

UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR
FACULTAD DE HUMANIDADES
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

"AFECTO NEGATIVO Y DEPRESIÓN EN NIÑOS

(Estudio realizado en Casa de Asistencia a Niños de la Calle "CANICA", de la cabecera departamental de San Marcos)".

TESIS DE GRADO

LUCRECIA MARÍA MONTERROSA TREJO
CARNET 16359-09

QUETZALTENANGO, MARZO DE 2015
CAMPUS DE QUETZALTENANGO

UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR
FACULTAD DE HUMANIDADES
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

"AFECTO NEGATIVO Y DEPRESIÓN EN NIÑOS

(Estudio realizado en Casa de Asistencia a Niños de la Calle "CANICA", de la cabecera departamental de San Marcos)".

TESIS DE GRADO

TRABAJO PRESENTADO AL CONSEJO DE LA FACULTAD DE
HUMANIDADES

POR

LUCRECIA MARÍA MONTERROSA TREJO

PREVIO A CONFERÍRSELE

EL TÍTULO DE PSICÓLOGA CLÍNICA EN EL GRADO ACADÉMICO DE LICENCIADA

QUETZALTENANGO, MARZO DE 2015
CAMPUS DE QUETZALTENANGO

AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR

RECTOR: P. EDUARDO VALDES BARRIA, S. J.
VICERRECTORA ACADÉMICA: DRA. MARTA LUCRECIA MÉNDEZ GONZÁLEZ DE PENEDO
VICERRECTOR DE INVESTIGACIÓN Y PROYECCIÓN: DR. CARLOS RAFAEL CABARRÚS PELLECCER, S. J.
VICERRECTOR DE INTEGRACIÓN UNIVERSITARIA: P. JULIO ENRIQUE MOREIRA CHAVARRÍA, S. J.
VICERRECTOR ADMINISTRATIVO: LIC. ARIEL RIVERA IRÍAS
SECRETARIA GENERAL: LIC. FABIOLA DE LA LUZ PADILLA BELTRANENA DE LORENZANA

AUTORIDADES DE LA FACULTAD DE HUMANIDADES

DECANA: MGTR. MARIA HILDA CABALLEROS ALVARADO DE MAZARIEGOS
VICEDECANO: MGTR. HOSY BENJAMER OROZCO
SECRETARIA: MGTR. ROMELIA IRENE RUIZ GODOY
DIRECTORA DE CARRERA: MGTR. GEORGINA MARIA MARISCAL CASTILLO DE JURADO

NOMBRE DEL ASESOR DE TRABAJO DE GRADUACIÓN

MGTR. LESVIA MARITZA RODRÍGUEZ PANIAGUA

REVISOR QUE PRACTICÓ LA EVALUACIÓN

MGTR. NILMO RENÉ LÓPEZ ESCOBAR

AUTORIDADES DEL CAMPUS DE QUETZALTENANGO

DIRECTOR DE CAMPUS: P. MYNOR RODOLFO PINTO SOLIS, S.J.

SUBDIRECTOR DE INTEGRACIÓN UNIVERSITARIA: P. JOSÉ MARÍA FERRERO MUÑIZ, S.J.

SUBDIRECTOR ACADÉMICO: ING. JORGE DERIK LIMA PAR


SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO: MGTR. ALBERTO AXT RODRÍGUEZ

Quetzaltenango 20 de noviembre de 2014

Ingeniero Jorge Derik Lima Par
Coordinador Académico
Universidad Rafael Landívar
Campus Quetzaltenango

Estimado Ingeniero, por este medio me permito informarle que he seguido el desarrollo de la tesis titulada: "Afecto negativo y depresión en niños" (Estudio realizado en Casa de Asistencia a Niños de la Calle "CANICA", de la cabecera departamental de San Marcos), elaborada por la estudiante Lucrecia María Monterrosa Trejo, quien se identifica con el carné número 1635909, de la carrera de Licenciatura en Psicología Clínica de la Facultad de Humanidades, la cual a mi criterio llena todos los requisitos de un trabajo científico-académico. Por lo que atentamente le pido se nombre el revisor de fondo correspondiente.

Atentamente,



Licda. Lesvia Maritza Rodríguez Paniagua
Asesora de Tesis



Universidad
Rafael Landívar
Tradición Jesuita en Guatemala

FACULTAD DE HUMANIDADES
No. 05816-2015

Orden de Impresión

De acuerdo a la aprobación de la Evaluación del Trabajo de Graduación en la variante Tesis de Grado de la estudiante LUCRECIA MARÍA MONTERROSA TREJO, Carnet 16359-09 en la carrera LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA, del Campus de Quetzaltenango, que consta en el Acta No. 0565-2015 de fecha 4 de marzo de 2015, se autoriza la impresión digital del trabajo titulado:

**"AFECTO NEGATIVO Y DEPRESIÓN EN NIÑOS
(Estudio realizado en Casa de Asistencia a Niños de la Calle "CANICA", de la cabecera departamental de San Marcos)".**

Previo a conferírsele el título de PSICÓLOGA CLÍNICA en el grado académico de LICENCIADA.

Dado en la ciudad de Guatemala de la Asunción, a los 19 días del mes de marzo del año 2015.



Universidad
Rafael Landívar
Facultad de Humanidades
Secretaría de Facultad

Irene Ruiz Godoy
MGTR. ROMELIA IRENE RUIZ GODOY, SECRETARIA
HUMANIDADES
Universidad Rafael Landívar

Agradecimientos

A mi Hija:

Camila Eleonora, por ser mi motor para seguir adelante, desde que naciste brindaste una luz en mi vida y me abriste los ojos, ahora sé lo que representa amar y todo lo que soy y lo que anhelo te lo debo a ti, le has dado sentido a mi vida y me enseñas cada día a ser feliz.

A mi Compañero de Vida:

Ernesto por brindarme grandes lecciones de vida, por acompañarme en momentos difíciles y apoyarme para culminar mi carrera universitaria.

A mis Abuelos:

Oscar, Priscila, Rafael y Olga por ser un ejemplo a seguir de devoción y entrega. Por brindarme su apoyo incondicional durante todo este tiempo. Les agradezco todo lo que me han enseñado, su experiencia es una riqueza que me ilustra en la vida.

A mis Padres:

Rafael y Beverly, por darme desde pequeña el amor y el apoyo necesarios. Por enseñarme a salir adelante y a ser una persona productiva. Me llevó los mejores recuerdos, que guiarán mi sendero, todo mi amor.

A mis Hermanos:

Andrea, Guillermo, Francisco, Paulina y Diego por estar siempre dispuestos ayudarme y compartir juntos momentos entrañables y brindarme más de una sonrisa sin importar la distancia.

Al Departamento

de Becas:

Lic. Luis Adolfo López Oliva por creer en mi talento al darme la oportunidad de continuar mis estudios y tener fe que los culminaría con éxito.

A mi Asesora

de Tesis:

Licda. Lesbia Rodríguez por su orientación y ayuda constante. Gracias por su asesoría, enseñanzas, apoyo y confianza en la realización de la presente tesis.

A mis Catedráticos:

Por el camino formado, el tiempo y aprendizaje, así como por la sabiduría transmitida en el desarrollo de mi formación académica.

A la Universidad

Rafael Landívar:

Por ser la puerta de conocimientos al formarme como una profesional con valores que constituye siempre en todo amar y servir.

Índice

	Pág.
I. INTRODUCCIÓN.....	1
1.1. Afecto negativo.....	9
1.1.1. Definición.....	9
1.1.2. Teorías del desarrollo del afecto.....	11
1.1.3. Afecto en niños.....	12
1.1.4. Relación entre afecto, emoción y sentimientos.....	15
1.1.5. Comunicación afectiva.....	16
1.1.6. Psicoeducación para evitar el afecto negativo.....	17
1.1.7. Afecto negativo y depresión.....	18
1.1.8. Intervención en el afecto negativo.....	18
1.2. Depresión en niños.....	19
1.2.1. Definición.....	19
1.2.2. Causas de la depresión en niños.....	21
1.2.3. Semiología de depresión en niños.....	23
1.2.4. Diferencias entre la depresión en niños, adolescentes y adultos.....	25
1.2.5. La familia, sociedad y su relación con depresión.....	26
1.2.6. Relación de maltrato infantil y depresión.....	28
1.2.7. Tratamiento de depresión en niños.....	30
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	33
2.1. Objetivos.....	34
2.1.1. General.....	34
2.1.2. Específicos.....	34
2.2. Variables.....	34
2.3. Definición de variables.....	34
2.3.1. Definición conceptual.....	34
2.3.2. Definición operacional.....	35
2.4. Alcances y límites.....	35
2.5. Aporte.....	36

III.	MÉTODO.....	38
3.1.	Sujetos.....	38
3.2.	Instrumentos.....	38
3.3.	Procedimiento.....	39
3.4.	Tipo de investigación, diseño y metodología estadística.....	40
IV.	PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	42
V.	DISCUSIÓN.....	46
VI.	CONCLUSIONES.....	51
VII.	RECOMENDACIONES.....	52
VIII.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	53
	ANEXOS.....	56

Resumen

El afecto representa las manifestaciones y expresiones como parte del canal de contacto con los demás individuos, donde se expresa amor o rechazo. El afecto negativo es el conjunto de elementos que provocan un malestar que puede repercutir en depresión desde la niñez, sobre todo en niños expuestos a ambientes no favorables como por ejemplo hogares institucionales, por lo que se hizo necesario determinar la relación que existe entre el afecto negativo y la depresión en niños de casa hogar.

Estudio realizado a los niños pertenecientes a la Casa de Asistencia a Niños de la Calle “CANICA” de la cabecera departamental de San Marcos, que conforman un universo de 50 niños tanto del género femenino como masculino, entre las edades estimadas de 8 a 13 años.

Para el desarrollo de la investigación se utilizaron los instrumentos: La prueba psicométrica Cuestionario de Depresión para Niños (CDN) de M. Lang y M. Tisher, adaptado a Guatemala, y una boleta tipo escala de likert para la indagación del afecto negativo; además se obtuvo una correlación con coeficiente positivo bajo, por lo tanto se concluyó que no existe una relación significativa entre el afecto negativo y la depresión en niños de casa hogar, por lo que se recomienda un plan de intervención psicológica para apoyar individualmente sobre el afecto negativo y depresión desde los ejes de la psicoeducación, intervención y la prevención, que permitan a los niños tener las herramientas necesarias para el bienestar psicológico deseado.

