aplicó una hoja recolectora de datos donde constaron las variables de peso, talla, curvas de crecimiento, también se aplicó el test de Denver II para evaluar el desarrollo psicomotor, y a los padres de familia se aplicó una encuesta con la finalidad de identificar la presencia del síndrome de carencia afectiva. Se obtuvieron los siguientes resultados: El 66% de la población presentó características propias del síndrome de carencia afectiva. Además, el 28% de los niños en estudio mostró una talla/edad inadecuada; en cuanto al peso el 10% mostro un peso/edad bajo, lo cual contrasta con los resultados obtenidos del índice de masa corporal que muestra alteración en un 52%. Los datos obtenidos acerca del desarrollo en cambio mostraron afectación en el 80% de los niños en estudio; en cuanto a la relación entre el síndrome de carencia afectiva y las alteraciones del crecimiento/desarrollo de acuerdo al Odds Ratio presenta asociación, sin embargo por el escaso número no fue estadísticamente significativa. A pesar de esto, la presente investigación demostró la presencia del síndrome de carencia afectiva, y sus repercusiones en el crecimiento y desarrollo tales como: talla baja, peso inadecuado, índice de masa corporal inadecuado, así como retraso en el desarrollo psicomotor.

Palabras claves: Déficit de atención afectiva, síndrome de carencia afectiva, desarrollo psicomotor.

Summary

The lack of affection indicates the situation of a child who had suffered or suffers from deprivation of the relationship with his mother, or a maternal substitute, and who suffers from the deficit of the affective attention necessary at an early age. The current research is an analytical and cross-sectional study that determined the relationship between the affective deficiency syndrome and the growth-development of children under 4 who attend the “Buen vivir” children's center in Catamayo. A data collection sheet was used with 50 children, including the variables of weight, height, head circumference and growth curves. The Denver II test was also used to evaluate the psychomotor development, and a survey was conducted to the parents in order to identify the presence of symptoms of affective deficiency syndrome. The following results were obtained. 66% of the population presented characteristics of the affective deficiency syndrome. In addition, 28% of the children in study showed an inadequate height/age; in terms of weight 10% showed a low weight/age, which contrasts with the results obtained from the body mass index, which shows alteration by 52%. The data obtained on the development instead showed affectation in 80% of the children under study; in relation to the relationship between affective deficiency syndrome and growth/developmental alterations according to the Odds Ratio, there is an association; however, because of the small number, it was not statistically significant; so it would be convenient to deepen the study with more children. In spite of this, the present investigation demonstrated the presence of affective deficiency syndrome, and its repercussions on growth and development such as: short stature, inadequate weight, inadequate body mass index, as well as delayed psychomotor development.

Keywords: Affective care deficit, affective deficiency syndrome, psychomotor development.

3. Introducción

El síndrome de carencia afectiva es una entidad nosológica que se define como una situación en la que un niño ha sufrido la privación afectiva sea por parte de la madre o su cuidador, en una edad temprana. Bajo estos términos se incluyen una serie de trastornos que afectan fundamentalmente al crecimiento, desarrollo y comportamiento infantil. (García J. F., 2012)

La falta de un ambiente adecuado para la crianza da lugar al Síndrome de carencia afectiva, en el que, junto a la falta de nutrientes, se ha demostrado una inhibición en la producción de hormona de crecimiento. Estas situaciones de falta de afecto se han asociado a condiciones como edad (padres muy jóvenes), inmadurez emocional de los progenitores, circunstancias de la gestación (embarazo no deseado, ilícito, etc.), depresión, alcoholismo y otras drogas, problemas matrimoniales, enfermedad mental y estrés familiar (económico o social). (A. PERICACHO CONDE, 2011).

Bowlby enfatizó que la formación de una relación cálida entre niño y madre es crucial para la supervivencia y desarrollo saludable del menor, tanto como lo es la provisión de comida, cuidado infantil, la estimulación y la disciplina (Department of Child and Adolescent Health and Development, 2004). Así, el amor materno en la infancia es tan crucial para la salud mental como lo son las vitaminas y las proteínas en la salud física.

Según datos de UNICEF del 2011, a nivel mundial, el 40% de niños menores de 5 años presentan esta alteración en el crecimiento, habiéndose demostrado que son más los factores ambientales que los genéticos (raciales) los que influyen en esta situación; de los cuales aproximadamente el 20% son debidos al llamado síndrome de carencia o deprivación de afecto. ((UNICEF), 2011)

En América latina existe un gran déficit de datos y de información confiable que permita conocer la situación y elaborar políticas sociales, su seguimiento y evaluación. A pesar de este déficit, en los estudios sistematizados se evidencia “como punta del iceberg” un gran número de niños, niñas y adolescentes que carecen de cuidados parentales, y de la misma manera de afecto; siendo un número aproximado de 374.308.

Niños que no se encuentran al cuidado de sus padres. Si bien la falta de datos no logra dar cuenta de la cantidad real de niños sin cuidados parentales, la información disponible nos permite una aproximación cuantitativa a la problemática. Para ello existen algunos ejemplos. » En Colombia, una tercera parte de los niños vive sólo con uno de sus padres y más de 1.100.000 no vive permanentemente con ninguno de ellos. » En Ecuador se estima que el 8,65% de los niños del país (490.383 niños) no viven con sus padres. (RELAF, 2010).

De la misma manera al hablar de carencia afectiva Ecuador no se encuentra libre del problema ya existen aproximadamente 3000 niños que se encuentran en instituciones no gubernamentales de cuidado matutino y vespertino y 300 en instituciones gubernamentales. ((INNFA), 2010)

El cantón Catamayo, cantón más poblado de la provincia después del cantón Loja, que forma parte de la problemática que se experimenta a nivel provincial, cuenta con dos instituciones de este tipo: La guardería municipal y el Centro infantil del Buen vivir, lugar que ha sido escogido por este estudio dado que alberga a un total de 70 niños menores de cuatro años en horario de 8 de la mañana hasta las cuatro de la tarde.

Existen en la ciudad de Catamayo un total de 2287 niños menores a cuatro años, de acuerdo al Instituto Nacional de Estadísticas y Censos INEC, de los cuales un 8% aproximadamente asiste a guarderías de tiempo completo; compartiendo con sus padres solamente una cuarta parte del día. A esto podría sumarse también los niños que son cuidados, ya sea por familiares cercanos o por personas de servicio doméstico, carentes del afecto paternal. (CNE, 2011)

La presente investigación se orienta a identificar la frecuencia del síndrome de carencia afectiva en niños que acuden al Centro Infantil del Buen Vivir Catamayo durante el periodo Enero 2016- Agosto2017, evaluar el crecimiento y desarrollo de los mismos, con el propósito de estimar la asociación entre el síndrome de carencia afectiva y las complicaciones en el crecimiento-desarrollo de los niños que acuden al centro.

Muchas de las familias del Centro Infantil del Buen Vivir Catamayo son monoparentales y reestructuradas; una gran parte de los padres de familia trabajan dejando solos a sus hijos; en las familias reestructuradas se ven casos en que sus nuevas

parejas permiten que castiguen a sus hijos. Así mismo no existe buena comunicación en los padres, más bien los hijos son testigos y víctimas de conflictos y maltratos intrafamiliares.

En distintas investigaciones se ha constatado que un ambiente familiar positivo, caracterizado por la comunicación abierta y por la presencia de afecto y apoyo entre padres e hijos, es uno de los más importantes garantes de bienestar físico y psicosocial en la adolescencia (Musitu y García, 2004), mientras que un ambiente familiar negativo con frecuentes conflictos y tensiones, dificulta el buen desarrollo de los hijos y aumenta la probabilidad de que surjan problemas de crecimiento y desarrollo.

4. Revisión de Literatura

4.1. Capítulo I: Síndrome de carencia afectiva

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/o abandono o bien por situaciones de ruptura debido a sucesivas y repetidas hospitalizaciones, separación de los padres, etc. (Ainsworth, 2012)

Se ha demostrado que la carencia de afecto materno en los primeros meses de vida es capaz de originar trastornos permanentes en la personalidad del niño. Los trastornos que pueden sobrevenir son:

- Reacciones psicológicas que varían según la personalidad infantil: en general se pueden desarrollar tensiones o gran ansiedad. Otras veces su conducta les lleva al aislamiento o a enfrentamientos hostiles o de oposición al medio ambiente que pueden conducir a la delincuencia.
- Regresión de la conducta a formas más infantiles, que las que les corresponden por su edad.
- Los adolescentes que proceden de instituciones benéficas son inferiores en madurez social a los adolescentes que habían pasado su infancia en regímenes de colocación familiar. (Ainsworth, 2012)

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. (Tarres, 2013)

4.1.1. Tipos de carencia afectiva

4.1.1.1. Carencia por insuficiencia

Se trata de niños que padecen un emplazamiento institucional precoz, sin presencia materna suficiente. SPITZ ha estudiado grupos de niños que han vivido en condiciones difíciles en el aspecto afectivo; él propone diferenciar dos síndromes: el hospitalismo y la depresión anaclítica. (Novasagata, 2012)

- **Hospitalismo**

SPITZ ha comparado el desarrollo psicoafectivo de dos grupos de niños que vivían en dos instituciones distintas cuyas condiciones materiales eran similares: la vivienda era excelente y la higiene satisfactoria. Los grupos en análisis se detallan a continuación:

1) Niños de madres residentes en instituciones penitenciarias: cada madre podía a pesar de todo ocuparse de su hijo durante el día, con la ayuda de una enfermera competente: SPITZ la denomina guardería (casa para niños) este tipo de institución.

2) Niños ubicados en orfanatos: estos habían vivido tres meses con su madre, después han sido confiados a una institución denominada "found-ling home" por Spitz. Las condiciones del lugar son las siguientes: habitáculo excelente, los cuidados higiénicos y dietéticos satisfactorios; una enfermera responsable de 8-12 niños, a los aporta el calor del contacto humano durante buena parte del día. Spitz establece un cociente de desarrollo (CD) basado en la relación entre el desarrollo psicoafectivo y la edad cronológica del niño (media: 100) en referencia a las medidas siguientes:

- a) Desarrollo corporal (marcha)
- b) Habilidad manipulativa (comer solo, vestirse solo)
- c) Adaptación al medio (control esfinterial)

d) Al desarrollo del lenguaje.

Los niños de estos dos grupos se siguieron hasta la edad de cuatro años. Los resultados obtenidos son los siguientes: el (QD) cociente de desarrollo queda relativamente estable en la guardería; sin embargo, disminuye con la edad en el "foundling home": establecido en 130 al inicio, baja hasta 70 al final del primer año y desciende hasta 45 al final del segundo año. A los cuatro años de edad, los niños tienen un retardo en la talla y peso (retardo estatoponderal); muchos no caminan, ni se mantienen en pie, ni hablan, y la tasa de mortalidad es alta; esto se debe a una vulnerabilidad a las afecciones somáticas. (Novasagata, 2012)

- **Depresión anaclítica**

SPITZ observó un grupo de 34 niños que presentaban las siguientes características:

- a) Relación afectiva normal hasta la separación.
- b) Separación de la madre después de los 6 meses
- c) Ausencia de madre sustituta durante la separación.
- d) Duración de la separación: de 2 a 6 meses;
- e) retorno posterior de la madre o madre sustituta.

Mes tras mes, el cuadro clínico nos muestra la regresión de los niños en función de la duración de la separación:

- ✓ Primer mes: los niños se tornan llorosos, exigentes, y se acercan al observador que establece el contacto.
- ✓ Segundo mes: los lloros se transforman; se produce una pérdida de peso y se detiene el desarrollo.
- ✓ Tercer mes: rechazan el contacto; posición patognomónica (los niños pasan la mayor parte del tiempo acostados boca arriba en su cuna); insomnio; continua la pérdida de peso; tendencia a padecer enfermedades intercurrentes; generalización del retardo motor; rigidez en la expresión facial.

- ✓ Después del tercer mes: la rigidez facial se establece y persiste; los lloros desaparecen y son reemplazados por gesticulaciones raras; aumenta el retraso en el desarrollo y aparece el letargo. (Novasagata,2012)

4.1.1.2. Carencia por discontinuidad

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 esta 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. (Contreras, 2010)

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 (SPITZ: 8 meses) y en el momento en que mantiene la unión con su madre aun estando lejos de ella (SPITZ: 18 meses); algunos autores sitúan este período entre 6 meses y 2 o 3 años (BOWLBY) y, un límite de hasta 4 o 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 presentaban angustia de separación en tres fases sucesivas: protesta, desesperanza y desinterés. Dentro de este tipo se distinguen las siguientes fases:

- **La fase de protesta:** El niño llora, sacude la cuna, se mece a derecha y a izquierda, busca a sus padres, los reclama (sobre todo en el momento de dormir); no se consuela. El niño se esfuerza para obtener la presencia de la madre y está atento a todo lo que ocurre. Al cabo de dos o tres días, los signos de angustia se atenúan. Es necesario notar que el desencadenante del lloro se producía igualmente mientras el sustituto materno los cuidados habituales de la madre (asearlo, vestirlo). (Contreras, 2010)
- **Fase de desesperanza:** Los movimientos activos disminuyen, el niño llora de forma monótona e intermitente; rechaza la comida y el vestirse; se vuelve pasivo y se repliega en sí mismo; no hace ninguna demanda. Parece que el niño está tranquilo, parece que ha aceptado la situación como positiva, pero de hecho, esta en una situación de duelo: la madre se considera desaparecida para siempre. (Contreras, 2010)

- **Fase de desinterés:** El niño acepta los cuidados ofrecidos por no importa cual sustituto maternal (las enfermeras); come bien, se divierte con los juegos, sonrío y se muestra sociable. Cuando su madre lo visita él bebe puede estar apático, no la reconoce e incluso la rechaza; normalmente grita o llora al verla; el interés hacia la madre se pierde. (Contreras, 2010)

4.1.1.3.Carencia por distorsión

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. (Osterrieth, 2012)

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 (paro, ayuda social) y luego ruina promiscuidad -La familia esta normalmente disociada: la madre se ocupa solo de los niños, el padre está ausente (separación, prisión) -La familia vive en un barrio desfavorecido y con una relación social restringida (ocio, amigos)
- 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 son justo 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 un investimento afectivo superficial y 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 nacidos de tales familias. (Osterrieth, 2012)

4.1.2. Factores predisponentes

4.1.2.1. Factores predisponentes en niños, niñas

- Embarazos no deseados;
- Prematurez y hospitalización prolongada;
- Discapacidad transitoria o permanente;
- Enfermedades crónicas;
- Conducta irritable e hiperactiva;
- Llanto continuado sin causa fácilmente identificable;
- Dificultades iniciales y sostenidas para la alimentación y el sueño;
- Bajo nivel de respuesta;
- Niños menores de 3 años (implica mayor vulnerabilidad y también mayor dependencia del adulto para la subsistencia);
- Aislamiento del niño de redes sociales que podrían protegerlo;
- Adopción ilegal. (Bergeron, 2013)

4.1.2.2. Factores de riesgo en los padres y la familia

- Padres o cuidadores con antecedentes de maltrato o privación psicoafectiva en su infancia;
- Escasa tolerancia al estrés y la frustración;
- Pobre socialización y baja autoestima;
- Padres adolescentes o jóvenes emocionalmente inmaduros y dependientes;
- Crisis familiares por necesidades básicas insatisfechas;
- Precariedad laboral y económica;
- Afán de lucro desmedido y búsqueda del éxito que aísla al padre o a la madre del núcleo familiar;
- Estructura sociocultural que desvaloriza lo afectivo y estimula valores materiales e individuales;
- Desconocimiento acerca del desarrollo de los niños con expectativas distorsionadas frente a ellos;

- Alteraciones en el sistema de vinculación afectiva padre-hijos que produce rechazo, escasos cuidados, malos tratos y baja expresión de afecto;
- Tolerancia al castigo con dolor como método educativo: padres o adultos que utilizan cualquier instrumento para su aplicación sin tener en cuenta los daños físicos y emocionales que pueden causar a los niños;
- Entorno próximo en el que está naturalizada la violencia como modo de relación;
- Tamaño de la familia que incrementa el riesgo de hacinamiento y promiscuidad y reduce el espacio personal y la privacidad;
- Muertes, pérdidas, situaciones traumáticas en la familia;
- Migraciones, desarraigo, transculturación;
- Aislamiento social y pobreza de relaciones con la familia extensa que le impide constituirse en una red de apoyo;
- Soledad extrema del padre o la madre para la crianza;
- Convivencia del padre o la madre con una pareja que no es progenitor o progenitora de los hijos;
- Problemas psicopatológicos o de personalidad en algún miembro de la familia conviviente (depresión, ansiedad, trastornos somáticos. ((UNICEF), 2011)

4.1.2.3. Factores parentales

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. . (Bergeron, 2013)

- 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.
- 8) **La valorización:** dejar al niño realizar sus adquisiciones y progresos; destacar y apoyar sus éxitos. (Novasagata,2012)

4.1.3. Cuadro clínico

4.1.3.1. Síntomas afectivos

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 sometiendo 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) (Obando, 2015)

b) **Avidez 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. (Obando, 2015)

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 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. (Obando, 2015)

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. (Novasagata ,2012)

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. (Novasagata, 2012)

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 (Obando, 2015)

4.1.3.2. Síntomas somáticos

a) Retardo estado-ponderal: el niño carencial puede presentar, sobretodo en el caso de una importante hipoestimulación 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 este insuficientemente alimentado, no sintiéndose investido afectivamente por los padres

nutridores. El retardo estato-ponderal no se explica solo por una carencia alimentaria sino por la pobreza afectiva en la relación durante la alimentación. (Obando, 2015)

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. (Obando, 2015)

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. La integración sensorio-motriz es insuficiente dado que el cuerpo no está investido en el estadio narcisista. (Novasagata, 2012)

4.1.3.3. Síntomas cognitivos

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 socio-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. (Martínez, 2013)

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 un decalaje entre la parte verbal (CIV) en la que demuestran las bajas capacidades de generalización y abstracción, y la parte no verbal (CINV) en la que demuestran un pensamiento concreto y practico suficiente. Las capacidades de mentalización están restringidas, mientras que el paso al acto esta facilitado. (Martinez, 2013)

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. (Martínez, 2013)

4.2. Capítulo II: Carencia afectiva y su situación actual

4.2.1. Carencia Afectiva A Nivel Mundial

A nivel mundial, los niños constituyen cerca de la mitad de los casi 900 millones de personas que viven con menos de 1,90 dólares por día. Sus familias luchan para brindarles la atención básica de la salud y la nutrición que requieren para tener un buen comienzo en la vida. Estas privaciones dejan huellas irreversibles; en 2014, alrededor de 160 millones de niños presentaban retraso en el crecimiento. (Organización Panamericana de la Salud, 2015)

“Según el informe más reciente del Fondo de las Naciones Unidas (UNICEF) del 2014, se demuestra que existe un distanciamiento afectivo de padres a hijos. Es imposible poder medir con exactitud la verdadera magnitud de los problemas que produce la carencia afectiva, sin embargo los datos proporcionados revelan situaciones alarmantes que es necesario considerar. Existen alrededor de 2.200 millones de niños de todo el mundo, de los cuales se estima que un mínimo de 275 millones de niños entre 2 y 14 años son testigos de algún tipo de violencia doméstica. Un total de 158 millones de niños con edad comprendida entre los 5 y 14 años son obligados a trabajar. Más de 17,5 millones de niños han perdido a uno o ambos progenitores debido al SIDA, de los cuales más de 14 millones viven en África. Se estima que 150 millones de niñas y 73 millones de niños menores de 18 años han mantenido relaciones sexuales forzadas u otras formas de violencia y explotación sexual que implican contacto físico. En este informe se evidencia que a nivel mundial existe un porcentaje de niños que son afectados por el deterioro de las relaciones afectivas. América Latina no se aleja de esta realidad, según el informe de la Red Latinoamericana de Acogimiento Familiar (RELAF) del 2013, muestra un análisis en el que se recopila datos estadísticos de 13

países de América Latina y el Caribe. Demostrando que son miles los niños y niñas que carecen de cuidados parentales, aunque este número puede ser aún mayor, las cifras recolectadas nos brindan un amplio panorama de lo que sucede en América Latina. En Colombia, una tercera parte de los niños vive sólo con uno de sus padres y más de 1.100.000 no vive permanentemente con ninguno de ellos; En México se ha reportado cerca de 412.456 niños privados de cuidado parental; En Nicaragua, existe alrededor de 193.311 niños que no vive con ninguno de los dos padres; En Paraguay, existen un número aproximado de 289.000 niños cuyo jefe de hogar no es ni su padre ni su madre. El escenario es aún más crítico en República Dominicana, país que ha reportado un total de 580.781 niños menores de 15 años privados de cuidado parental lo cual representa el 18,8% de la población infantil de ese país. La mayoría de estos niños son institucionalizados y no reciben los cuidados necesarios para un desarrollo integral” (Obando, 2015).

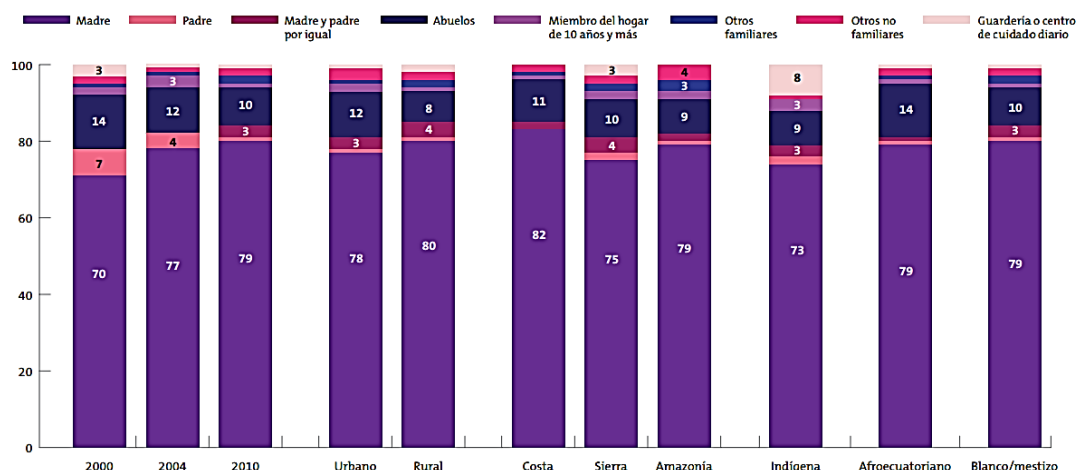
4.2.2. Carencia Afectiva En Ecuador

De acuerdo a un estudio realizado por UNICEF en el año 2010, en muchos hogares ecuatorianos, la figura paterna es la que mayores modificaciones ha sufrido al interior de las familias, sin embargo, la figura materna continúa con su rol fundamental en la vida familiar. Tres de cada 10 niños/as del país no vive con sus padres en el hogar. Entre las razones para la ausencia física del padre en el hogar está la separación (17%), seguido del abandono (8%), el fallecimiento (3%) o la migración interna o internacional (3%). La ausencia de la madre en los hogares, en cambio, es baja: 8% de los niños y niñas no cuenta con la presencia física de sus madres en su familia. El orden de las razones para su ausencia es similar a la del padre, salvo que los porcentajes son muy inferiores con respecto al padre: separación (3%), abandono (2%), migración (2%) y fallecimiento (1%). La principal razón para la ausencia paterna o materna es la separación/divorcio. Lo que diferencia este tipo de ausencia de los padres en el hogar es su incidencia. Uno de cada cinco niños/as menores de 18 años no vive con sus papás porque están separados, en tanto que la ausencia de la madre por esta situación afecta al 3% de los niños/as. El abandono es la segunda causa para la no presencia de los padres en el hogar. A pesar de que no existen estudios que de manera específica pretendan identificar la presencia del síndrome de carencia afectiva entre los infantes de nuestro país, escenarios como el descrito anteriormente pueden darnos una pauta de que el

problema podría estar presente en un porcentaje considerable de la población infantil ecuatoriana. (UNICEF, 2014)

4.2.2.1. Cuidado diario de los niños y niñas durante sus primeros años en Ecuador

Porcentaje de niños/as menores de 5 años según quién los cuida durante la mayor parte del día laborable



Fuente y Elaboración: Encuesta Nacional de la niñez y adolescencia en la sociedad civil UNICEF 2010

De acuerdo a los resultados obtenidos por la Encuesta Nacional de la niñez y adolescencia ENNA realizada a partir del año 2000 por la UNICEF se puede apreciar que para el año 2010 solo un 3% de niños menores de cinco años son cuidados por padre y madre por igual, lo que indica que es escaso el tiempo que los niños comparten con sus dos padres durante sus primeros años de vida. Resulta común durante todos los años analizados que son las madres quienes se ocupan la mayor parte del día del cuidado de sus niños. La madre permanece como la principal responsable del cuidado de la infancia tierna y su participación se incrementa a lo largo de la década. En el 2000, siete de cada diez niños y niñas menores de cinco años (70%) estaba la mayor parte de los días laborables al cuidado de sus madres, en contraste, sólo el 7% de los padres tenía esta responsabilidad. Luego de 10 años, ocho de cada 10 niños y niñas son cuidados por sus madres, y apenas 1% permanece bajo del cuidado del padre. El hecho de que sea mayor en la sierra el porcentaje de niños cuyo cuidado principalmente se realiza en guarderías o centros de cuidado infantil (3% de niños menores de 5 años en el 2010 de acuerdo al estudio mencionado) resulta también un aspecto que debe ser tomado en

consideración dado que puede constituir un indicador de que la presencia del problema es mucho más probable en niños de esta parte del país. El cuidado institucional de los niños/as pequeños es sin embargo cada vez menos frecuente. En el 2000, 3 de cada 100 niños/as que aún no tenían edad para iniciar su educación básica pasaba la mayor parte del día en guarderías o centros de cuidado de este tipo. (UNICEF, 2010)

4.2.2.2. Estudios que relacionan la carencia afectiva con síndromes en el crecimiento y desarrollo.

En un estudio se encontró en el Instituto Nacional del Menor en Uruguay, que el 68.3% de los niños internados vivía con su madre, el 30.8% con una madrastra o un padrastro, y el 5.4% no vivía con ninguno de sus padres. Kliksberg (2012) señala una desventaja importante con respecto al capital social, puesto que estos niños al carecer de una familia integrada tienen menor preparación para asumir el mundo laboral moderno con las exigencias que ello implica, más sin el apoyo emocional que se necesita de la familia va a ser más difícil culminar sus estudios. Los efectos psíquicos en los hijos frente a la falta de la figura paterna también se relacionan con el vínculo materno y el lugar y las funciones de la madre al interior del núcleo familiar” (Rodríguez, 2013)

De manera más específica, en Ecuador Obando (2015) investigó la presencia del síndrome de carencia afectiva y su influencia en el desarrollo de niños que acuden a un centro de cuidado infantil en Riobamba. Toma en cuenta la existencia de tres tipos de carencia afectiva: carencia por discontinuidad, que aparece por la ruptura repetida de la relación establecida entre el niño con uno de los padres, es decir que el menor se encuentra a cargo de un solo progenitor; carencia por insuficiencia, que aparece cuando 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; y carencia por distorsión, que aparece cuando el niño vive con ambos padres pero no tienen la posibilidad de interactuar adecuadamente con los progenitores, es decir que no reciben los cuidados adecuados ya que las interacciones entre los miembros de la familia son conflictivas. (Obando, 2015)

Como principales resultados obtuvo que de los niños/as que viven con un solo padre, el 40% tenía carencia afectiva por discontinuidad, de los cuales un 62% siempre resuelven sus problemas mediante la violencia verbal o física. De los niños/as que viven

sin ningún padre, el 68% tienen carencia afectiva por discontinuidad, de los cuales un 60% siempre suelen permanecer en silencio la mayor parte del tiempo. De los niños que viven con ambos padres, el 60% tienen carencia afectiva por distorsión, de los cuales un 53% siempre resuelven sus problemas mediante la violencia verbal o física. (Obando, 2015).