I. INTRODUCCIÓN

Un tema que despierta el interés para los expertos en psicología y otras especialidades derivadas de las ciencias sociales es el afecto y su repercusión a lo largo de la vida. En investigaciones pasadas resaltan las consecuencias en recién nacidos por el afecto negativo, se habla de la importancia de la necesidad del afecto positivo como prevención a muchas patologías posteriores, además se resalta la manera de prevención a temprana edad, que constituye la exposición prolongada a muestras de afectividad positiva.

Esta preocupación de los investigadores nace de la realidad que hay niños expuestos a ambientes que permiten el crecimiento del afecto negativo lo que impide una vida plena, infantes que por diversas causas deben ser institucionalizados como por ejemplo en casa hogares, ya anteriores estudios demuestran que niños pertenecientes a casas hogares sufrían de trastornos patológicos como depresión anaclítica.

Para comprender mejor la situación, hay que situar las diferencias que permiten ubicar a los niños pertenecientes a casas hogares como mayoritariamente vulnerables ante el ambiente, en primer lugar, las razones por las cuales el estado u otras entidades rescatan y trasladan a los niños a instituciones temporales, en segunda instancia, la experiencia de duelo y abandono de la familia, más la adaptación dentro de un nuevo entorno; y por última parte, el futuro incierto que se puede vislumbrar ante la mayoría de edad. Todos estos elementos juegan un papel importante que aumenta el riesgo del afecto negativo dentro del hogar.

Los trastornos más recurrentes a estos ambientes, son variados y a veces erróneamente diagnosticados, problemas de conducta y comportamiento, irritabilidad, rabietas, entre otros son adjudicados sin la evaluación pertinente como valores y hábitos que caracterizan a estos niños, sin tomar en cuenta que son signos y síntomas de algún tipo de patología que podrían exteriorizar. La depresión en niños muestra síntomas parecidos como irritabilidad y mal comportamiento, por lo que es posible una relación colateral entre lo que es el afecto negativo y depresión.

Por tal motivo, la relevancia de conocer el afecto negativo que experimentan los niños pertenecientes a una casa hogar, debido a que puede ser el detonante de futuras conductas comórbidas y desencadenantes como lo es la depresión. A continuación se presentan investigaciones previas que se refieren al tema:

Morales (2013) en el artículo titulado Vínculos afectivos, del periódico La Hora, del mes de agosto, expone que el afecto es algo que caracteriza a todos los seres vivos sin embargo, en los humanos es frecuente que haya dificultad para establecer intimidad, amistad y confianza con otros. Para Maslow, la necesidad de afiliación ocupa el tercer escalón de la pirámide de necesidades del hombre, la afiliación se conoce como la necesidad de relación con los demás, ser aceptado y participar socialmente. Las experiencias son importantes, ya que si una persona desde un inicio aprende a desconfiar será predominante en él, cuando ha sido abandonado, este temor limita la manera en que se establecen relaciones maduramente con otros, se vuelve costumbre el crear paredes para no sentir, una forma de defensa contra el dolor, si persiste esta actitud se convierte en afecto negativo. En la actualidad el crecimiento del afecto negativo en la población limita las manifestaciones positivas como: Un abrazo, beso, mirada, sonrisa, entre otros, y repercuten en aislamiento. La sociedad guatemalteca en donde se percibe inseguridad provoca socialmente que la desconfianza crezca, disminuya la afiliación y genere afectividad negativa. Esta desconfianza produce una ausencia de amor, que impide un involucramiento con el mundo y realza la indiferencia en la humanidad. Por lo que hay que considerar el tener una retroalimentación de la habilidad de confiar, para poder recuperar la salud y evitar el desarrollo del afecto negativo.

Padrós, Soriano y Navarro (2012) en el artículo titulado Afecto positivo y negativo: ¿Una dimensión bipolar o dos dimensiones unipolares?, de la Revista de psicología y ciencias afines, del mes de junio, indica que el afecto positivo y negativo son vistos como dos variables independientes, en donde el estado afectivo positivo es sinónimo de alegría, entusiasmo y positivismo, mientras que el afecto negativo es la dimensión que incluye la tristeza, ira, ansiedad, miedos, entre otros. Las personas típicamente infelices viven en mayor grado una afectividad negativa y viceversa que con las personas comúnmente felices. Además se

incluyen otras modalidades del afecto como los individuos que experimentan ambos niveles bajos y otros que por el contrario presentan afecto negativo y positivo elevado.

El afecto se define por emociones y el humor, en cuanto al elemento emocional este se caracteriza por ser la consecuencia de un evento, por ser intensa, que provoca alteraciones fisiológicas, de expresiones faciales y predispone a las personas a comportarse de cierta manera congruente con la emoción. Entonces, sí las emociones son esenciales en los afectos positivos y negativos se puede deducir que una persona con afecto negativo tiene un conjunto de emociones que incapacitan hacia la felicidad.

Otro factor es el humor, un elemento intermediario entre la emoción y el afecto. Se ha encontrado que las dimensiones del humor son respuestas a muchos trastornos de personalidad y del estado de ánimo que incluye la depresión. En estados depresivos los acontecimientos producen emociones negativas que favorecen un humor negativo y que mantiene el estado depresivo. Ya desde las teorías conductuales indican que los sujetos deprimidos se caracterizan por estar sometidos a tasas bajas de refuerzos positivos ambientales.

Todo esto hace concluir que no se puede llegar a un acuerdo en cuanto a la perspectiva de la dimensión del afecto, ya sea desde una perspectiva unidimensional o bidimensional ya que las evidencias en psicopatología indican que mientras uno domina como el afecto negativo, el otro disminuye, sin embargo, otros estudios indican que hay personas que pueden tener elevados ambos o ninguno a la vez, por lo que las discusiones sobre el tema continuarán.

Luna (2011) en el artículo titulado Adolescentes que crecieron en las instituciones: Las largas permanencias injustificadas y la falta de preparación para una vida autónoma, que aparece en el documento Niñez y adolescencia institucionalizada: Visibilización de graves violaciones de los Derechos Humanos, del mes de agosto, resalta que muchos niños institucionalizados estarán en esos lugares hasta cumplir la mayoría de edad, en términos psicosociales, representa su construcción de lazos afectivos y de capacidades para la vida. Los informes describen a niños institucionalizados afectados por la soledad, la incomprensión, el aislamiento social, desarraigo e incertidumbre frente a su futuro, al no saber quién los apoyará, protegerá y

acompañará, por lo que experimentan sentimientos de rechazo, baja autoestima y afecto negativo. En Paraguay no se sabe cuánto tiempo permanecen en dichos lugares, además que no hay sistemas de búsqueda para encontrar a los familiares o mantener los vínculos. En Nicaragua las estancias son indefinidas y los niños se convierten en adultos en los hogares sustitutos. Aldeas SOS de Perú, no promueve la reinserción familiar de los menores, por muchas disposiciones judiciales y fiscales para poder regresar con su familia o ser adoptados.

Con respecto de Guatemala, hay dos tipos de instituciones las de cuidado permanente con un 23% de niños y las temporales con un 69% de la población infantil. Dentro del país guatemalteco hay una figura jurídica llamada depósito, esta categoría es para indicar los jueces que intervinieron en casos hasta el 2003, por eso todavía hay consignados en el sistema un porcentaje de ingresos por depósito, por lo que se llegó a la conclusión que también se encuentran situaciones de larga permanencia injustificada. Muchos lugares llenan formatos que se parecen a una familia, sin embargo, son de naturaleza de un lugar alternativo, por esta ideología que adoptan se deja de lado que los niños algún día puedan salir del lugar y se les prepare para una vida fuera de ese contexto.

Dörr y Banz (2010) en el artículo titulado Ventanas de oportunidad y capacidad de establecer vínculo afectivo en niños salvajes versus niños abandonados en instituciones, que aparece en la revista Gaceta de psiquiatría universitaria, No. 1, del mes de marzo, comenta que en general el desarrollo humano necesita ciertos componentes biológicos, sociales, medioambientales. De acuerdo, con lo anterior, existen etapas críticas de maduración, crecimiento y desarrollo neurológico, durante una etapa crítica el niño debe recibir estimulación, dentro de una de esas fases, hay una que se relaciona con el vínculo afectivo, elemental para vínculos posteriores. Este periodo comprende los dos primeros años de vida, aquí se sientan las bases para que más adelante el niño tenga la capacidad de amar, empatizar y conmoverse. Cuando hay una separación materna temprana, se refiere a escenarios como: Separación de la madre, la existencia de varias figuras con el rol materno, dificultades en la interacción madre-hijo, a través de menos estímulos emocionales y sensoriales.

Estos tres elementos mencionados, según estudios de Mardomingo en 1994 (como se citó en Dörr y Banz, 2010) se presentan en los centros para niños abandonados, sin embargo, variables como la edad y el estado de desarrollo en donde comienza la privación, son importantes para determinar las funciones que se alteran y la gravedad, como por ejemplo el afecto negativo. Por lo que hay que tomar en cuenta que el apego se desarrolla por el contacto social y por los cuidados rutinarios, en el caso de los niños institucionalizados al no existir una persona exclusiva a cargo en su interacción social, pierden o aumentan sus posibilidades de afecto negativo.

Pardo (2009) en su tesis titulada Investigación sobre el desarrollo afectivo de 13 niños y niñas abandonados entre 2 y 4 años de edad de un orfanato privado de Quito, declara que entre los objetivos de investigación se encuentran, el determinar los aspectos principales en el desarrollo afectivo de los niños, sin discapacidades, causados por la privación de su entorno familiar, además de indagar sobre las figuras de apego dentro del lugar. Se contó con una muestra de 13 niños residentes de la Casa orfanato Harlow. Se utilizaron los instrumentos de observación pasiva, entrevistas informales y el test Personal-social de Batelle, el diseño inductivo y cualitativo. Entre las conclusiones, se indica que cada niño muestra afinidad y apego hacia las personas más cercanas para él, ya sea un compañero, un cuidador hasta un muñeco, lo que resalta es que todos pueden manifestar la necesidad de pertenencia y que esta debe ser consistente. Por lo que el ambiente del hogar de acogida no es similar al de la vida familiar prototipo, sin embargo la necesidad de afecto impulsa a generar contacto físico y afectuoso, sin importar las deficiencias emocionales individuales. Por tanto, se recomienda que haya una interacción adulto-niño dentro del hogar, a través de actividades participativas con su entorno, en donde el cuidador represente un modelo a imitar, que propicie la confianza en sí mismo. Además de actividades que permitan a los niños expresar sus sentimientos y ayuden a mejorar la sociabilidad.

Oliveros (2004) en su tesis titulada El vínculo afectivo como opción de vida en la convivencia familiar, manifiesta que dentro de los objetivos de dicha investigación se encuentra indagar las vivencias afectivas de las madres con sus hijos que asisten a la Escuela Rural Mixta Fátima del municipio de Coello, Tolima. Se contó con una población de 11 madres de la escuela en

mención. Se utilizó los instrumentos de entrevista, relato de vida, grupos de estudio, la investigación de tipo cualitativo. La conclusión a la que se llegó es que las manifestaciones de afecto son necesarias e importantes, debido a que los hijos son concebidos como seres frágiles que se hacen merecedores del cuidado por parte de la madre. Las madres dan a deducir que el vínculo afectivo concebido desarrolla una relación amena dentro de la dinámica familiar y evita el crecimiento de una afectividad negativa, lo que permite una evolución saludable de sus miembros, pues se considera que lo que se establece en el presente permite que sus hijos lo brinden en un futuro, por lo que las prácticas afectivas se fomentan desde el amor. Se recomienda que para hacer hijos íntegramente felices sin afectividad negativa, se debe fomentar tres cosas primordiales dentro del hogar: El amor, el respeto y la ayuda mutua.

Mas (2013) en el artículo titulado ¿Existe la depresión infantil?, que aparece en la revista Carrusel, del mes de marzo, expone que desde el punto de vista de un adulto, los niños viven en una burbuja, sin dificultades, por lo tanto no pueden considerar que sufran de depresión. No obstante los niños son sensibles a su ambiente, padres divorciados, la pobreza, las dificultades con sus iguales, situaciones sociales, el resentimiento y la falta de afecto en su familia.

Los infantes pueden responder ante estos ambientes con tristeza, llanto, sensación de soledad, aislamiento, abandono emocional e irritabilidad. Esta última característica de irritabilidad, antes no era considerada como parte de la depresión infantil, pues solo era un problema de conducta, mala educación, entre otros. Para poder diagnosticar depresión, además de lo anterior, debe existir una pérdida de interés por actividades antes placenteras, desvalorizaciones sobre su persona, concentración en pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, que tienen un tiempo de duración de más de dos semanas y más de un mes, se establecería un trastorno dístimico infantil. Dentro de un 8-10% de la población infantil cumple con una depresión, de lo cual las niñas de clase media y media-baja son las más afectadas. Por lo que se recomienda estar atento de los infantes, evaluar, además de averiguar sobre variaciones en su rutina y buscar tratamiento médico-psicológico.

Vega, Villagrán y Nava (2012) en el artículo titulado Estrategias de afrontamiento, estrés y depresión infantil, de la revista PsicologíaCientífica.com, del mes de septiembre, indica el

interés sobre la depresión infantil en las investigaciones, para encontrar respuestas a las variables que interfieren en la misma. De esto se resalta la investigación comparativa que se llevó a cabo entre adolescentes que viven con sus familias y los que se encuentran recluidos en otros centros, para establecer quienes podían presentar depresión mayormente. El objetivo era definir las propiedades de la red familiar, detallar y prever la transformación emocional. El estudio reveló que los niños que no vivían con sus familias obtuvieron mayor puntaje en depresión, por lo que se estableció la relación entre la depresión y la familia. Además de indagar sobre la calidad familiar, al encontrar relación entre un cambio en la red, una conmutación psicológica que tiene gran impacto que puede tener relación con la depresión y las redes de apoyo. Por lo que se llegó a la conclusión que cuando un elemento de la red social del adolescente se ve alterado, este puede presentar problemas psicológicos como lo es la depresión y esto impacta su red social.

Pérez (2010) en su tesis titulada impacto psicológico que sufren las niñas y niños al ingresar al hogar casa Bernabé manifiesta que dentro de los objetivos de investigación está el conocer el estado emocional de las niñas y los niños de reciente ingreso al Hogar Casa Bernabé, por medio de una encuesta estructurada, de la aplicación de los test proyectivos del árbol y la figura humana, con una muestra de 20 niñas y niños del Hogar Casa Bernabé. Se utilizó dos pruebas proyectivas: la de la Figura Humana de Karen Machover y la del Árbol de Karl Koch, investigación mixta, cualitativa y cuantitativa. La conclusión del test del Árbol indica que 6 de cada 20 niñas y niños presentan indicadores de depresión, lo que en porcentaje es el 30 %. En el test de la Figura Humana, 7 de cada 20 niñas y niños presentan indicadores de depresión, lo que en porcentajes es el 35%. En la investigación se conoció la situación en la que se encuentran las niñas y niños al momento de ser ingresados al Hogar Casa Bernabé, con el objetivo de promover una mejor adaptación, además de una reintegración a su hogar anterior o al hogar de algún familiar que le proporcione seguridad y afecto. A través de este estudio se conoció muchas de las situaciones por las que han atravesado estos niños y lo difícil que es para ellos el desprenderse de sus familias, se adquirió conciencia de la necesidad de ampliar las investigaciones en este tema. Entre las recomendaciones, se encuentra el capacitar a todo el personal para brindar una atención psicológica cuando los niños y niñas ingresan a la casa por el impacto que esto puede provocar. Además, de elaborar un plan de trabajo previo para el

ingreso de niños al hogar Casa Bernabé al demostrar la investigación que sí existen problemas psicológicos de niños de reciente incorporación.

Herrera, Losada, Rojas y Gooding (2009) en el artículo Prevalencia de la depresión infantil en Neiva, que aparece en la Revista Avances en psicología Latinoamérica, de enero, presenta la investigación sobre síntomas y características sociodemográficas de 1832 niños entre las edades de ocho a once años de la ciudad de Neiva, Colombia. Se utilizó el instrumento CDI (Inventario de depresión infantil de Kovacs), como resultado una prevalencia del 17,09% con mayor número de casos en los niños de menor edad, además el estudio concluyó que entre los factores sociodemográficos influyentes para que los niños presentaran síntomas de depresión se encuentra como el más predominante el que los infantes pertenezcan a familias de estratos socioeconómicos bajos. Entre las recomendaciones resaltan la creación de conciencia en investigadores y terapeutas para elaborar protocolos de intervención, generar programación de promoción de estilos de vida saludables con la meta de lograr fortalecer el autoestima y fomentar la unión familiar.

Ortega (2004) en la tesis titulada Índice de depresión en los niños guatemaltecos pertenecientes a hogares desintegrados, con el objetivo de evaluar los índices de depresión en los niños que pertenecen a un hogar desintegrado, para lo cual contó con una muestra de 60 niños, entre las edades comprendidas 10 a 12 años, de los cuales se dividió de la siguiente manera: 30 hijos de padres divorciados, ausentes o separados y 30 de padres unidos o casados, se utilizó el cuestionario de depresión para niños de Lang y Tisher, el diseño *expost-factum*, lo que pretende señalar que su valor es limitado en grupos simbólicos. La conclusión a la que se llegó es que los niños pertenecientes a un hogar desintegrado demostraron tener un índice más alto de depresión a diferencia de los hijos de un hogar integrado. El divorcio es un evento doloroso en los niños, pues pueden sentir enojo, miedo, depresión, culpa por la separación y lastima por la pérdida de alguno de los padres. Por lo que se recomienda que tanto los niños como sus padres reciban ayuda psicoterapéutica, ya que los padres son los que orientan y apoyan a sus hijos. Además, que en futuras investigaciones se evalué la depresión en otras partes de la población infantil, para poder comparar si los resultados serían los mismos a la presente investigación.

.1. Afecto negativo

1.1.1. Definición

Palomo y Jiménez (2009) enuncian como afecto negativo a la unión de aspectos temperamentales, actitudinales como: Neurosis, irritabilidad, hostilidad, preocupación, elementos psicosociales que incluyen soledad, dificultades de relación personal y por último estados psicopatológicos que contienen malestar emocional, ansiedad y depresión, todos ellos colocan al individuo en peligro de disfunción psicológica y orgánica. La forma en que la afectividad negativa es parte del ser humano está en investigación, por ser una variable de algo más complejo, el origen de la disfunción.

Además, se considera el afecto negativo como una dimensión emocional displacentera que se manifiesta por miedos, inhibiciones, inseguridades, frustraciones y fracaso. Según Morris y Maisto (2005) las personas con alto afecto negativo suelen experimentar desinterés, aburrimiento, tristeza, culpa, angustia, vergüenza y envidia. Toda esta sensibilidad temperamental está relacionada como estímulos negativos, estresores y ambientes no favorables, lo que lo convierte en un factor de riesgo.

El afecto negativo se define como la falta de cierto elemento del contexto indispensable en la vida, entre los que se manifiestan los cuidados maternos, los cuales son esenciales para el desarrollo y conservación del bebé. Investigaciones como las de Bowlby y Spitz (como se citó en Parot, 2004) declaran la importancia del amor de la madre, todas las muestras de afecto que puede brindar, al dar prioridad a lo psicológico. La afectividad negativa puede deberse a la falta del padre y madre que es de manera definitiva como una ruptura, ausencia o ser relativa que significa una relación escasa y pobre. Las repercusiones por el afecto negativo son graves en cuanto a la precocidad del infante y al tiempo de duración, de acuerdo a Spitz (como se citó en Parot, 2004), en la investigación del hospitalismo entre las derivaciones de la falta de cariño se encuentran las regresiones psicomotoras, su influencia en el coeficiente intelectual, conductas delincuenciales y trastornos mentales, a pesar de esto no hay un vínculo directo que declare el paralelismo de afecto negativo con la patología.