4.3. Capítulo III: Crecimiento y Desarrollo

4.3.1. Crecimiento

El crecimiento es producto de la continua interacción de la herencia y el ambiente desde la concepción a la edad adulta. Cada individuo tiene una base genética con un potencial definido de crecer, que es modulado por un amplio grupo de factores extragénicos. En consecuencia, sólo se alcanzará la composición corporal y la talla final adulta predeterminada si todos los factores actúan armónicamente. (Papalia, 2015)

Implica fundamentalmente un incremento de las dimensiones corporales originado por el aumento del número y tamaño celular, es decir, un proceso de hiperplasia e hipertrofia celular. Ha sido definido también como el incremento de la masa de un ser vivo. (Organización Panamericana de la Salud, 2015)

Este proceso se inicia en el momento de la concepción del ser humano y continúa a través de la gestación, la infancia, la niñez y la adolescencia. El crecimiento físico de cada persona está sujeto a diversos factores condicionantes: factor genético, nutrición, función endocrina, entorno psicosocial, estado general de salud y afectividad. Lo englobaremos en tres áreas: área del desarrollo físico, área adaptativa y área del desarrollo personal-social. (Papalia, 2015)

4.3.1.1. Factores determinantes del crecimiento

El crecimiento implica la biosíntesis de moléculas complejas a partir de otras más simples, con el aumento en número y tamaño de células, y el agrandamiento de órganos y sistemas, que se traducen en el incremento de la masa corporal total.

En el complejo proceso de crecimiento, participa una serie de factores relacionados con el medio ambiente y con el propio individuo. En algunas circunstancias dichos factores favorecen el crecimiento, mientras que en otras lo retrasan. (Papalia, 2015)

En forma general pueden agruparse los factores que regulan el crecimiento, de la siguiente manera:

1) Factores Nutricionales: se refieren a la necesidad de contar con una adecuada disponibilidad de alimentos y la capacidad de utilizarlos para el propio organismo, con el fin de asegurar el crecimiento. La desnutrición es la causa principal de retraso del crecimiento en los países en desarrollo (Stanton, 2013)

2) Factores socioeconómicos: es un hecho conocido que los niños de clases sociales pobres crecen menos que aquellos pertenecientes a clases sociales más favorecidas. Si bien este fenómeno responde a una asociación multicausal, el solo hecho de contar con pocos recursos económicos tiene implicancias sobre el crecimiento. Esta situación tiene carácter extensivo a la población de recién nacidos de regiones pobres, donde la incidencia de recién nacidos de bajo peso es significativamente mayor en los países en vías de desarrollo (Stanton, 2013)

3) Factores emocionales: se relacionan con la importancia de un ambiente psicoafectivo adecuado que el niño necesita desde su nacimiento y a lo largo del crecimiento. Los estados de carencia afectiva se traducen, entre otras manifestaciones, en la detención del crecimiento. (Stanton, 2013)

4) Factores genéticos: ejercen su acción en forma permanente durante el transcurso del crecimiento. Permiten la expresión de las variaciones existentes entre ambos sexos y aun entre los individuos de un mismo sexo en cuanto a las características diferenciales de los procesos madurativos. En algunas circunstancias pueden ser responsables de la aparición de enfermedades secundarias a la existencia de aberraciones en la estructura de los genes. (Stanton, 2013)

5) Factores neuroendocrinos: participan en el funcionamiento normal de un organismo. Su actividad se traduce en el efecto modulador que ejercen sobre funciones preexistentes. Los estados de desequilibrio en la regulación neuroendocrina pueden

manifestarse a través de una aceleración o retraso del proceso de crecimiento y desarrollo. Todas las hormonas y factores que regulan el crecimiento y ejercen su acción a través de mecanismos específicos y a edades determinadas de la vida, tanto en la etapa de crecimiento prenatal como en la postnatal. (Organización Panamericana de la Salud, 2015)

4.3.1.2.Crecimiento normal del niño

El crecimiento y desarrollo de un individuo es un fenómeno continuo que se inicia en el momento de la concepción y culmina al final de la pubertad, período durante el cual se alcanza la madurez en sus aspectos: físico, psicosocial y reproductivo. Esta transformación involucra cambios en el tamaño, organización espacial y diferenciación funcional de tejidos y órganos. El aumento en el tamaño y masa corporal es el resultado de la multiplicación e hiperplasia celular, proceso conocido como crecimiento. Los cambios en la organización y diferenciación funcional de tejidos, órganos y sistemas son el resultado del proceso de desarrollo o maduración. Para una mejor comprensión de este complejo proceso, ha sido dividido en fases o periodos. (STANTON, 2013)

4.3.1.2.1. Período de crecimiento postnatal

Se caracteriza por cuatro etapas de características disímiles:

a) Primera infancia

Se considera que abarca desde el nacimiento hasta los tres años de edad, y se caracteriza por un crecimiento rápido, si bien con una notable desaceleración en relación al período anterior. Esta es una etapa de riesgo, sensible a las carencias nutricionales, infección y otras enfermedades (diarreas, enfermedades respiratorias, parasitosis). (Contreras, 2010)

b) Segunda infancia o intermedia

A partir de los tres años y hasta el comienzo de la edad puberal, transcurre un período en el cual la velocidad de crecimiento se mantiene constante.

Sin embargo, desde el punto de vista del desarrollo se producen cambios muy importantes en la motilidad fina y la adquisición de conocimientos que posibilitan la integración a una educación formal. (Contreras, 2010)

c) Etapa de aceleración o empuje puberal

El empuje puberal señala los grandes cambios que sufre el niño en su constitución somática y su desarrollo psicosocial. Es un período de rápidas transformaciones que en las niñas alcanzan, en promedio, su máxima velocidad a los 12 años, y en los varones a los 14 años y que condiciona en gran parte el ajuste que ha de tener el joven a su ambiente. La pubertad comprende los siguientes elementos:

- Aceleración y desaceleración del crecimiento en la mayor parte de los órganos internos.
- Modificaciones en la composición corporal que comprenden crecimiento del esqueleto y de los músculos y de la cantidad y distribución de la grasa.
- Desarrollo del sistema vascular y respiratorio con incremento de la fuerza y la resistencia, principalmente del sexo masculino.
- Desarrollo de las gónadas, los órganos de reproducción y los caracteres sexuales secundarios (maduración sexual). (Contreras, 2010)

d) Fase de detención final del crecimiento

Es el fin de un proceso complejo que se inició en el momento de la concepción y que finaliza aproximadamente en la mitad de la segunda década de la vida. El individuo se encuentra ya en este momento en condiciones físicas, que sumadas a las experiencias de aprendizaje, posibilitarán su expresión en el medio social.

No todos los tejidos detienen completamente su crecimiento en la vida adulta. Hay algunos como la piel y la mucosa intestinal, que a través de un proceso de desgaste y regeneración, conservan su capacidad de crecimiento durante toda la vida. (Cruz, 2014)

4.3.1.2.2. Crecimiento compensatorio

El crecimiento compensatorio es la aceleración del crecimiento que ocurre en niños que han tenido retraso del crecimiento por alguna causa, una vez que esa causa desaparece, llevando así a la recuperación del crecimiento perdido. (Cruz, 2014)

Consiste en una aceleración brusca de la velocidad de crecimiento, seguida de una lenta desaceleración, que termina en una velocidad normal, cuando el niño ha recuperado su tamaño normal. El crecimiento compensatorio es un fenómeno biológico que se presenta en todos los mamíferos. En el ser humano es muy frecuente y puede comprobarse a través de mediciones periódicas y regulares a lo largo de la vida del niño.

Puede ocurrir tanto en la talla como en el peso o en otras mediciones. En el peso es frecuente observarlo luego de enfermedades agudas (diarreas, infecciones virales del árbol respiratorio, etc.) o de problemas ambientales (conflictos familiares, mudanzas, privación psicoafectiva, abandono, etc.). (Contreras, 2010)

Los mecanismos íntimos que producen el crecimiento compensatorio no son bien conocidos, pero lo cierto es que no está mediatizado por factores hormonales. Algunos piensan que no es necesario recurrir a explicaciones complejas y que el fenómeno se explica simplemente sobre la base del impulso genético de crecimiento celular.

También es posible observar crecimiento compensatorio en la maduración psicomotriz. En efecto, por ejemplo, luego de períodos de retraso madurativo producidos por privación materna, abandono u otras injurias en el desarrollo del niño, cuando se soluciona el problema es común observar que el niño adquiere pautas madurativas a un ritmo más rápido que el normal, hasta alcanzar un grado de desarrollo normal, correspondiente a su edad. (Obando, 2015)

Las posibilidades de que un niño presente o no crecimiento compensatorio luego de una injuria dependen de cuatro factores:

- La naturaleza del daño: por ejemplo, las infecciones graves son más lesivas que las infecciones leves.
- La duración del daño: cuanto más prolongada sea la enfermedad o carencia, menores serán las posibilidades de presentar crecimiento compensatorio.

- La edad del niño: si bien la injuria actúa en períodos críticos de riesgo, es decir, de alta velocidad de crecimiento, la posibilidad de crecimiento compensatorio es menor cuanto mayor sea el niño.
- El potencial individual del niño: el crecimiento está determinado por características individuales genéticas.

El fenómeno de crecimiento compensatorio ha sido llamado también canalización del crecimiento, como si hubiera un impulso que, frente a cada desviación de la curva de crecimiento por fuera de su canal normal, llevara al niño a recuperar el canal que le corresponde. También ha sido llamado homeorrexis, que no es nada más que la homeostasis, o sea, la tendencia de los seres vivos a mantener el equilibrio de sus constantes biológicas a lo largo del tiempo (Organización Panamericana de la Salud, 2015)

4.3.2. Desarrollo

El niño es un individuo en proceso de crecimiento y desarrollo. Desde que nace, no es un ser pasivo impulsado a la acción tan sólo por estímulos del exterior. Por el contrario, es activo y su comportamiento está organizado: siente y se expresa de diferentes maneras de acuerdo con su edad y sus características individuales. (Cruz, 2014)

El niño está dotado de potencialidades que le permiten desarrollar una vida psíquica. Esta se inicia con el cuerpo en función de instrumento de sentir y actuar que le aporta datos del mundo y de sí mismo. En su interacción con el medio, a través de su diálogo corporal con los otros, es donde se articulan las palabras y los afectos, transponiendo el orden biológico al orden psíquico. Se estructura así la conciencia de sí mismo, la voluntad de ser. (Contreras, 2010)

El desarrollo está inserto en la cultura del ser humano. Es un proceso que indica cambio, diferenciación, desenvolvimiento y transformación gradual hacia mayores y más complejos niveles de organización, en aspectos como el biológico, el psicológico, el cognoscitivo, el nutricional, el ético, el sexual, el ecológico, el cultural y el social.

Al comienzo, el lactante carece de la capacidad de diferenciarse de quienes lo rodean y sus procesos psíquicos son elementales. La maduración biológica es sólo una posibilidad potencial desde el punto de vista de la diferenciación y no puede llevarse a cabo sino en el seno de una relación interpersonal. Es a través de la interacción dinámica, entre organismo y medio del niño con su madre, que se produce el lento proceso de individuación o diferenciación primaria hacia la diferenciación completa. (Obando, 2015)

En este sentido, el desarrollo es un proceso expansivo. A medida que el niño madura va conformando nuevas conductas que generan nuevos comportamientos a través de la interrelación personal y con el medio, en concordancia con sus posibilidades de realización.

Denota una integración de los cambios constitucionales y aprendidos que conforman la personalidad del individuo. Cambio implica una transición de un estado a otro, mientras que desarrollo se refiere a los elementos dinámicos y unidireccionales del cambio; por consiguiente, el desarrollo es un proceso y el cambio un producto. El primero tiene lugar dentro de sistemas que se definen por sus estructuras dinámicas.

Aunque pueda parecer contradictorio, el desarrollo se basa tanto en el cambio como en la constancia, porque se funda en el cambio previsible, por etapas definidas.

Cada etapa del proceso evolutivo presenta comportamientos dominantes que le dan forma propia, pero no son estáticas sino tendientes a transformarse en la siguiente hasta alcanzar la forma definitiva de equilibrio y madurez. (Contreras, 2010)

La aceptación de una regularidad rítmica en los procesos normales abre el camino al examen de los trastornos del desarrollo. Es decir, que el desarrollo anormal es imprevisible porque varían el ritmo y la intensidad previstos en la evolución normal (Organización Panamericana de Salud, 2015).

4.3.2.1. Factores que afectan al desarrollo

Si bien el desarrollo normal es integral y armonioso, cada fase o cada función puede aparecer en tiempos distintos. Lo que un niño logra en un mes, otro lo realiza en un día. Esto se debe a la influencia compleja de diferentes factores. (Osterrieth, 2012)

Piaget describió cuatro factores que afectan el desarrollo:

- Factores hereditarios.
- Factores de acción del ambiente físico.
- Factores de acción del ambiente social.
- Factores de equilibrio que gobiernan particularmente las interacciones de los tres anteriores y favorecen la adaptación del individuo.