Pedrini (2008) denomina el afecto negativo al vacío existente en una persona sin importar su edad cronológica que debe llenar pues no recibió el afecto esperado en el pasado. Cuando se hace referencia a la afectividad negativa se realiza una comparación con la comida, pues el individuo tiene hambre de amor, una persona de treinta años busca el afecto con una edad mental de trece años, es en estos casos en donde este elemento puede constituir problemas en la vida del ser humano. Los niños usualmente pueden protestar por la falta de amor a través de diversas manifestaciones como los son: El llanto, la rebelión, la protesta, pues esperan recibir de sus padres o cuidadores el amor que demandan. Este problema puede prolongarse en los sucesos biográficos de una persona que ha padecido el afecto negativo sobre todo en sus relaciones personales, en donde tiene dificultades como por ejemplo, con su pareja, debido que proyecta la falta de cariño hacia el otro y exige el mismo.

Calle (2008) expone que un individuo con afectividad negativa demuestra a través de ella, carencias emocionales no superadas en algún momento de su vida, que le pueden inducir en el futuro a relaciones poco estables y sin armonía debido a estas heridas, por la falta de equilibrio emocional en donde incurre en sabotear las relaciones sociales. También se debe mencionar que en este tipo de afecto se resalta los elementos egocéntricos del yo que pueden alterar los contactos de la persona y entre los que se encuentran: El reproche, la posesividad, el resentimiento y los celos.

Este tipo de afecto puede variar según Carr (2007) de acuerdo a la etapa de desarrollo en la que se encuentre el individuo, no es la misma afectividad negativa en un niño, un adolescente y que en un adulto, a ser más predominante en el periodo de la adolescencia y luego disminuye considerablemente conforme la persona hace la transición hacia el adulto y de acuerdo al grado de madurez. La razón por la cual la afectividad negativa es más influyente durante la adolescencia, es debido a que sirve como un sistema, que incita a una conducta paralela entre lo que es evitación y aproximación hacia los demás, con el fin de mantener lejos toda amenaza, peligro, sufrimiento y escarmiento.

1.1.2. Teorías del desarrollo del afecto

Perinat, (2007) las teorías dan una concepción sobre el conocimiento en este caso sobre el ser humano y como su afectividad se marca por las relaciones sociales y su desarrollo. A continuación se presentan algunas teorías importantes sobre el afecto en el individuo.

- **Teoría del crecimiento personal**

Esta teoría de Rogers (como se citó en Morris y Maisto, 2005) parte de la existencia del afecto positivo desde dos dimensiones; la dimensión condicional, en la que el sujeto se ve atado a dar amor solo sí se acata lo que se pide, entonces en esta pauta afectiva el amor de los padres y otras figuras importantes se obtiene solo sí se sigue las normas sociales y familiares impuestas, de no cumplir con estas exigencias, se critica, castiga y rechaza, lo que trae como consecuencia que la persona desarrolle una baja autoestima, porque que se busca la aprobación en el exterior de los demás, todo esto de acuerdo a otros autores puede semejarse a una afectividad negativa.

Luego, está la dimensión incondicional, que indica que el amor se proporciona sin importar las conductas de quién lo necesita, por tanto la aprobación del hombre radica en su ser y no afuera de él, lo que permite encontrar la plenitud sin vivir en conflictos, es en este tipo de afectividad que los padres dan el amor a sus hijos sin condicionantes y les transmiten a ellos brindar afecto igualmente sin esperar nada a cambio. En conclusión lo que se indica es que sí se le proporciona a un persona el apoyo emocional adecuado, permitirá al individuo crecer como un ser pleno.

- **Teoría del vínculo afectivo**

Durante los seis meses de edad, cuando el niño tiene mayor capacidad de desplazamiento y capacidad discriminatoria visual surgen comportamientos nombrados de llamada, pues buscan la proximidad con el adulto. Estos comportamientos los realiza sí considera una amenaza, ya a los dos años, ante un peligro se refugia, llora o grita para que la madre llegue en su auxilio. Mientras que la madre por su lado está atenta de su bebé, todo esto se explica gracias a la teoría del vínculo afectivo. Esta teoría acuñada por Bowlby (como se citó en Perinat, 2007) a través de su trabajo con niños de instituciones públicas desde temprana edad y que sufrían de

afectividad negativa, formuló la hipótesis de que los niños entrelazan lazos afectivos con personas como por ejemplo, la madre y que se exteriorizan en un conjunto de conductas de acuerdo a su edad para conservar esa proximidad. Conforme a esto, el autor propuso un modelo sistémico del afecto, en el que representa a madre-hijo como una dualidad en la que regulan la distancia-proximidad.

Es en este sistema que el niño tiende a activar los comportamientos para acercarse a la madre, paralelamente la madre activa efectos de tranquilidad, como abrazos, su tono de voz, entre otros, con lo que por medio de estas acciones ambos recuperan la seguridad. Si el sistema está regulado, se conservará el balance, en donde el hijo explora y cuando percibe el peligro se activa el sistema. En casos contrarios, los niños perciben que el cuidador no se acerca al lugar entonces el sistema varía. Bretherton (como se citó en Perinat, 2007) declara que el vínculo afectivo positivo no es solo un sistema de seguridad, puesto que este se interioriza hasta convertirse en un modelo de actuación. El niño por medio de la experiencia observa sobre los riesgos que se presentan, la intervención de la madre y de acuerdo a esto se convierten en niños confiados o temerosos.

También se debe incluir características individuales como temperamentos, el comportamiento de protección de la madre según Ainsworth (como se citó en Perinat, 2007) demostró que las diferentes formas de prestar atención de las madres hacia sus hijos en la primera etapa de desarrollo daban como consecuencia distintas modalidades de vínculo afectivo. Todo esto forma como base para situaciones futuras de ansiedad, temor y las reacciones que puede optar. Sin embargo, a pesar de todo esto es importante no marcar completamente la vida afectiva del ser humano, ya que se pueden contar con otros contactos, no obstante, la relación de vinculación entre cuidadores-niños al inicio sí puede dar indicios de futuras respuestas.

1.1.3. Afecto en niños

Desde el ámbito de la psicología las variables tales como relacional y afecto están íntimamente intercomunicadas en la infancia. Los niños desarrollan relaciones con otras personas y este es el resultado de que entren en el mundo social, porque se da a través de relaciones con individuos que les brindan el afecto positivo y ternura. Se denomina clima afectivo, a las

fuerzas que influyen en el desarrollo infantil, un ejemplo de ello se puede observar en los niños que sufren afecto negativo, se ven envueltos en tumultos psíquicos o en situaciones de riesgo, sin lograr desarrollar vínculos con los demás. La importancia radica en que la relación interpersonal más primitiva utilizada por el hombre es el sentido del tacto tal como lo expresan Spitz y Wallon (como se citó en Perinat, 2007), en donde indican que esta sensación en el niño en contacto con su madre con lleva ritmos, presiones, equilibrios, tono muscular, temperatura corporal, toda una serie de elementos que afecta al sistema nervioso autónomo y su expresión evita la afectividad negativa.

“Estos comienzos del ser humano por el estadio afectivo o emocional, que por otra parte responde tan bien a la incapacidad total y prolongada de su infancia, orienta sus primeras intuiciones hacia el otro y pone ante él en primer plano la sociabilidad” (Wallon, como se citó en Perinat, 2007, p. 171).

El mundo afectivo positivo y emocional florecen para establecer y mantener relaciones sociales, esta primicia revela que los niños al nacer poseen ciertos indicios de sistemas innatos orientados a la satisfacción de necesidades y la relación social. Es a través de la competencia de comunicación que se utiliza a modo de herramienta de vinculación con los demás. Tal como Trevarthen (como se citó en Perinat, 2007) declaró que en los niños existe una innata habilidad a un código afectivo, en el que madre e hijo se envuelven en un flujo de señales para dar una narrativa emocional. A los tres meses el bebé tiene como base estados afectivos positivos y negativos, entre los primeros se encuentra lo que es la sonrisa. Luego, conforme su desarrollo hay vocalizaciones, ya a los nueve meses tiene una gama variada de expresividad como se puede mencionar el tono en que busca la atención de mamá, sus ruegos, es en este punto por el cual la madre y el grupo primario que rodea al niño se funden en el clima afectivo que será el escenario para relaciones sociales posteriores.

- **Afecto negativo en el hijo**

Smalley (2011) expone que el afecto positivo entre padres-hijos es importante, los niños necesitan que los padres manifiesten su amor de distintas maneras como lo son las caricias y abrazos. En los casos en que el padre responde al afecto del hijo fríamente repercute en el

afecto negativo, sin embargo esta respuesta no significa que el hijo no tenga necesidad de afecto positivo, este la posee y puede buscar el contacto en otros círculos. En el ambiente presentado anteriormente, el niño manifiesta su afectividad negativa de distintas maneras hacia los demás, entre estas muestras se encuentra las posibles discusiones, resistencias y que más adelante él rechaza y desprecia toda muestra de cariño en el hogar. Cuando suceden estos tipos de casos ocurre que se busca experiencias con amigos que no siguen los patrones familiares que se han inculcado, entre ellos los valores. Los hijos ante esta nueva perspectiva pueden ceder hacia estos grupos, que no siempre son una influencia positiva en el desarrollo, por lo que los padres desde pequeños deben expresar abiertamente su afecto de manera saludable, lo que concluirá en que los niños mantendrán esos valores, que serán interiorizados no impuestos, no obstante esto no es sinónimo de un hogar completamente armonioso, pues la clave está en la forma en que se resuelven problemas.

El rechazo de las figuras paternas hacia sus hijos conlleva una serie de consecuencias, al hacer referencia del afecto negativo se indica que es un conjunto de manifestaciones relacionadas por la falta de afecto positivo entre las que se están:

Tabla No. 1

Síntomas	Descripción
Problemas con el aprendizaje:	Entre los más comunes el bajo rendimiento en la memoria, dificultad en habilidades para razonar.
Perturbaciones en la orientación espacial y temporal:	Relacionadas a comprender problemas matemáticas y la noción en tiempo.
Conducta desorganizada y agitada:	Presencia de peleas frecuentes y enuresis.
Necesidad de afecto:	Manifestaciones de este tipo y a la vez falta de seguridad y confianza a quienes se le acercan. Además de sentimientos de culpa y miedos.
Dificultades escolares:	Conflicto en integración escolar.
Regresiones de comportamiento:	Comportamiento que difiere a su edad y desarrollo.
Dificultades de relación personal:	Rivalidad, envidia, vergüenza, celos, inhibiciones.
Otras reacciones:	Entre las que se incluyen como ansiedad, estrés, tristeza, aislamiento y conductas agresivas.

Fuente: Posee y Melgosa (2006)

El afecto negativo forma parte de la diversidad de términos relacionados con retrasos en el niño de tipo no orgánico como: Deprivación emocional, deprivación materna, fracaso de crecimiento ambiental, síndrome de Kaspar Hauser, entre otros. La afectividad negativa ha sido referida en la literatura, Freud (como se citó en Posee y Melgosa, 2013) la definía como la pérdida del objeto amoroso, que puede conducir a trastornos emocionales caracterizados por estados de ánimo dolorosos, desinterés por el mundo exterior, pérdida de la capacidad de amar que incluye el amor propio. Ajurriaguerra (como se citó en Posee y Melgosa, 2013) llamó a esto la desafrentización de afectos como las aferencias del exterior que tienen la capacidad de enriquecer, permitir la formación, organización y desarrollo de la personalidad. Las situaciones de afecto negativo están íntimamente vinculadas con la relación materno filial y los demás círculos de interacción. De todas la investigaciones la más destacada es la de Bowlby (como se citó en Posee y Melgosa, 2013) en donde afirma entre sus conclusiones que las privaciones de la existencia desarrollan un carácter psicopático y afectivamente negativo inclinado a comportamientos difíciles de tratar.

1.1.4. Relación entre afecto, emoción y sentimientos

El afecto de naturaleza positiva es el conjunto de vivencias que precisan y concretan la vida emocional de todo ser humano y que deben ser respuestas adecuadas de acuerdo al medio ambiente. Indica Arnold (como se citó en Palomo y Jiménez, 2009) que el afecto de manera positiva acciona de acuerdo a la base de valoración que se posee y esta es una tendencia que se alimenta de las experiencias en la vida biográfica de la persona, sin importar si estas son agradables o desagradables, lo que quiere decir, que el afecto se sustenta de los sentimientos, los cuales a su vez provienen de sensaciones intrínsecas como lo son las emociones.

La afectividad positiva es tan importante en las primeras etapas de desarrollo como lo es el oxígeno imprescindible para la vida, este proporciona la seguridad y es necesario para la supervivencia. Sin embargo, en algunos casos puede que no se haya satisfecho esta necesidad en la infancia, lo que contribuye al mal manejo de las emociones y sentimientos, ya que hay probabilidad de originar la afectividad negativa. Este tipo de afecto negativo no nace por elección propia, se insertan en la persona de manera inconsciente, como una forma de protección ante cualquier experiencia que provoque un dolor que la psique no tolere. Esta

afectividad perdura hasta la adultez más su raíz puede surgir de experiencias afectivas negativas anteriores de la infancia o en la adolescencia. Puesto que el afecto negativo anterior sirve como base para futuros bloqueos en donde la persona busca el refugio de la ausencia de afectividad positiva tal como declara Maya (2012).

Ortiz (2012) explica que las operaciones afectivas son acciones constituidas por emociones, sentimientos, actitudes y valores, que se conforman en el cerebro por un período de tiempo en el desarrollo y permite establecer la afectividad. Estos procesos son experiencias de índole afectiva que son intensas, aparecen repentinamente y que surgen solo de vivencias pasadas y presentes más no futuras, puesto que el niño que espera una noticia responderá afectivamente hasta que esta sea tomada. En sí el hombre en su diario vivir desarrolla estos procesos afectivos que influyen su comportamiento en cierto lapso de tiempo, por lo que son de carácter humano y de su completa disposición.

Otro factor importante es que los niños a veces no toman en cuenta la percepción del futuro, su razonamiento tiene una lógica que se caracteriza por ser egocéntrica y mágica que se le denomina pensamiento mágico infantil, por ejemplo lo que es bueno es muy bueno para ellos y lo malo es realmente muy malo, esto es algo que hay que considerar en el niño y su entorno, ya que ante una situación común en casa, como lo puede ser una discusión los niños pueden expresar culpa, enojo o tristeza, pero al mismo tiempo observan las reacciones de quienes le rodean, sí es negativa y desaprobatoria, ante esto los niños forjan ideas de lo que deben y no hacer. La acumulación de este aprendizaje se refleja después en el comportamiento del niño en situaciones similares. Por lo que es importante encontrar la manera de comunicar adecuadamente, pues sí al niño se le enseña a responder en la línea de un afecto negativo, en un futuro no se puede esperar una respuesta diferente, por lo que un correcto desarrollo emocional supone la de toma conciencia emocional y la forma en cómo se proyecta a los demás mencionan Chías y Zurita (2009).

1.1.5. Comunicación afectiva

La comunicación afectiva positiva forma parte al momento de establecer y continuar con las relaciones, por lo tanto es fundamental porque permite una transición entre el afecto negativo

al ser egoísta y abrir un enlace directo con los demás por medio de los valores. La mejor manera de presentarse ante el mundo es a través de la demostración de afecto positivo y las palabras construyen una mejor forma de ser ante todos. El ser humano aprende a vivir en valores conforme une el afecto positivo con la palabra, cada vez que realiza un gesto afectivo plasma y proyecta los valores internos morales que lo caracterizan, por medio de la expresión y la ejecución de actos con el bastión de los sentimientos positivos, en conclusión es la fórmula con la que se debe obrar en los gestos, las palabras para estimular los valores éticos en donde se toma consciencia total, al referirse a su yo y la realidad a la que pertenece tal como expone Carrillo (2007).

1.1.6. Psicoeducación para evitar el afecto negativo

La educación de la afectividad tal como declara Hertfelder (2010) tiene sus inicios desde el modelo educativo que brindan los padres a sus hijos en el que se incluyen todos los actos, los tratos y las muestras de cariño, además esta educación es tan completa que abarca desde valores, emociones como lo es la amabilidad, los deseos, la alegría hasta la tristeza. En esta formación entra en juego lo que es el discernimiento, que significa el medio en que la persona decide libremente entre lo que se quiere y lo que no, ya que con esta información el hombre en cada escenario sabe qué respuesta afectiva debe realizar y cuál es la correspondiente, una de esas respuestas a las que se hace referencia es la autoestima, debido que es una respuesta de índole afectiva aprendida, que se enfoca en el propio individuo, es algo cuya asimilación perdura toda la existencia.

Por lo tanto, hablar de la falta de afecto negativo representa lo que se conoce como inteligencia emocional, en donde hay un conjunto de valores que son parte de la personalidad, es en este punto en donde el niño tiene la capacidad de identificar al mundo lleno de experiencias emocionales, aquí reconoce y responde a lo que sucede, lo que le permite saber cómo es su desenvolvimiento. A través de su instrucción afectiva positiva cuenta con los instrumentos necesarios para un desarrollo pleno por ejemplo, ante una frustración este niño no solo sabe el sentimiento que le invade, al mismo tiempo puede tolerarlo y encuentra una solución, a diferencia de alguien con afecto negativo, en el que siente hundirse en la

frustración, es a partir de aquí que se toma como premisa que este tipo de formación es básica en la vida de la persona.

1.1.7. Afecto negativo y depresión

En la época de la Segunda Guerra Mundial se resaltaron intervenciones sobre la relación entre el afecto y depresión por agentes como Freud, Spitz, Bowlby y Rutter (como se citó en Cyrulnik, 2013) que expresan la necesidad de afecto en los niños, algo que ya se consideraba importante en su desarrollo pero que sin embargo se desvanecía a pesar de tener fuertes argumentos de ser considerada la causa principal de la depresión precoz, ya que a pesar del conocimiento esta se dispersaba sin importar la esfera social. La depresión precoz se caracteriza por presentar un cuadro clínico que es: Aislamiento ante las relaciones, falta de movilidad y gestos faciales, ausencia de mirada, no querer comer y dormir, síntomas que en un bebé deben alertar a los progenitores, porque pueden evolucionar en una depresión infantil. Se sabe que las causas de falta de apego hacia el hijo son variadas en las que incluye la depresión post-parto, en donde la madre proyecta al bebé este estado de tristeza.

Las causas que se mencionan sobre la depresión materna son dispersas entre ellas se incluyen: Trastornos hormonales, factores sociales que difieren de un lugar a otro como las diferencias del cuidado del recién nacido, por ejemplo en África toda una comunidad se hace cargo de el bebé a diferencia de la cultura occidental en donde hay casos en que se deja al hijo al cuidado de instituciones; las relaciones conyugales son otro factor además, elementos históricos al adjudicarle al hijo características de alguien en el pasado que simboliza algo negativo o lo maligno del nacimiento del bebé. Entonces la prevención del afecto negativo es imprescindible, ya desde la octava semana los niños perciben su figura de apego, la cual debe ser estable para un desarrollo saludable, por lo que la prevención debe conformarse dentro de la sociedad, porque la depresión precoz tiene un pronóstico reversible sí se tiene imágenes consistentes de apego.

1.1.8. Intervención en el afecto negativo

La forma de impedir la afectividad negativa según Pedrini (2008) se logra a través de un ambiente abundante en amor, al fomentar costumbres afectivas positivas dentro del contexto,

sobre todo el familiar. Al momento que internamente en la estructura familiar se da y recibe amor se previene el desarrollo del afecto negativo. Un hogar abundante en amor permite la plenitud de los integrantes, pues los padres son ejemplo para los hijos del modelo del afecto y ellos se comportan así en cada área de la vida, ya que hay individuos que les cuesta expresar el amor al experimentar un afecto negativo y la mejor manera de cambiar esto es dar un afecto positivo del cual tienen necesidad. La madurez del amor significa la sensibilidad para otorgar y disfrutar de este lazo, desde la base del diálogo que permite el desarrollo de la capacidad de amar.