Este autor señaló, además, la necesidad de establecer un lenguaje común para entender las distintas teorías sobre el desarrollo. Si bien no hay ninguna teoría suficientemente explicativa de los distintos aspectos del desarrollo, ya que parten de bases empíricas diferentes y de perspectivas diversas (como la evolución cognoscitiva o afectiva del aprendizaje o de la sexualidad) podemos destacar coincidencias respecto de este concepto, a saber:(Osterrieth, 2012)

- a. El desarrollo es un proceso integral, dinámico y continuo.
- b. Ordenado en sucesión de etapas o fases no arbitrarias o accidentales.

Los cambios son previsibles.

- c. Cada fase es un soporte de la estructura posterior.
- d. Cada etapa se caracteriza por una organización basada en los niveles anteriores, pero cualitativamente original respecto de ellas.
- e. No hay una correlación exacta entre la aparición de cada etapa y la edad cronológica, ya que el ritmo e intensidad de las funciones son propias de cada individuo. En consecuencia, pueden apreciarse aceleraciones o retrocesos en los diferentes aspectos del desarrollo.
- f. Ni los factores genéticos ni los ambientales son absolutamente determinantes, pues tendrían relativa influencia según el aspecto del desarrollo y la edad del niño.
- g. Las direcciones del desarrollo son céfalo-caudal; próximo-distal y de actividades globales a las específicas.

Podemos definir, entonces, al desarrollo como un proceso dinámico de organización sucesiva de funciones biológicas, psicológicas y sociales en compleja interacción, cuyas constelaciones estructurales se modifican en un constante palpitar vital. Esto se traduce por un aumento de la autonomía del niño que va siendo progresivamente más independiente, a la vez que se incrementa la capacidad de comunicación con su familia y la sociedad. (Peteersson, 2012)

4.3.3. Evaluación del crecimiento y desarrollo

4.3.3.1. Aspectos antropométricos

Existen varios parámetros antropométricos que son fáciles de aplicar y de mucha utilidad para evaluar el crecimiento y desarrollo. La adecuación de estas mediciones se determina al compararlas con tablas de crecimiento. El ideal es compararlas con tablas de países desarrollados, pues sus factores ambientales serían los mejores para expresar el potencial genético de crecimiento, por lo tanto son más exigentes y a la vez una buena meta para alcanzar. (Papalia, 2015)

Los parámetros antropométricos más usados actualmente son:

1) Peso para la edad. El aumento de peso al crecer se produce a diferentes velocidades, dependiendo de la edad (más rápido en los períodos rápidos de crecimiento) y de acuerdo al sexo. (Papalia, 2015)

2) Peso para la talla. Sirve para evaluar la calidad del estado nutricional. Existen tablas postnatales desde el nacimiento hasta 145 cm de estatura para los varones y hasta 135 cm para las mujeres. Se han hecho así pues sobre estas estaturas empieza el desarrollo puberal, en el cual la edad de inicio y de término presenta grandes variaciones, lo que produce variaciones mucho mayores de estos valores a esa edad. Hemos confeccionado tablas nacionales de peso para la talla para adolescentes, expresadas de acuerdo a la edad y también al grado de desarrollo puberal (según los estadios de Tanner), lo que da mayor precisión a esta medición. (Cruz, 2014)

El índice de masa corporal (IMC) se determina por la fórmula: $\text{peso}/\text{talla}^2$. Del punto de vista estadístico se ha visto que es un mejor indicador del estado nutricional que el peso/talla por correlacionar mejor con el grado de adiposidad del sujeto. (Papalia, 2015)

3) Talla para la edad. Existen tablas de acuerdo a la edad y sexo. En general se acepta que lo normal es una talla entre los percentilos 10 y 90, sin embargo es importante considerar que los cambios de canal de crecimiento de un sujeto también pueden indicar problemas en su crecimiento (por ejemplo si un niño baja su talla del percentilo 75 al 25). Esta última situación se puede detectar mejor en tablas de velocidad de crecimiento las que señalan el número de centímetros que crece un niño de acuerdo a la edad y sexo. (Papalia,2015)

4) Relación de segmentos corporales. El crecimiento postnatal del niño se produce sobre todo en base al crecimiento de las extremidades inferiores, especialmente durante los primeros años de vida y la pubertad. Existen tablas de la proporción de estos segmentos (superior e inferior), de acuerdo a la edad y al sexo. Hay tablas internacionales, que miden el segmento inferior desde la sínfisis pubiana al suelo. Hemos confeccionado tablas nacionales (segmento superior/segmento inferior) obteniendo el segmento inferior al restar a la talla el segmento superior, medido con la persona sentada en una silla especial de medición, con menos posibilidad de error que la anterior. Las noxas que afectan el crecimiento durante períodos de muy rápido crecimiento, pueden producir una desproporción de los segmentos corporales. Al estudiar un retraso de talla, esta relación sirve para orientar el diagnóstico, especialmente para las displasias óseas. (Cruz,2014)

5) Pliegues cutáneos. Al determinar la adecuación del peso para la talla podemos determinar si hay exceso o falta peso, pero no podemos precisar si se produjo por un exceso de grasa o de músculo. Los pliegues son importantes cuando se encuentra alterada la masa magra (patologías musculares, desnutrición), en deportistas y en alteraciones de fluidos corporales (deshidrataciones, edema). Existen tablas para los pliegues corporales los que se miden con un plicómetro (cáliper), que determina la grasa subcutánea. Los más usados son el pliegue bicipital, tricipital, subescapular y suprailíaco. (Cruz, 2014)

6) Perímetro braquial. Se debe medir con una huincha no distensible en el punto medio del brazo entre el olécranon y el acromion. La fórmula de Frisancho toma en cuenta este perímetro y el pliegue bicipital, con la cual se mide la masa grasa y magra braquial, las que correlacionan bien con la composición corporal del sujeto. Por la

fórmula de Durnin, que usa los 4 pliegues cutáneos, se obtiene el porcentaje de grasa corporal. (Cruz, 2014)

7) Perímetro de cráneo. Este perímetro experimenta una gran velocidad de crecimiento durante el primer año de vida, reflejando el importante crecimiento del encéfalo durante este periodo. En el estudio de un retraso de talla, detectar un perímetro de cráneo disminuido, orienta el diagnóstico de etiologías específicas, como enfermedades metabólicas o genéticas. (Cruz, 2014)

4.3.3.2.Herramientas de detección de trastornos en el crecimiento y desarrollo

Para llegar al diagnóstico de un trastorno del desarrollo infantil se requieren con frecuencia varias consultas y evaluaciones. La información que reúna el médico determinará qué etapas importantes del desarrollo o qué grupos de habilidades no se han desarrollado en comparación con las de otros niños de su misma edad. Este proceso de evaluación puede constar de las siguientes pruebas estandarizadas: (Obando, 2015)

- **Escalas Bayley de desarrollo infantil.** Es uno de los tests de inteligencia más utilizados para niños de edades comprendidas entre 1 y 42 meses de edad. El valor principal del test es el diagnóstico de retraso en el desarrollo y posterior planificación de estrategias de intervención.
- **Escala Merrill-Palmer de test mental.** Es un test de habilidad cognitiva general que incluye tanto tareas verbales como espaciales, para niños entre 18 y 72 meses de edad.
- **Escalas Reynell de desarrollo de lenguaje.** Evalúa la comprensión verbal y las habilidades de lenguaje expresivo para niños de 12 a 60 meses de edad. Presenta dos escalas de 67 ítems cada una.
- **Escalas Vineland de funcionamiento adaptativo.** Es una entrevista estructurada dirigida a los padres del niño. Mide el comportamiento adaptativo en las áreas de comunicación, hábitos de autonomía, socialización y habilidades motoras
- **Entrevista diagnóstica del autismo-revisada (ADI-R).** Entrevista estandarizada y semi-estructurada, dirigida a los padres. Se utiliza para evaluar síntomas asociados con trastornos del espectro autista.

- **Escala de inteligencia de Wechsler para preescolar y primaria (WPPSI).** Es uno de los tests de inteligencia más utilizados para niños en edades comprendidas entre los 4 y los 6,5 años.
- **Escala de Denver:** Propone evaluar científicamente el desarrollo psicomotriz de los pequeños desde su nacimiento hasta los seis años. No es un test de inteligencia, a diferencia de los anteriores; sólo indica si el desarrollo de un niño está dentro de los límites normales (Papalia, 2015).

5. Materiales y Métodos

Tipo de estudio

El presente trabajo de investigación es de tipo analítico y transversal

Área de estudio

El centro infantil de buen vivir se encuentra ubicado en el barrio San José, junto al UPC de la Policía del Cantón Catamayo de la provincia de Loja, donde asisten diariamente niños y niñas de entre 9 meses y 4 años de edad. La mayoría de ellos provienen de sectores como 24 de mayo, Las Canoas, El Porvenir y San José.

Período

La investigación se llevó a cabo en el período enero 2016 - Agosto 2017.

Población

La población para la investigación la constituyeron los niños que acudieron al centro infantil de buen vivir del Cantón Catamayo y sus padres/tutores

Criterios de Inclusión:

Niños y niñas menores de 4 años que asistieron al centro infantil del buen vivir del Cantón Catamayo y sus padres/tutores.

Criterios de Exclusión:

Niñas y niñas cuyos padres/tutores no firmaron el consentimiento informado.

Niños y niñas que no acuden con regularidad al centro infantil.

Niñas y niñas con enfermedades diagnosticadas que afecten el desarrollo físico e intelectual.

Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Técnicas

Para la recolección de información necesaria para responder a los objetivos planteados, fue necesario utilizar las siguientes técnicas:

- Encuesta: que plantea varias preguntas de opción múltiple que tiene en cuenta factores de riesgo que se pueden presentar en el ambiente diario de los niños, de su familia; además de sintomatología observada que orienta al diagnóstico del síndrome de carencia afectiva.
- Mediciones Antropométricas, que se diseñó tomando como base los parámetros sugeridos por el MSP para evaluar el crecimiento de niños menores a cuatro años. Se utilizarán las variables que a continuación se detallan:
 - Peso
 - Talla
- Test; se aplicó el **test de Denver** para conocer el desarrollo de los niños. Las preguntas del examen se clasifican en 4 categorías: Motor Grueso; Motor Fino Adaptativo; Lenguaje; y Social. El fallo en la ejecución de una prueba que normalmente es realizada por el 90 % de los niños de su misma edad debe ser considerado como evidencia de «retraso». Dos o más fallos en uno de los sectores constituyen una composición anormal. Si en cualquier sector aparece solamente un fallo, o si en dicho sector no se realiza con éxito ningún ejercicio y, si además, se cruza con la línea de la edad, entonces la respuesta se considera dudosa.

Instrumentos

Para la utilización de las técnicas mencionadas anteriormente, fue necesario diseñar los siguientes instrumentos:

- Formulario de Test de Denver II cuyo autor es William K. Frankenburg y fue creada en 1967, validada por el autor y modificada en el 2010: permitió la valoración de desarrollo de un niño en las diferentes edades.
- Formulario de la encuesta realizada por el autor y validada mediante Alfa de Cronbach: permitió conocer ciertos aspectos en la vida diaria de los niños dentro

de sus hogares, misma que también contribuyó a un esclarecimiento de los síntomas de carencia afectiva presentes en ciertos niños.

Validación de la encuesta mediante Alfa de Cronbach

Se realizó la validación de la encuesta mediante una prueba piloto de 25 casos en la cual de obtuvo el siguiente resultado:

Estadísticas de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
0,78	12

Luego de haber obtenido un alfa de Cronbach de 0,78 la cual indica que la encuesta es fiable se procedió a la realización de la encuesta en todos los niños, dicha alfa de Cronbach fue calculada mediante el programa SPSS.

Procedimiento:

Autorización: Se requirió la autorización de la Coordinación del centro infantil del Buen Vivir, además de la autorización del personal docente mediante la socialización del consentimiento informado.

Recolección de Información:

- Una vez validada la encuesta se procedió a su aplicación a los padres de familia de los niños en estudio; cuyos resultados permitirán clasificar a los niños con y sin síndrome de carencia afectiva de la siguiente manera: los niños que muestran síntomas como angustia o separación del afecto, avidez afectiva, rechazo o agresividad afectiva, egocentrismo, pasividad, inseguridad, baja autoestima, intolerancia a las frustraciones, llora constantemente, es poco sociable, apático; será caracterizado como un niño que padece el síndrome de carencia afectiva.
- Se procedió a la entrega del consentimiento informado y del cuestionario a los padre/tutores y docentes que laboran en el centro infantil.
- Se aplicó el test de Denver a todos los niños/niñas que participaron en esta investigación, con el cual se identificó las alteraciones del desarrollo de los niños de la siguiente manera: los niños que presentes dos o más fallos en

cualquiera de las áreas de estudio será catalogado como niño con alteración del desarrollo, mientras que el que se rehúsa a responder o tiene un solo fallo se repetirá nuevamente la prueba pues se considerará dudosa, y el que no presente ningún fallo será un niño con desarrollo normal.

- De igual manera se realizó la toma de medidas antropométricas que son peso, talla; que permitieron calificar de acuerdo a las curvas de crecimiento de peso/edad, talla/edad, IMC/edad de la Organización Mundial de la salud a los niños con un crecimiento adecuado o inadecuado de la siguiente manera: los niños que se encuentren sobre dos desviaciones estándar o a su vez por debajo de dos desviaciones estándar serán catalogados como niños con un crecimiento inadecuado.
- Se informó a los padres/tutores los resultados de esta investigación y se procedió a la entrega de un tríptico en el cual se detallaron algunos consejos de cómo prevenir alteraciones del crecimiento y desarrollo infantil.

Plan de análisis de datos: Se empleó el programa SPSS para la elaboración de la base de datos y análisis de la información. Para la presentación de la información obtenida se realizó tablas de contingencia y gráficos de barras.

Aspectos éticos: El manejo de la información es exclusivamente para motivos de esta investigación y según el interés de la institución donde se realiza el estudio que podría utilizarla para fines que mejoren el crecimiento y desarrollo de niños y niñas que acuden al centro así como también para prevenir el síndrome de Carencia Afectiva.

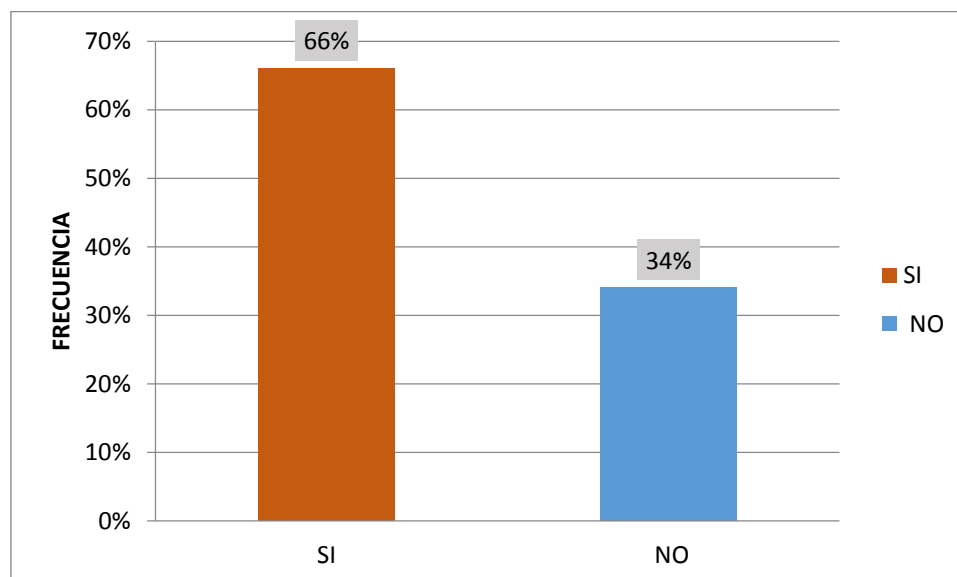
A los padres/tutores se les entregó una hoja de consentimiento informado para que den su autorización de participar o no de la investigación. Los datos obtenidos en la investigación fueron guardados en absoluta confidencialidad, sólo fueron usados para el presente trabajo, los formularios fueron manejados de manera anónima, y los datos personales no se divulgaran.

La recolección de los datos se llevó a cabo en un ambiente de privacidad donde la confidencialidad de la información recabada en el formulario estuvo garantizada, y quienes no desearon participar en la investigación fueron respetados en su decisión.

6. Resultados

Gráfico N° 1: Presencia del síndrome de carencia afectiva en los niños que asisten al Centro Infantil del Buen Vivir-Catamayo periodo enero 2016 - agosto 2017

SÍNDROME DE CARENCIA AFECTIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	33	66%
NO	17	34%
	50	100%



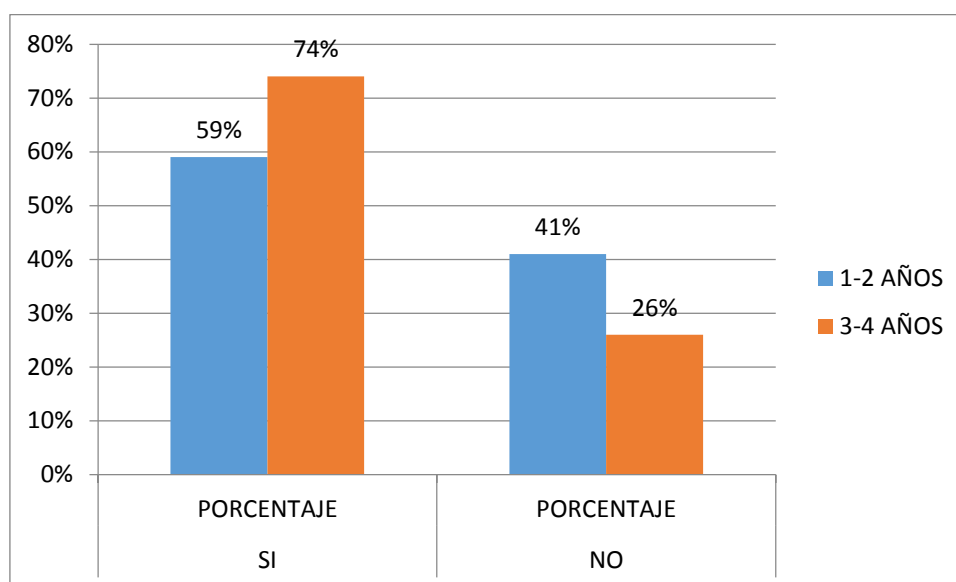
FUENTE: ENCUESTA REALIZADA A PADRES DE FAMILIA DEL CENTRO INFANTIL DE BUEN VIVIR CATAMAYO
ELABORACIÓN: LA AUTORA

ANÁLISIS:

El síndrome de carencia afectiva se presenta en aproximadamente la tercera parte de los niños que acuden al Centro Infantil Buen Vivir Catamayo, lo cual indica que por cada 10 niños que acuden 3 de ellos presentan el síndrome.

Gráfico N° 2: Síndrome de carencia afectiva de acuerdo a la edad de los niños que asisten al Centro Infantil del Buen Vivir-Catamayo periodo enero 2016 - agosto 2017

EDAD	SI		NO		TOTAL
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE	
1-2 AÑOS	16	59%	11	41%	27
3-4 AÑOS	12	74%	6	26%	23



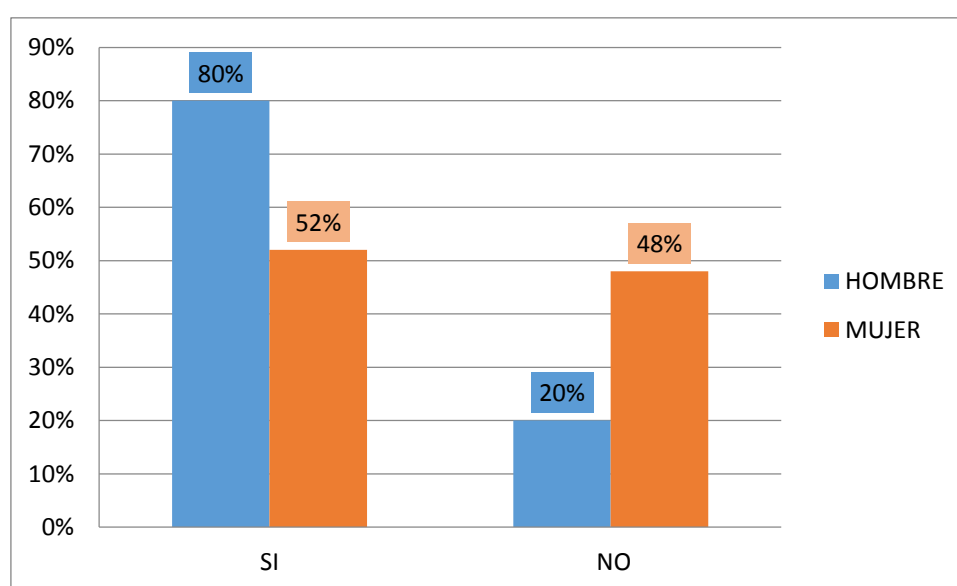
FUENTE: ENCUESTA REALIZADA A PADRES DE FAMILIA DEL CENTRO INFANTIL DE BUEN VIVIR CATAMAYO
ELABORACIÓN: LA AUTORA

ANÁLISIS:

El síndrome de carencia afectiva es más prevalente en los niños de 3- 4 años, seguida por los niños de 1 - 2 años respectivamente. Lo cual indica que mientras mayor sea el tiempo que permanece sin afecto existe un mayor riesgo de presentar el síndrome.

Gráfico N° 3: Síndrome de carencia afectiva por sexo en los niños/niñas que asisten al Centro Infantil del Buen Vivir-Catamayo periodo enero 2016 - agosto 2017

SEXO	SI		NO	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
HOMBRE	20	80%	5	20%
MUJER	13	52%	12	48%



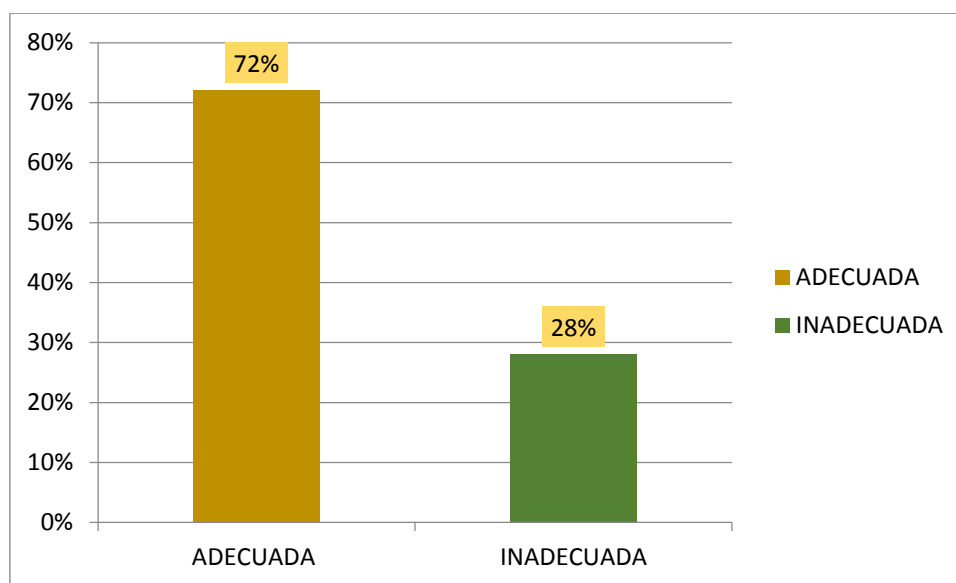
FUENTE: ENCUESTA REALIZADA A PADRES DE FAMILIA DEL CENTRO INFANTIL DE BUEN VIVIR CATAMAYO
ELABORACIÓN: LA AUTORA

ANÁLISIS:

El síndrome de carencia afectiva es más prevalente en Hombres (80%), mientras que en mujeres alcanza un porcentaje aproximado de 52%. En el caso de los hombres por cada 5 niños 4 de ellos presentan el síndrome de carencia afectiva; mientras que en el caso de las mujeres de cada 10 niños 5 de ellos presenta este síndrome.

**Gráfico N° 4: Talla/edad de los niños que acuden al Centro Infantil del Buen Vivir-
Catamayo periodo enero 2016 - agosto 2017**

TALLA/EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ADECUADA	36	72%
INADECUADA	14	28%
TOTAL	50	100%

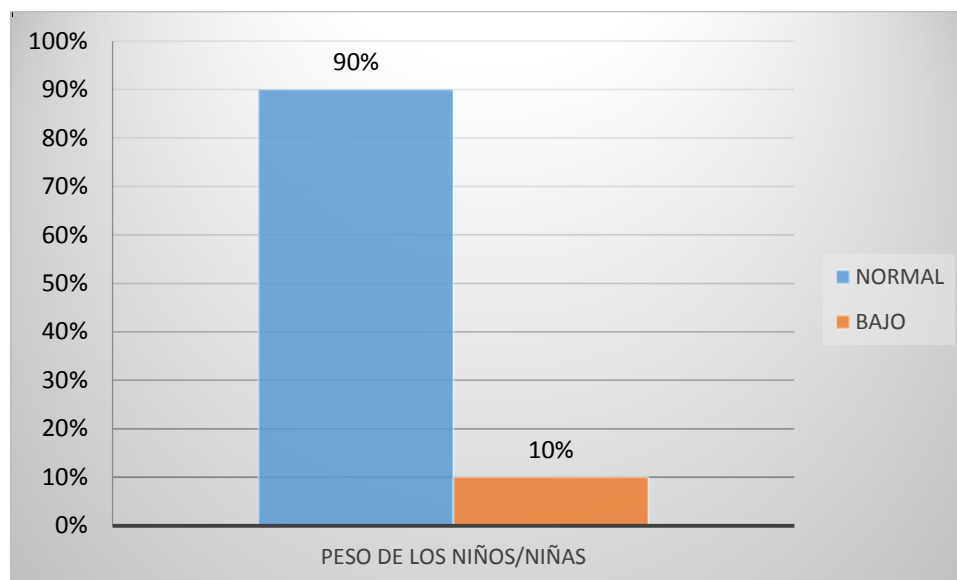


FUENTE: ENCUESTA REALIZADA A PADRES DE FAMILIA DEL CENTRO INFANTIL DE BUEN VIVIR
CATAMAYO
ELABORACIÓN: LA AUTORA

ANÁLISIS:

Al analizar los datos obtenidos en base a las curvas de crecimiento de la OMS aproximadamente el 28% de los niños en estudio presenta una talla/edad inadecuada o baja, lo cual nos indica que aproximadamente la 3ra. Parte de los niños que acuden al centro en estudio presentan talla baja de origen afectivo.