El amor según Chías y Zurita (2009) representa la emoción que dará vida a los niños pues es un elemento energético que funciona como una conexión con todo lo que rodea al infante, es la expresión del amor esencial a través de miradas, sonrisas, la escucha activa, comunicarse, responder dudas y preguntas, por medio de correcciones asertivas, el tiempo que se dedica y otras formas de manifestarle al niño la importancia que tiene en la vida, pues al transmitirlo ellos incorporan la sensación de sentirse queridos simplemente por ser ellos mismos, sin necesidad que busquen la atención a través de otras conductas que pueden ser positivas o negativas. Sentirse queridos es una necesidad básica, que previene un mal desarrollo emocional como lo puede ser un afecto negativo, por lo que es importante que los niños se sientan amados por las personas que los rodean. El mejor tratamiento es en general el amor que permite al niño que posteriormente será adulto a poder afrontar cada paso de su experiencia con seguridad, protegido de los miedos que encuentre en la vida.

1.2. Depresión en niños

1.2.1. Definición

De la Portilla et al (2006) define depresión en niños desde dos perspectivas, la primera como una patología con base a los trastornos depresivos en los niños. La segunda como una postura existencialista que es parte esencial de la integración del ser humano. La depresión infantil está ligada a factores como lo son: La historia depresiva en parientes de primer grado; depresiones anteriores; antecedentes de ansiedad, déficit de atención, duelos a temprana edad,

conflictos entre padre o cuidador e hijo; problemas académicos, individualidad negativa y catastrófica, enfermedades crónicas.

De acuerdo a investigaciones realizadas, la depresión infantil parece persistir hasta la etapa del desarrollo de la adultez, además de la posibilidad de encontrar comorbilidad con otros trastornos futuros. El niño depresivo se presenta como enfermo, puede no querer asistir a la escuela y estar siempre con los padres, y sí asiste a la escuela presenta conductas negativas, irritabilidad y sentirse incomprendido. Muchas veces síntomas como los anteriormente mencionados se toman como parte del desarrollo del niño, sin embargo representa un llamado de alerta tal como lo expone Tejera (2011).

Igualmente el término de depresión era antes acuñado únicamente a la etapa adulta, no obstante el estudio Klein (como se citó en Moreno, 2008) indicó que la depresión puede aparecer desde los seis meses y dos años de edad, que desde la perspectiva psicoanalítica representa el paralelismo entre amor y odio en la mente del niño. Bowlby (como se citó en Moreno, 2008) a su vez describió las respuestas que se presentan ante la separación con la madre que son las siguientes: Fase de protesta, caracterizada por conductas y actitudes de agitación; la segunda fase de desesperanza, en la que el niño es inactivo, callado y puede rechazar los alimentos; y la última fase de desvinculación, en donde ya permite el cuidado de personas ajenas. Ahora de acuerdo a la relación con el género las investigaciones consideran que es más probable en la población masculina en la infancia de etapa escolar, mientras que en las féminas hay mayor predominancia en la adolescencia.

Consiguientemente, hay que considerar que los niños tienden a manifestar cuadros depresivos desde temprana edad lo que agrava la situación. Spitz (como se citó en Moreno, 2008) delimitó la angustia del niño y su aparición, ya en el segundo mes se encuentran reacciones de placer y displacer, entre los 6 a 8 meses que aparece la ansiedad por desconocidos, aquí inicia el desarrollo de la depresión anaclítica, que es adquirida por negatividad emocional, en la que el niño pierde el interés por su medio, al apetito, disminución de la motricidad e insomnio, la última fase descrita es llamada resistencia, que es un estado crítico de agotamiento con efectos inalterables, que lo pueden llevar en casos extremos hasta la muerte.

Por lo tanto, se observa lo crítico que es para un niño todas las experiencias en su etapa de la niñez y las repercusiones que posee a largo plazo. Que representa la pérdida real o imaginaria de un ser querido, uno de esos acontecimientos a lo que se hace mención, pues el pequeño no posee la capacidad de realizar un duelo o resolver el conflicto que le causa la ausencia. Los padres en etapas tempranas son modelos e ideales para el infante, por lo que una pérdida como muerte o abandono son intangibles, así como la ausencia o negligencia, representa un hecho traumático, que trae consigo una personalidad frágil, la vulnerabilidad ante cualquier pérdida en el futuro, desilusión, temor, todo causa un gran dolor y puede ser el cimiento de la depresión en ellos así lo menciona Drane (2009).

1.2.2. Causas de la depresión en niños

Para poder comprender los orígenes y el porqué del surgimiento de la depresión en el ser humano, se debe tomar en cuenta tres elementos imprescindibles como lo son: El primero, la personalidad, hay personas que poseen rasgos de tipo depresivo, en donde se caracterizan por una emotividad exagerada; una mayor sensibilidad ante los sucesos; el perfeccionismo, en donde se debe tener todo bajo control de lo contrario se siente culpa y dolor así lo declara Escobar (2008).

Los conflictos internos son el siguiente factor que se refiere a las experiencias en la niñez que marcaron al individuo, sí estas vivencias son negativas tienen como consecuencia la baja autoimagen, que se trasmite a los demás al carecer la capacidad de estimación hacia los otros, es en este elemento que desde niño se busca ser amado y la aceptación se centra en los demás. Hay tres experiencias que son frecuentes y que se relacionan con la personalidad depresiva y los conflictos internos como: La sobreprotección, en donde el individuo no se le permite desarrollar sus recursos psicológicos; el abandono físico o afectivo, que resulta en sentimientos de soledad que posteriormente pueden desencadenar agresividad, aislamiento y sumisión; y el tercer factor que es la exigencia excesiva de los padres en donde el niño se ve comprometido, ansioso y siente culpa, la carga de responsabilidad los ahoga sin el derecho de elegir libremente como desean actuar.

Por último, el elemento de acontecimientos externos, que son sucesos que cambian o transforman la rutina del individuo como por ejemplo el fallecimiento de un ser querido, la separación, divorcio, cualquier cambio en acontecimientos biográficos que modifique la cotidianidad de la vida, que resulta en el padecimiento de una depresión. Entonces se concluye que tanto el elemento propio como lo es la personalidad, los conflictos internos y las experiencias como sucede en los acontecimientos externos conforman elementos que pueden desencadenar en un trastorno depresivo.

Esto contribuye con lo que Durand y Barlow (2007) refieren acerca del modelo diátesis-estrés, en el que primero hay que definir el significado de diátesis, que hace referencia al estado que posee el individuo de susceptibilidad hacia alguna patología, entonces al aclarar esto se puede crear la hipótesis que una persona hereda patrones ya sean rasgos o conductas, es decir factor genético, y estos se despiertan ante situaciones de tensión, lo que indica que cuando se presenta cierta experiencia estresante el trastorno se activa, lo cual se refuerza si son varios sucesos los que encaminan el surgimiento de tal patología dormida. Por tanto, el poseer ciertos esquemas genéticos no significan el desarrollarlos, es decir a menor herencia genética mayor debe de ser el impacto vivencial y a mayor componente genético ciertos sucesos estresantes son suficientes.

Wright (2007) expone que son diversos los factores por lo que un niño sufre de depresión, la causa principal es el divorcio con todas las pérdidas que representa. Además de la separación de los padres también se encuentran las causas siguientes: Una malformación o enfermedad que presente el niño; disfunción de las glándulas endocrinas; la falta de afecto; abandono de los padres; rivalidad entre hermanos, en el que se puede mencionar el favoritismo por alguno de los hijos que no es el propio y que se diferencia las atenciones prestadas entre unos y otros; dificultades de relación entre madrastra o padrastro y el niño; problemas económicos dentro del hogar; sensibilidad del infante ante el castigo; cambio de casa o escuela, como lo son las mudanzas.

Algo frecuente son las pérdidas, esta son repentinas y difíciles de aceptar para los infantes, quienes sienten no tener control de la situación. Las pérdidas pueden ser variadas, se

encuentran las concretas, que hacen alusión a el fallecimiento de alguien importante para ellos y se hallan las pérdidas abstractas o imaginarias, que representan una parte interna del niño como por ejemplo, cuando consideran que no son amados, hay una concentración de los acontecimientos negativos, con lo que se deduce sobre los hechos y con ello concluyen la falta de cariño.

Además de lo anterior como complemento De la Portilla et al (2006) presenta ciertos elementos a considerar, puesto que muchas investigaciones encontraron que la carencia de ciertos neurotransmisores puede relacionarse con la depresión infantil como causas biológicas. Entre ellas se encuentra la serotonina que a consecuencia de esta fallan otras como la noradrenalina y la acetilcolina. La serotonina puede llegar a alterar el sueño, la apetencia, provoca ansiedad, inquietud y desequilibrio emocional. La acetilcolina provoca deficiencias en la memoria, sensación de pesadez, falta de energía y desánimo. Por lo tanto, el paralelismo entre cuerpo, mente y contexto se convierten elementos importantes en cuanto a depresión, todas ellas relacionadas estrechamente, así como los traumas pueden incidir en cambios neuroquímicos, a su vez los cambios biológicos pueden crear experiencias negativas, además de la relación hereditaria.

1.2.3. Semiología de depresión en niños

Los síntomas que puede manifestar un niño con depresión se clasifican en tres entidades que son: emocionales, corporales o físicos y cognitivos como se distingue a continuación:

Tabla No. 4

Emocionales	Humor deprimido o irritable; anhedonia, es decir falta para degustar de las actividades; apatía, que refiere a pérdida de interés; labilidad emocional; aplanamiento afectivo; pesimismo general e insatisfacción; aislamiento de los demás; síntomas de ansiedad y angustia.
Físicos corporales	Enlentecimiento, letargia, es decir retraso psicomotriz; agitación psicomotriz; fatigabilidad, puesto que el niño se siente sin energía; astenia, que significa cansancio; alteraciones en el apetito que pueden ser de un aumento a una disminución; alteraciones en el sueño como por ejemplo,

	insomnio, despertar precoz, conciliar el sueño; disminución de la libido; se queja de dolencias físicas inespecíficas.
Cognitivos	Disminución de la capacidad de concentración; dificultades de memoria, por olvidos; problemas para tomar decisiones; distorsiones negativas cognitivas referentes a temas como soledad, vacío, culpa, incompreensión; baja autoestima en donde el niño siente que es un inútil; rumiación de pensamientos negativos; ideas relacionadas con la muerte o suicidio; puede presentarse además ideas delirantes relacionadas al estado depresivo.