**Gráfico N° 5: peso/edad de los niños que acuden al Centro Infantil del Buen Vivir-
Catamayo periodo enero 2016 - agosto 2017**

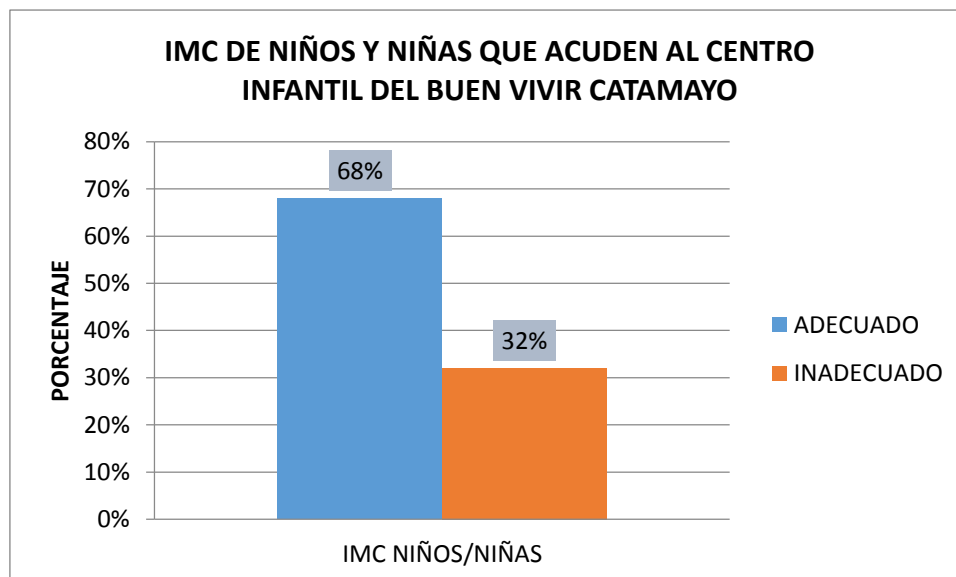


**FUENTE: ENCUESTA REALIZADA A PADRES DE FAMILIA DEL CENTRO INFANTIL DE BUEN VIVIR
CATAMAYO
ELABORACIÓN: LA AUTORA**

ANÁLISIS:

En relación al peso/edad el 10 % de los niños en estudio presenta alteración del peso, o lo que es lo mismo que de cada 10 niños 1 de ellos presentará alteración del peso.

Gráfico 6: Índice de masa corporal/edad de niños/ niñas que acuden al Centro Infantil del Buen Vivir-Catamayo periodo enero 2016 - agosto 2017



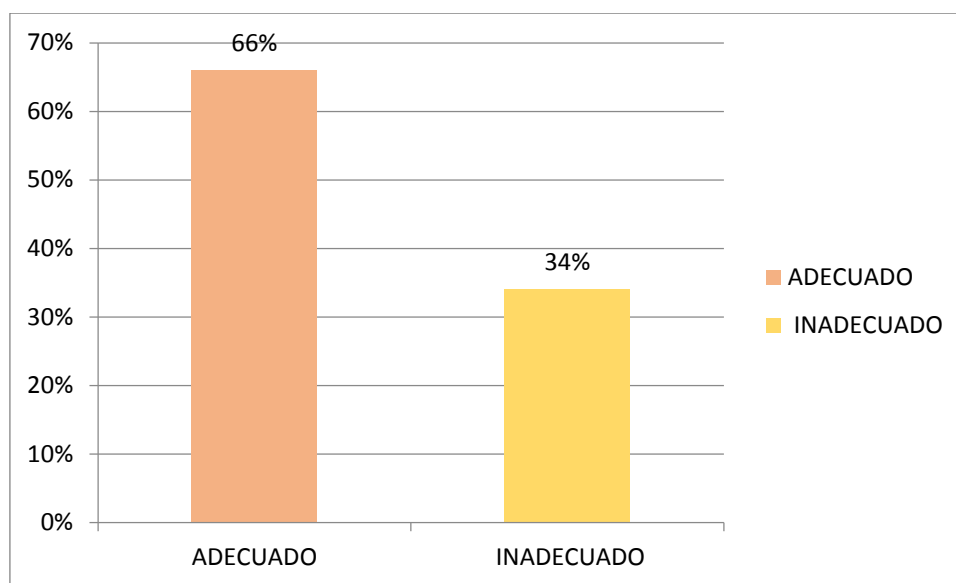
**FUENTE: ENCUESTA REALIZADA A PADRES DE FAMILIA DEL CENTRO INFANTIL DE BUEN VIVIR CATAMAYO
ELABORACIÓN: LA AUTORA**

ANÁLISIS:

El índice de masa corporal se ve afectado aproximadamente en un 32%, lo cual indica que aproximadamente la tercera parte de los niños estudiados presentan alteración.

Gráfico Nro. 7: Evaluación del crecimiento de los niños menores de 4 años que acuden al Centro Infantil del Buen Vivir-Catamayo durante el periodo enero 2016 - agosto 2017

CRECIMIENTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ADECUADO	33	66%
INADECUADO	17	34%



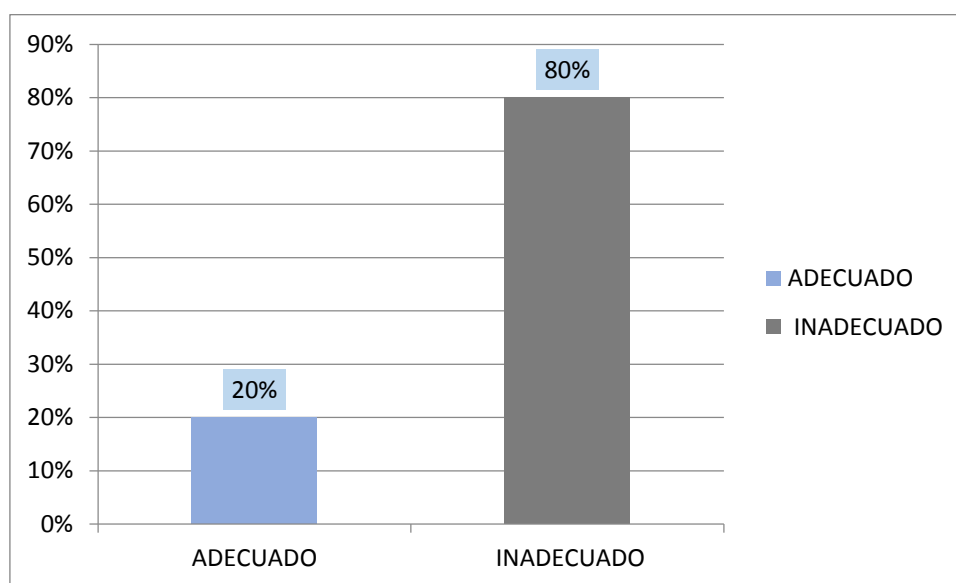
**FUENTE: ENCUESTA REALIZADA A PADRES DE FAMILIA DEL CENTRO INFANTIL DE BUEN VIVIR CATAMAYO
ELABORACIÓN: LA AUTORA**

ANÁLISIS:

El crecimiento en la población estudiada se ve alterado en un 34% lo cual es de gran importancia ya que 3 de cada 10 niños presentan afectación de esta área.

Gráfico Nro. 8: evaluación del desarrollo de los niños que acuden al Centro Infantil Buen Vivir Catamayo durante enero 2016- agosto 2017

DESARROLLO	FRECUENCIA	PORCENTAJE	TOTAL
ADECUADO	10	20%	10
INADECUADO	40	80%	40
TOTAL	50	100%	50



FUENTE: ENCUESTA REALIZADA A PADRES DE FAMILIA DEL CENTRO INFANTIL DE BUEN VIVIR CATAMAYO
ELABORACIÓN: LA AUTORA

ANÁLISIS:

En el gráfico presentado se observa que un 80% de niños que acuden al centro infantil del buen vivir Catamayo muestra un inadecuado desarrollo.

Tabla Nro. 1: Pruebas de significancia de la relación entre síndrome de carencia afectiva y crecimiento de los niños/niñas que acuden al Centro Infantil Buen Vivir Catamayo

SÍNDROME DE CARENCIA AFECTIVA			
CRECIMIENTO	SI	NO	TOTAL
	INADECUADO	12	5
ADECUADO	21	12	33

FUENTE: ENCUESTA REALIZADA A PADRES DE FAMILIA DEL CENTRO INFANTIL DE BUEN VIVIR
CATAMAYO
ELABORACIÓN: LA AUTORA

$X^2 = 3,36$
 $P = 0,06$
 $OR = 4,28$
 $IC = 0,83-22,03$

ANÁLISIS:

De acuerdo a los resultados obtenidos, si bien es cierto el crecimiento y síndrome de carencia afectiva muestran una fuerza de asociación de Odds Ratio de 4,28; sin embargo las pruebas de significancia estadística (valor de P e IC) no son significativas; probablemente la muestra sea demasiado pequeña, por lo tanto en el presente estudio no es significativa dicha asociación.

Tabla Nro. 2: Cálculo de pruebas de significancia estadística para estimar la relación entre el síndrome de carencia afectiva y el desarrollo de menores de 4 años del Centro Infantil del Buen Vivir Catamayo

SÍNDROME DE CARENIA AFECTIVA			
DESARROLLO	SI	NO	TOTAL
INADECUADO	28	12	40
ADECUADO	5	5	10

FUENTE: ENCUESTA REALIZADA A PADRES DE FAMILIA DEL CENTRO INFANTIL DE BUEN VIVIR
CATAMAYO
ELABORACIÓN: LA AUTORA

$X^2 = 1,4$
 $P = 0,23$
 $OR = 2,3$
 $IC = 0,56-9,57$

ANÁLISIS:

En la tabla y los resultados obtenidos de las pruebas de significancia muestra una fuerza de asociación entre el síndrome de carencia afectiva y el desarrollo de OR de 2,3; sin embargo las pruebas de significancia estadística (valor de P e IC) no son significativas, probablemente debido a una muestra demasiado pequeña; por lo tanto en el presente estudio no es significativa dicha asociación.

7. Discusión

El síndrome de carencia afectiva fue descrito por primera vez en el año 1969 por el psicólogo inglés John Bowlby, él analizó casos de niños cuidados en casa y niños criados en orfanatos encontrando deterioro tanto del lenguaje, crecimiento y un coeficiente intelectual bajo en los huérfanos, demostrando la relación existente entre un apego precoz y el respectivo tiempo compartido con los padres y un crecimiento adecuado. (GARCÍA, 2012)

En pediatría dichos resultados tomaron importancia cuando se estudiaban las causas de la talla baja y de morbilidad en niños menores de 5 años; siendo una de las principales causas no sólo una mala alimentación y enfermedades concomitantes; sino también una deficiencia en cuanto a afectividad de parte de sus padres. (Spitz, 2000)

El Síndrome de carencia afectiva encontrado en la presente investigación es de 66%; que resulta preocupante en este grupo; puesto que es mayor al encontrado en un estudio transversal realizado en Riobamba en el 2015, en un grupo de 90 niños donde encontraron que el 60% tienen Síndrome de carencia afectiva. (Obando, 2015). Así mismo demuestran porcentajes elevados del síndrome de carencia afectiva en otros estudios transversales como: Bogotá- Colombia “Efectos de la carencia afectiva en niños menores de 4 años” (Rodríguez N. , 2010), Ambato – Ecuador “Carencia afectiva y el desarrollo psicosocial en niños de 0-4 años” (Silva, 2011).

Así mismo, al hablar de las alteraciones del desarrollo ocasionadas por el síndrome de carencia afectiva en el presente estudio se encontró alteraciones del desarrollo en el 80% de la población analizada, porcentaje mayor al encontrado en CUBA durante el año 2014 en un estudio de tipo transversal, donde se estudió un mismo número de niños pertenecientes al hogar infantil llamado Círculo interno LU- XUN encontrándose un 60% de niños con alteración del desarrollo; en ambos estudios el área más afectada es el lenguaje. Estas cifras son bastante elevadas, demostrando así la importancia de prevenir esta patología para evitar consecuencias a futuro en los niños. De la misma manera en el año 2011 en Ambato se estudió a 85 niños institucionalizados en una investigación de

tipo transversal donde se observó un 60% de los niños con afectación del desarrollo. (Silva, 2011).

Otra de las complicaciones importantes que ocasiona el Síndrome de Carencia Afectiva es talla baja o lo que se conoce como hipocrecimiento de origen psicológico; en el presente trabajo investigativo el porcentaje de niños con esta alteración es de 28%; cifra que contrasta con el estudio cuali- cuantitativo realizado a 40 niños en Madrid-España durante el 2010 donde se encontró un 45% de niños con talla baja, estas cifras representan casos preocupantes de alteraciones que impiden el crecimiento normal a causa de este síndrome. (GARCÍA, 2012) Aunque son pocos los estudios realizados acerca de este tema se puede citar algunos de tipo transversal que de igual forma mencionan porcentajes de entre 25-45% de niños con talla baja a causa del síndrome de carencia afectiva como son: Barcelona- España “Hipocrecimiento de origen psicológico” (M. Hernandez, 2010), Córdoba- Colombia “Carencia afectiva y el estado nutricional de niños de hasta seis años de edad en los centros de detención de Córdoba, Colombia” (Berta Nelly Restrepo, 2008)

La relación que existe entre las alteraciones del crecimiento/desarrollo con la presencia del síndrome de carencia afectiva ha sido demostrada en múltiples investigaciones como la realizada en Guayaquil- Ecuador durante el año 2013 de diseño transversal donde se estudió a 85 niños que forman parte del proyecto “CHICOS DE LA CALLE” (Cevallos, 2013); lo cual contrasta con los resultados de la presente investigación, misma que al no tener suficiente muestra no se logra establecer significancia estadística, sin embargo esto no quiere decir que no existe relación pues el OR si muestra relación, además se puede citar estudios como el realizado en Barcelona-España en el año 2010 que menciona la relación entre la carencia afectiva y la talla baja (M. Hernandez, 2010), o el realizado en Ambato durante el año 2011 que demuestra la relación entre la carencia afectiva y las alteraciones del desarrollo (Silva, 2011). Otro estudio importante de mencionar es el realizado en Uruguay durante el año 2008 de tipo prospectivo que estudió a 120 niños que acuden a centros de cuidado infantil mismo que muestra la relación del síndrome de carencia afectiva con la talla baja. (Jacqueline Lucas, 2008)

En consecuencia, el esfuerzo del país y de los padres debería ir encaminado a la prevención de esta patología especialmente durante los primeros años de vida, que se considera de acuerdo a la organización mundial de la salud como una de las etapas más decisivas en la vida del ser humano puesto que es necesaria mayor estimulación, cariño, nutrición adecuada de manera que se logre un equilibrio que permita el buen desarrollo de un niño, (Castro & Martínez, 2014)

8. Conclusiones

- El Síndrome de carencia afectiva es una patología que afecta no sólo a los niños de los orfanatos como comúnmente se piensa, sino que también causa afecciones a los niños que pasan la mayor parte del día en las guarderías; lo cual se ha podido constatar con la presente investigación puesto que el 66% de los niños en estudio presenta el Síndrome.
- La evaluación del crecimiento de los niños, realizada a través del parámetro Talla/edad, dio como resultado conocer la existencia de talla baja o déficit de crecimiento en el 28% de los niños; siendo más frecuente la alteración en los niños de un año; además mostro un peso/edad bajo en el 10% de los niños y un IMC inadecuado en el 32% de los niños.
- La evaluación del Desarrollo realizada mediante el test de Denver, permitió dar a conocer que el 80% de la población estudiada está afectada.
- La relación entre el síndrome de carencia afectiva y las alteraciones del crecimiento/desarrollo permitió conocer de acuerdo el Odds Ratio asociación, sin embargo por el escaso número no fue estadísticamente significativa; por lo que sería conveniente profundizar el estudio con un mayor número de niños.

9. Recomendaciones

- Implementación de talleres o paseos una o dos veces por semana que incluyan a los padres de los niños, con el fin de contribuir a la existencia de momentos en familia y de felicidad para los niños, en los cuales los padres brinden tiempo de calidad a sus hijos.
- Planificación de una charla acerca de la importancia del afecto en el crecimiento y desarrollo normal de los niños, misma que nos permitirá crear conciencia en los padres para que mejoren el trato hacia sus hijos, que pasen tiempo de calidad y con calidez.
- Creación de Escuela para Padres una vez por semana, misma que incluya a un psicólogo que ayude a mejorar las relaciones de pareja, el trato hacia los hijos, el rol de la afectividad, familias funcionales y disfuncionales.

10. Bibliografía

- (INNFA), I. N. (2010). *INDICADORES SOCIALES DEL ECUADOR*. Quito- Ecuador.
- (UNICEF), N. V. (2011). *Por qué, cuándo y cómo intervenir desde la escuela ante el maltrato a la infancia y la adolescencia*. . Argentina: Juan Bosco.
- A. PERICACHO CONDE, B. S. (2011). FALLO DE MEDRO. *BOLETIN DE PEDIATRIA DE ASTURIAS, CANTABRIA, CASTILLA Y LEÓN*, 189-199.
- Beas, F. C. (1968). *Diagnóstico del retardo del crecimiento en el niño*. Chile .
- Castro, M. d., & Martínez, V. T. (2014). *los doctores Mireya del Pilar Bravo Castro; Víctor Tadeo Pérez Martínez realizó “Caracterización de la esfera socio-afectiva y biológica de preescolares sin amparo filial”*. Habana - Cuba.
- CNE. (2011). *CENSO POBLACIONAL* . QUITO: IMPRENTA NOCION.
- Cruz, M. (2014). *TRATADO DE PEDIATRIA*. Barcelona- España: EDITORIAL MEDICA PANAMERICANA.
- Escallon, R. A. (2007). Comprensión de la deprivación afectiva a partir del paradigma fenomenológico existencial. *Pensamiento psicologico*. Vol.3. Nro.9, 55- 60.
- García, J. F. (2012). Hipocrecimiento de origen psicologico. *SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENDOCRINOLOGIA PEDIATRICA*, 113-123.
- GARCÍA, J. M. (2012). *Hipocrecimiento de origen psicologico*. Madrid- España: Mc Graw Hill.
- García, M. G. (2005). Factores condicionantes de la salud mental del niño . *Dialnet*, 5.
- Hastie, C. a. (2009). Optimising psychophysiology in third stage of labour: theory applied to practice. En C. a. Hastie, *Women and Birth* (págs. 89-96.). Masachusets: McGrawHill.
- Martinez, J. C. (1997). *NIÑOS MALTRATADOS*. Madrid: DIAZ DE SANTOS.
- Novasageta, F. (2000). Carencia afectiva. *Familianova Schola*, 1-18.

- Obando, K. (2015). *CARENCIA AFECTIVA Y DESARROLLO PSICOSOCIAL*. Riobamba.
- ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. (1993). *Manual de crecimiento y desarrollo del niño* . Washington DC.
- Organización Panamericana de Salud . (1993). *Manual de crecimiento y desarrollo del niño* .
- Organización Panamericana de Salud. (2015). *Manual de crecimiento y desarrollo del niño*.
- Papalia, D. W. (2005). *Desarrollo del niño y del adolescente para educadores*. México: McGraw Hill.
- Papalia, D. W. (2015). *Desarrollo del niño y del adolescente para educadores*. México: McGraw Hill.
- Pericacho, A., & Sánchez González, B. (2011). FALLO DE MEDRO. *BOLETIN DE PEDIATRIA DE ASTURIAS, CANTABRIA, CASTILLA Y LEÓN*, 189-199.
- Petersson, U. M. (2006). *ANTISTRESS, WELL BEING EMPATHY AND SOCIAL SUPPORT*. Massachussets: Verlag Gmbh & Co.
- Petersson, U. M. (2012). *ANTISTRESS, WELL BEING EMPATHY AND SOCIAL SUPPORT*. Massachussets: Verlag Gmbh & Co.
- RELAF, P. (2010). *Niños, niñas y adolescentes sin cuidados parentales en America latina*. Buenos Aires- Argentina.
- Rodriguez, N. (2010). *Los efectos de la ausencia paterna en el vínculo con la madre y la pareja* . Bogotá .
- Rusler, V., & Vainstein, N. (2011). *Por qué, cuándo y cómo intervenir desde la escuela ante el maltrato a la infancia y la adolescencia*. Argentina: Juan Bosco.
- Spitz, R. A. (2000). El primer año de vida del niño. En R. A. Spitz, *El primer año de vida del niño* (págs. 129-132). Madrid - España: Aguilar.
- STANTON, K. B. (2013). *NELSON TEXTBOOK OF PEDIATRICS*. Barcelona- España: DRK Edicion.

Stanton, Kliegman, Behrman, & Jenson. (2013). *NELSON TEXTBOOK OF PEDIATRICS*.
Barcelona- España: DRK Edicion.

Uvnas Moberg, K. A. (2010). THE PSYCOBIOLOGY OF EMOTION: THE ROLE OF
OXYTOCINERGIC SYSTEM. *International Journal of Behavioural Medicine*, 59-65.

11. Anexos

Anexo 1:

HOJA RECOLECTORA DE INFORMACIÓN:

Nombre del niño:

Edad:

Fecha de nacimiento:

1. Carnet de vacunación:

Completo ()

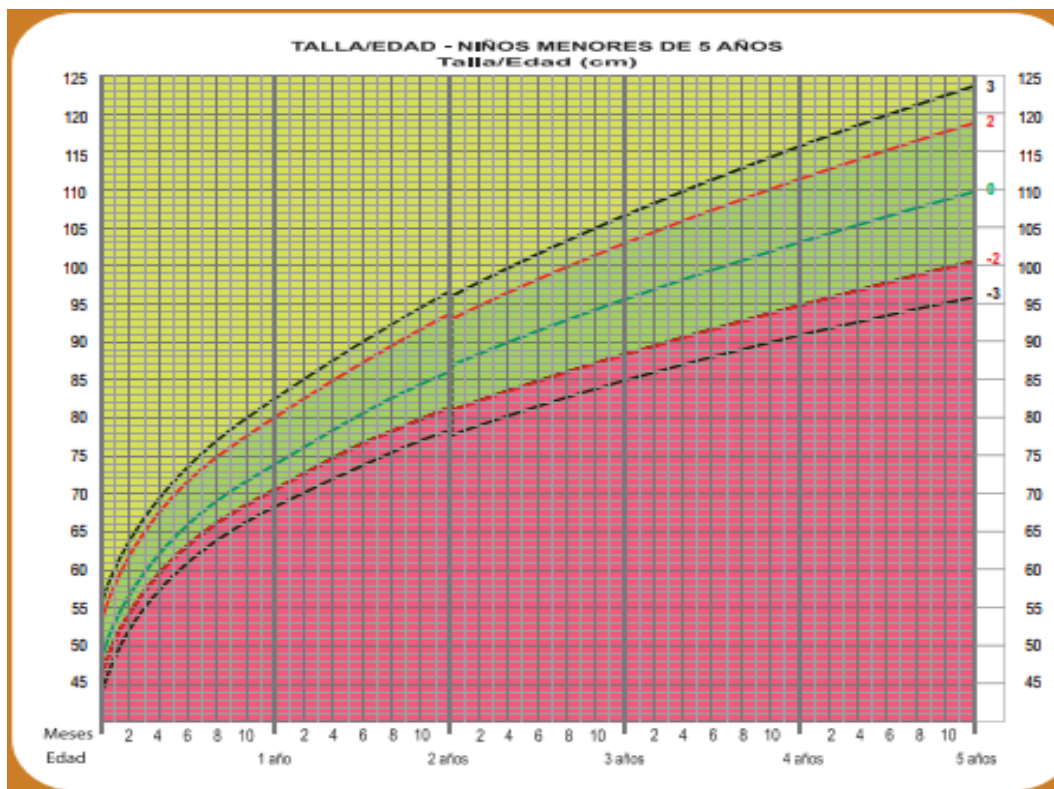
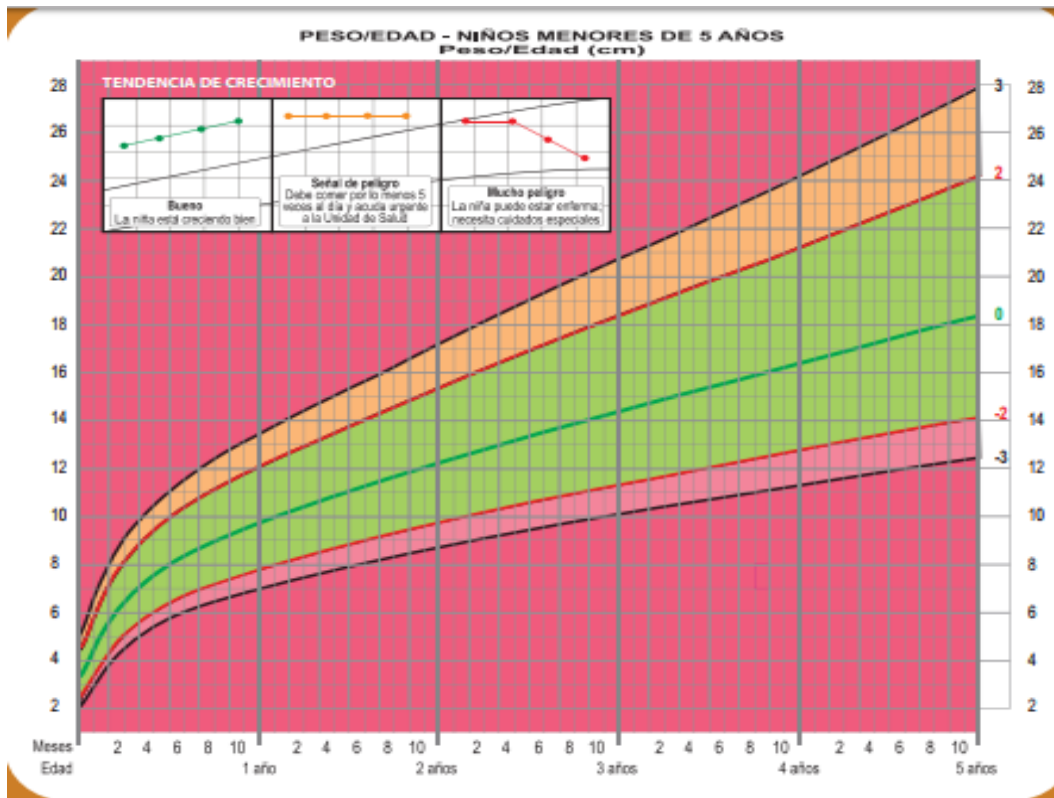
Incompleto ()