Fuente: Soutullo y Mardomingo (2010)

Dentro de la psiquiatría infantil hay varias enfermedades que pueden presentar cuadros de depresión, como el Trastorno Adaptativo (TA), que posee síntomas leves y que su causa es un elemento detonador del ambiente. Además, están los trastornos del estado de ánimo, específicos de los episodios depresivos en los que debe tomar en cuenta que de acuerdo a la gravedad pueden diagnosticarse como leve, moderado o grave, se puede especificar si esta en remisión total o parcial, si la sintomatología es de patrón estacional, el tipo de los síntomas al referir como por ejemplo, son melancólicos, catatónicos, psicóticos y atípicos que difieren de los primeros, ya que hay aumento de apetito, hipersomnias, cansancio en exceso, entre otros.

El trastorno dístimico (TD), es de inicio insidioso, que es fluctuante y necesita de al menos un año para ser diagnosticado en niños, de gravedad leve a comparación de una depresión mayor, en donde el niño puede estar cierto tiempo sin síntomas por lapsos y cuando se presentan estos deben durar continuamente no mayor de dos meses. Según el manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, en los infantes el diagnóstico se clasifica como de inicio precoz, pues esto alude a que se desarrolló antes de los veintiún años de edad, ahora sí los síntomas aparecen en relación a otra patología se cataloga como distimia secundaria, como por ejemplo trastornos de ansiedad, anorexia nerviosa o enfermedades médicas, otro aspecto importante es que cuando la distimia se da conjuntamente con una depresión mayor esta se llama depresión doble.

En el cuadro de la depresión mayor en niños se deben presentar los cambios de humor más cinco de los criterios, entre uno de ellos por lo menos de los clasificados anteriormente como afectivos, los cuales están la mayor parte del día durante al menos dos semanas según el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR) y un mes de acuerdo a la clasificación internacional de enfermedades (CIE-10).

- **Depresión mayor**

La depresión es un trastorno caracterizado por disforia y en los niños se presenta la irritabilidad. Entre las características que refieren Behrman, Kliegman y Jenson (2006) se encuentran: Falta de interés y anhedonia, aumento o disminución en el consumo de alimentos, insomnio o hipersomnias, fatiga y falta de energía, sentimientos de culpa e inutilidad, incapacidad de concentración e ideas suicidas. A pesar que la depresión entre adultos y niños es parecida, los últimos tienen más tendencia de presentar sintomatología ansiosa de separación, fobias, además de problemas de comportamiento y dolencias somáticas. Los infantes manifiestan su tristeza por medio de la irritabilidad.

La depresión infantil presenta una variedad de expresiones según la edad, por ejemplo en los lactantes se manifiestan los siguientes: Somatizaciones, irritabilidad, hipo-actividad, en cambio en un niño preescolar entre los rangos de tres a cinco años se ven síntomas conductuales como: La inquietud, rabietas, agresividad, ya en un niño de seis a diez años en edad escolar, los puntos importantes son: El bajo rendimiento académico, agresividad e irritabilidad, tristeza, en donde sale a relucir el mecanismo de cólera dirigida a los otros. Ahora en los adolescentes se visualizan las siguientes expresiones: problemas de conducta como huida de la escuela, no acatar normas, robar, mentiras, el uso de sustancias, además de tener ideas de no querer existir relacionado con actividades amenazantes, en donde se refleja el pensamiento suicida como lo declara De la Portilla et al (2006).

1.2.4. Diferencias entre la depresión en niños, adolescentes y adultos

Se distinguen varios elementos entre la depresión en niños y los adolescentes ya que en los primeros se presentan: Las rabietas, irritabilidad, hiperactividad y labilidad emocional, agitación psicomotora, alteraciones del apetito y sueño, ansiedad, síntomas físicos no

especificados, también se observa regresiones psicomotrices, además de estar comorbido con trastornos de la conducta como el disocial y negativista. En tanto la depresión en adolescentes es parecida a la del adulto, radica ahí la disimilitud con los infantes, puesto que características como el tiempo presente, la persistencia, humor fluctuante, anhedonia y la carencia del cuidado personal forman parte de la sintomatología que se perfila en el adolescente y adulto.

Un estudio por Harrington (como se citó en Soutullo y Mardomingo, 2010) concluyó que la depresión infantil no persiste en el adulto, en cambio la del adolescente coloca en riesgo a la persona para otros trastornos psiquiátricos como abuso de sustancias o de caracterología bipolar. En el caso de la semejanza entre una depresión infantil y en adultos se basa en el desarrollo de ambos, pues difiere en lo físico, emocional y cognitivo. Otras características es que los niños tienden a presentar irritabilidad, frustración, aislamiento y quejas físicas, no tan frecuente como en la adultez los síntomas denominados melancólicos, psicóticos e ideación suicida, lo que permite concluir que a pesar de sus similitudes en ambos sujetos no son iguales las manifestaciones.

1.2.5. La familia, sociedad y su relación con depresión

Durand y Barlow (2007) indican que el factor ambiental es uno de los referentes importantes de la depresión, debido a que la persona es un ser social, los agentes de socialización del medio representan un elemento para el origen y continuidad de un trastorno depresivo por lo que seguidamente se presentan los grupos significativos en la vida del hombre.

- **Los grupos primarios y la formación de la depresión**

Dahlke (2009) explica que la formación del carácter depresivo inicia desde el vientre de la madre para continuar su formación en las siguientes etapas del crecimiento, donde se reafirma lo que sintió durante el embarazo. En el bebé sucede algo importante a nivel neuronal pues las neuronas espejo o especulares son las encargadas de que cuando la madre tiene una reacción el bebé responda de manera parecida por ejemplo, si ella le sonríe el hijo expresa una sonrisa también. Estas células nerviosas copian todo lo que aprecian en el ambiente, las cuales son más predominantes al inicio de la vida aunque se mantienen a lo largo de ella. Por lo que si la madre por distintas variables mantiene un estado emocional triste puede transmitirlo y que se

adhiera al bebé. La vida al inicio se ajusta de acuerdo a esta manera de eco, en donde todo gira alrededor de la madre pero poco a poco esto cambia pues se agregan otros guías, sin embargo en una persona depresiva este cambio no llega a suceder de la misma manera que en otros.

Además se indica que en algunos casos la familia juega un papel importante en el origen de la depresión puesto que puede ser un patrón que viene desde generaciones o que es predominante dentro de ese grupo, por lo que la depresión es de origen genético, no obstante el tema no es tan sencillo ya que personas que tienen esta predisposición no suelen desarrollarla aunque corren más riesgos que otros individuos, tiene que existir otros elementos para desencadenar la depresión como por ejemplo un suceso estresante que precipite el apareamiento de esta. Un factor que involucra a la familia es la pérdida de la figura materna en la infancia, induce a la depresión debido a las secuelas de pauta psicológica, social y económica que representan el perder a un padre así lo menciona San Molina y Arranz (2010).

Consejo Pontificio para la pastoral de la salud (2004) expone que en cuanto a la depresión el elemento de la familia es con frecuencia una de las causas más sobresalientes, eventos familiares que impactan el seno familiar como lo es el divorcio, inestabilidades, la carencia de algún miembro, abandono, entre otros, pueden originar o desencadenar un trastorno de humor tipo depresivo sobre todo en los niños y adolescentes. Desde el área psicológica cuando se manifiesta un trastorno depresivo es de indagar en varios aspectos que pueden afectar al individuo, entre ellos la situación familiar, variable que participa como detonante en muchos trastornos mentales. Por lo que la familia tiene que ser una base que fortalezca los lazos y se proyecte fuera del hogar, para que sus integrantes puedan vivir en armonía tanto dentro como en el exterior.

- **El comportamiento de los grupos primarios ante niños depresivos**

De acuerdo a lo que Tejera (2011) declara sobre el rol que debe tomar los grupos de apoyo como la familia, amigos y otros, cuando se presenta un caso depresivo, es en estos casos en donde las personas allegadas en el entorno deben tomar medidas como buscar ayuda de un profesional para que este sea diagnosticado y reciba la intervención adecuada. Además de esto, el círculo de personas próximas debe tomar ciertas medidas y actitudes que van desde

escuchar atentamente sin despreciar los comentarios que el individuo depresivo pueda realizar por ejemplo, no considerar importante alusiones sobre suicidio, de ser así se reporta con el especialista. Ante un cuadro de depresión se puede asistir a la persona con salidas o actividades pero de no aceptar la propuesta, no debe forzarle pues podría incrementar los sentimientos de discapacidad. El involucramiento de los grupos primarios en la depresión es esencial para que el tratamiento tenga mejor pronóstico.

La confirmación de que una persona que sufre depresión debe poder contar con refuerzos emocionales por quienes le rodean, al considerar la comprensión, paciencia, el afecto y estimulación lo expresa San Molina y Arranz (2010). Al sentir el individuo depresivo que no está solo se le da un acompañamiento para que el tratamiento iniciado se mantenga, ya que si la persona llega ante el especialista por motivación de los demás puede que no continúe, por lo que estar dentro del proceso con actuaciones como al observar si toma la medicina prescrita o si realiza las tareas y actividades programadas, facilita que la lucha se vea reforzada por el apoyo que encuentra de quienes están al pendiente del mismo.

El involucramiento de la familia o cuidadores dentro de un cuadro depresivo en la prevención y tratamiento es irrefutable. A través de los integrantes se fortalece al ser humano, el diálogo es una herramienta que puede ser de utilidad. Cuando se presenta la depresión se debe buscar el apoyo de un profesional ya sea un psiquiatra o un psicólogo, en donde la familia debe formar parte reforzadora con el acompañamiento y la solidaridad. En este ambiente de confianza se cultivan los valores que pueden contrarrestar la melancolía como anteriormente era conocido este trastorno, puesto que ante cualquier tristeza esta construcción instaurada permite el restablecimiento del ser, en donde no pasará de no ser más que una emoción según lo manifiesta el Consejo Pontificio para la pastoral de la salud (2004).