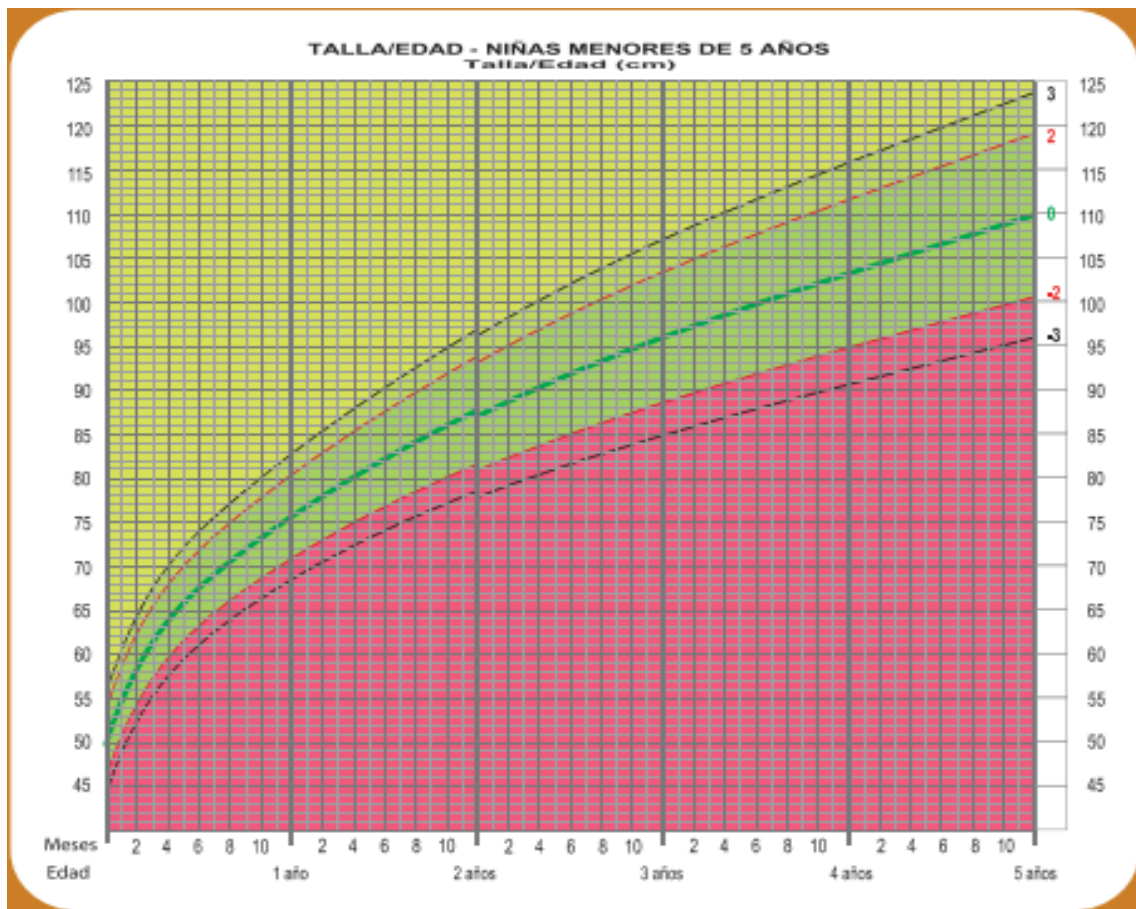
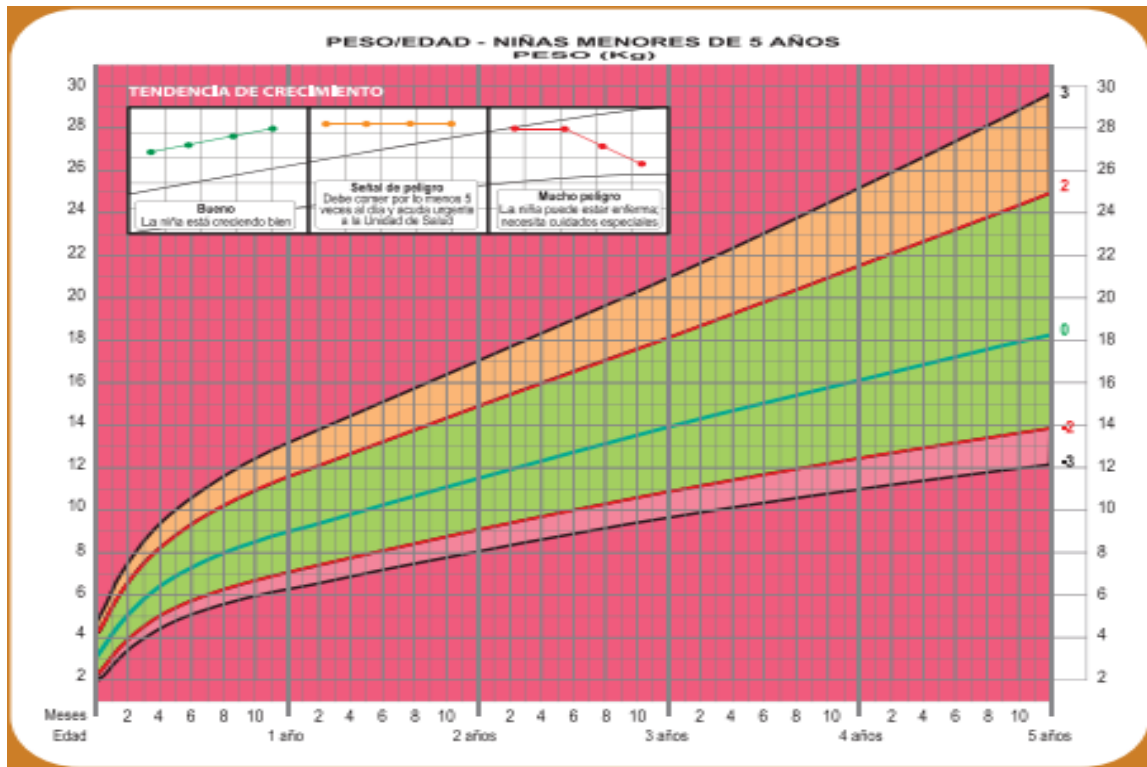
2. Peso Kg:

.....

3. Talla:

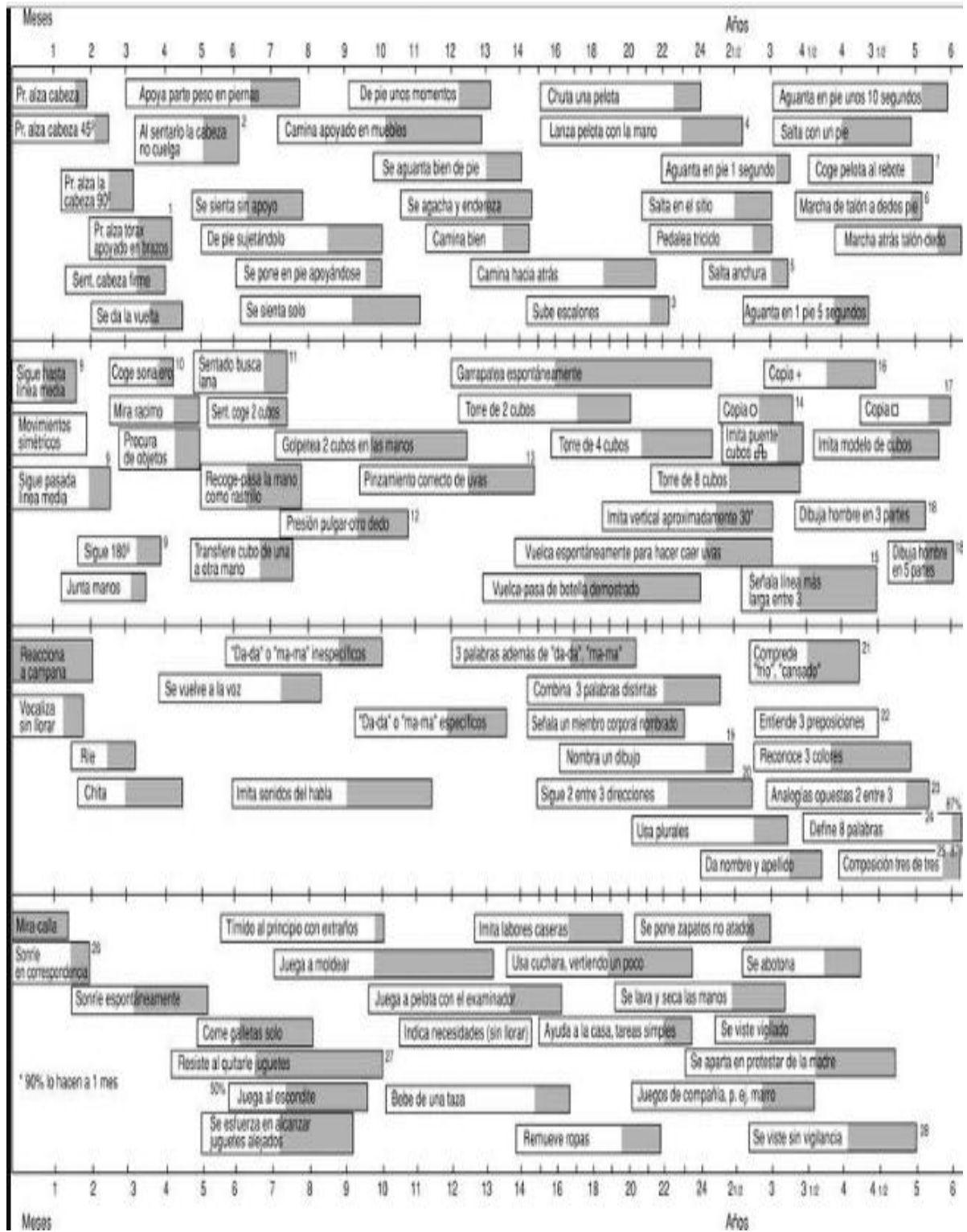
.....





Anexo 2:

TEST DE DENVER II



Anexo 3:

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA SALUD HUMANA

MEDICINA X

Estimado padre de familia: El presente cuestionario tiene como objetivo recolectar información respecto a aspectos conductuales de su niño/a y del ambiente en el que se desenvuelve, con motivo de obtener la información necesaria para la realización de mi tesis de grado de la carrera de medicina de la Universidad Nacional de Loja. En virtud de lo expuesto, agradezco de antemano se dignen responder las preguntas que a continuación se plantean con la más absoluta seriedad.

DATOS GENERALES

1. Edad:
2. Sexo:
3. Estado civil
 - a. Casada
 - b. Soltera
 - c. Unión libre
 - d. Divorciada

AMBIENTE EN EL QUE SE DESENVUELVE EL/LA NIÑO/A

4. ¿Cuántas horas al día trabaja?
 - a. Jornada completa (8horas)
 - b. Media jornada (4 horas)
 - c. Más de 8 horas
 - d. No trabaja

5. ¿Cuándo usted llega del trabajo encuentra a su hijo despierto?
 - a. Si
 - b. No
6. ¿Cuándo usted sale con quien se queda el niño?
 - a. Abuela
 - b. Niñera
 - c. Tío (a)
 - d. Hermanos
7. ¿Cuántos hijos tiene?
 - a. Hijo único
 - b. 2-3
 - c. 4-5
8. ¿Últimamente usted ha sentido?
 - a. Tristeza o deseos de llorar
 - b. Dificultad para dormir
 - c. Pocos deseos de comer
 - d. Desgano, cansancio, pocas ganas de hacer las cosas
 - e. Miedo o mucha preocupación
9. ¿Durante el tiempo que comparte con su hijo que actividades realizan?
 - a. Van al parque a jugar
 - b. Juegan la pelota
 - c. Realizan actividades que le gustan al niño
 - d. Ver películas
 - e. Dar un paseo
10. ¿Cuándo llega del trabajo como le recibe su hijo?

- a. Apático
- b. Lloro al separarse de la maestra
- c. Le abraza
- d. Sonríe y se alegra

11. ¿Cómo es su hijo en casa?

- a. Alegre
- b. Pasa triste, apagado
- c. muy callado
- d. poco afectivo

12. ¿Cómo corrige usted a su hijo cuando hace algo malo?

- a. Le grita
- b. Le explica que está mal lo que hace
- c. Le pega con la mano
- d. Le da con el chicote
- e. Le quita algo que le gusta
- f. Lo encierra

13. Su hijo fue producto de un embarazo planeado con anticipación?

- a. Si
- b. No

ASPECTOS CONDUCTUALES DE EL/LA NIÑO/A

14. Su hijo:

	SI	NO
Pasa nervioso, le es incapaz de quedarse quieto a pesar de una orden		

Llora y grita cuando algo le sale mal y a Ud, le es difícil tranquilizarlo		
Pela constantemente con otros niños		
Es desconfiado, no deja que nadie se le acerca a parte de sus papás		
Se distrae con facilidad		
Constantemente se siente irritable (pasa enojado)		
Culpa a los demás de sus propios problemas		
Acepta compartir sus juguetes		
Siempre hace caso a una orden		

Si usted es casada/o o se encuentra en unión libre, continúe con las preguntas siguientes, caso contrario fin de la encuesta.

VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

15. Su esposo le insulta o le hace sentir mal con usted misma?

- a. Si
- b. No
- c. Nunca

16. Su esposo la menosprecia, la humilla frente a otras personas?

- a. Si
- b. No
- c. Nunca

17. Su esposo le abofetea o le tira cosas que pudieran herirla?

- a. Si

- b. No
 - c. Nunca
18. Su esposo la empuja, la zamarrea, arrincona o le tira el pelo?
- a. Si
 - b. No
 - c. Nunca
19. Su esposo la amenaza con usar o ha usado una pistola en contra suya?
- a. Si
 - b. No
 - c. Nunca
20. Su esposo o pareja la descalifico en su sexualidad o su cuerpo haciéndola sentir que no sirve como mujer?
- a. Si
 - b. No
 - c. Nunca
21. Su esposo o pareja le pide cuentas de todo lo que gasta?
- a. Si
 - b. No
 - c. Nunca
22. Usted debe darle todo o parte de su dinero a su esposo o pareja?
- a. Si
 - b. No
 - c. Nunca

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

Anexo 4:**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

YO.....con número de cédula.....en calidad de representante legal del niño.....; luego de recibir la respectiva explicación acerca del procedimiento a realizar. Autorizo a la estudiante Pamela Ivanova Coronel Loaiza a la realización de la toma de medidas antropométricas a mi representado.

Nombre del representante legal

Cédula:

Firma:

Anexo 5: Certificado de Traducción del Resumen



Prof. Carlos Velastegui
DOCENTE DE FINE-TUNED ENGLISH CÍA. LTDA.

CERTIFICA:

Que el documento aquí compuesto es fiel traducción del idioma español al idioma inglés del resumen para el trabajo de titulación denominado: **"SÍNDROME DE CARENCIA AFECTIVA Y SUS REPERCUSIONES EN EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO DE NIÑOS MENORES DE CUATRO AÑOS DEL CENTRO INFANTIL DEL BUEN VIVIR CATAMAYO"**, autoría de la Alumna Pamela Ivanova Coronel Loaiza, con Cédula de Identidad No 1105990657, egresada en la Carrera de Medicina Humana, de la Universidad Nacional de Loja.

Lo certifica en honor a la verdad y autoriza a la interesada, hacer uso del presente en lo que a sus intereses convenga.

Loja, 05 de octubre de 2017

Prof. Carlos Velastegui
DOCENTE DE FINE-TUNED ENGLISH CÍA. LTDA.



Líderes en la Enseñanza del Inglés