1.2.6. Relación de maltrato infantil y depresión

Tabera y Rodríguez (2010) señalan que el niño se puede ver envuelto en un ambiente familiar poco protector al ser víctima de malos tratos y abandono, para lo cual hay muchas explicaciones que permiten profundizar en el tema sobre el comportamiento de los padres y las repercusiones en el infante. Primero hay que definir a que se refiere el maltrato infantil, que es

un conjunto de acciones dirigidas en este caso a niños sin importar la edad, que sufren daños físicos, mentales y emocionales por parte de un adulto, a lo que refiere aquí a los padres. El modelo de primera generación explica que las causas del porqué del maltrato se enfoca en la personalidad de los padres quienes deben presentar las siguientes características como: Impulsividad, baja autoestima, poca o nula empatía, cuadros de ansiedad y depresión. Además, se ha visto la relación con el consumo de sustancias, una transmisión de generación en generación ya que se ha visto que padres que son abusadores alguna vez fueron niños víctimas de abusos por lo que es un aprendizaje socializado, la violencia dentro del hogar puede provocar que las madres utilicen formas de castigos más severas y que sean menos afectuosas con sus hijos.

El segundo modelo sociológico como su nombre lo indica le da importancia a las variables tipo sociales que en ciertas circunstancias provocan estrés y en respuesta a eso el disfuncionamiento familiar al caer en el maltrato infantil. Además menciona, todos los valores y modales que incitan la violencia, entre ellos se encuentran: Estrés familiar que pueden darse por situaciones de pobreza, la carencia de un padre, en donde las madres solteras se hacen cargo del hogar, el número de hijos; otro elemento es el aislamiento del ambiente; la aprobación de la cultura de acciones violenta, en diferentes países la manera en que se disciplina a los hijos va acompañada de castigos excesivos, violentos y desmedidos. Este modelo es muy parecido al modelo de la segunda generación que hace referencia a la interacción social, que distingue sistemas basados en factores como la familia, sociedad y la cultura.

El modelo de la tercera generación se basa en la teoría que no se puede encasillar el maltrato solamente por las categorías de los modelos anteriores. En este sitúa la importancia de la cognición de los padres para entender sus acciones, puesto que desde su pensamiento, interpretación y accionar los progenitores no están conscientes del abuso. También considera la evaluación que hacen ellos de sus niños, ya que para los padres el comportamiento de sus hijos es merecedor de tales castigos. Además de variables que pueden ser parte de la situación a lo cual hay que incluir las respuestas de los hijos ante el panorama, ya que la concepción que tienen de la vida cambia radicalmente cuando son víctimas del maltrato, al crear cicatrices que

sí no se saben curar se mantienen y repercuten en conductas no deseables como: Poco control de ira, agresividad o contrariamente pasividad, aislamiento, trastornos mentales como ansiedad y depresión, que prosigan con los círculos de violencia.

Dolto (2006) comenta que el infante se deprime inmediatamente en la institución abrigo después de una experiencia de abandono por parte de los padres que puede ser debido a muchas circunstancias como maltrato, negligencia, pobreza, conflictos legales, entre otros, debido a la idea esperanzadora que algún día vendrán por él, también transfiere sus sentimientos a quienes lo rodean como lo pueden ser los demás niños, los cuidadores y demás personas del lugar. No obstante, a veces en este tipo de instituciones los encargados de los niños pueden ser reemplazados por diversas circunstancias, lo que crea en el niño un estado de depresión, aislamiento, pues la seguridad que podía haber establecido recaía en esa persona, ya que representaba una oportunidad para establecer vínculos afectivos que se parecieran al maternal.

En situaciones de esta índole, es necesario que el niño sepa la razón de lo sucedido, para apaciguar la pérdida, porque puede presentar síntomas de no querer comer, insomnio, mecanismo de regresión, entre otros, que son manifestaciones de lo que siente. En el proceso debe haber una fase de psicoeducación para los padres, cuidadores y los propios niños, para que puedan comprender la enfermedad y que abordaje debe realizarse, pues ellos deben ser parte del proceso terapéutico. Sí se considera necesario el tratamiento farmacológico consultar a un psiquiatra infantil.

1.2.7. Tratamiento de depresión en niños

Para la evaluación de la depresión infantil deben considerarse varias variables que pueden ser desencadenantes o estresores, además de factores personales como el nivel de escolaridad, la cultura y la familia, todos estos orientan como debe ser la planificación en el tratamiento así como los elementos que hacen que persista la depresión. La psicoterapia representa un medio para manejar el cuadro depresivo tanto en niños como en adolescentes, esta puede tener herramientas que ayuden para: Sanar el ego herido, dar sentido a la vida y mejorar la interacción social en el medio que le rodea. Se debe analizar sí la depresión está acompañada

del uso de sustancias, sí hay historial de suicidios, sí puede existir psicosis o que haya una comorbilidad con algún otro trastorno mental como lo indican De la Portilla et al (2006).

De acuerdo a Castejón y Navas (2011) la mejor manera de intervenir ante una depresión infantil es por medio de un proceso multimodal en los ejes de los psicofármacos, en donde el niño recibe la mediación adecuada; el aspecto psicológico, a través de terapias y por último lo psicosocial, una intervención en el contexto del infante. La meta principal de este enfoque es lograr una rehabilitación en un periodo de tiempo corto que trae como elemento preventivo el no permitir consecuencias negativas de seguir la evolución de la depresión. Ante un caso de esta naturaleza, se puede ver que los niños abandonan sus actividades diarias lo que imposibilita la interacción social, lo que agrava el cuadro y no permite la reinserción, entonces por medio de este modelo se invita a que el niño no deje sus labores como por ejemplo, el asistir a la escuela.

Además, se menciona que un componente que no puede faltar al momento de tratar con depresión infantil es el amor, es en el eje de lo psicosocial que se trabaja el rechazo y la afectividad negativa, pues el ambiente en el que se encuentra el niño debe evolucionar como lo representa esencialmente la familia. Los padres deben crear bases estables dirigidas al niño de cariño y aceptación, deben crear un ambiente de comprensión y de expresión de sentimientos y emociones. También en este sistema se añade la terapia cognitiva para un autodescubrimiento por parte del infante, para llegar a la formación del respeto, un aprendizaje de lo que siente, sus emociones, su estados de ánimo y como se refleja eso a través del comportamiento, por medio de la terapia cognitivo-conductual se planean proyectos en donde se trabaja los refuerzos positivos y se disminuye los autocastigos dirigidos al ser, en conclusión se le brindan las herramientas para que conozca como es, que erradique la ansiedad, el perfeccionismo y las exigencias excesivas y poco realistas, es decir se trabaja la asertividad.

Dahlke (2009) continua con la importancia de expresar amor cuando alguien sufre depresión, pues es una herramienta para mejorar ciertos aspectos como el sentido de la plenitud que el recibir cariño puede provocar, al momento que se siente el afecto positivo puede orientar la

vida, ya que se presentan metas, sueños por cumplir, contrario a lo que se puede presentar en un estado depresivo en el que no se posee sentido de vida. La depresión y el afecto positivo son dos elementos tan opuestos que también son diferentes en cuanto a su bioquímica, como se puede observar desde el nivel de serotonina, que estimula el amor, al contrario de una persona con depresión que carece de los mismos. El amor se debe trabajar, se busca que haya una correspondencia mutua que nutra la afectividad positiva, por lo que a través de este elemento se desliga la sintomatología tipo depresiva.

Chías y Zurita (2009) indican que acompañado del amor se debe ayudar al niño a la expresión de tristeza, debido que este sentimiento va acompañado de miedo y rabia. Para poder ayudar al niño habrá que realizar un ritual, un duelo en cuestión de lo que le provoca tanto malestar. El niño debe llorar, pero además necesita el acompañamiento de los adultos, la protección y el permiso para que ese llanto fluya sanamente. La protección de quienes lo cuidan debe incluir evitar que los demás se rían o descalifiquen la expresión de su tristeza, luego se debe hablar con ellos, para que poco a poco, se les pueda explicar lo que representa su tristeza, una comunicación en la que se sientan acogidos y queridos. Si además se les transmite que está bien sentirse triste, poco a poco esa tristeza disminuirá y recobrarán paso a paso la tranquilidad y la felicidad que disponían antes.

Por otro lado, la utilización de la terapia ocupacional para el tratamiento en niños depresivos tiene como reto primeramente el motivar al infante, que usualmente se inicia a través de ejercicios de condición física. Para síntomas como baja autoestima, se realiza una serie de actividades que realcen los comentarios positivos sobre ellos mismos. Además se recomienda que después de una evaluación el niño también forme parte de terapia grupal. Este abordaje no solo se realiza con los niños, también tienen que ser parte el grupo primario de apoyo como lo son los padres, para brindarles psicoeducación sobre la crianza y las intervenciones que realizarán. El terapeuta en el caso de la familia puede hacer una alianza con otros especialistas que son necesarios en el caso que existan problemas familiares como lo son los trabajadores sociales así lo recomiendan López, Ortega y Moldes (2008).

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El afecto representa el conjunto de sensaciones y conductas que una persona recibe por parte de los demás. El ser humano puede establecer a través de su desarrollo dos tipos de afectividades fundamentalmente; afecto positivo que es la capacidad de brindar amor, aceptación y aprecio. Las personas pueden experimentar la necesidad de afecto positivo desde edades tempranas y cuando esta no es suplida se podría desarrollar un afecto negativo en la infancia, que puede evidenciarse a través de la manifestación de miedos, inhibiciones, inseguridades, frustraciones, comportamientos irritables y conflictos psicológicos, quizá al punto de propiciarse estados patológicos en los niños como la depresión.

El ambiente donde crece el niño podría considerarse un factor que influye en el crecimiento del afecto negativo, este es el caso de niños que residen en instituciones que funcionan como casas hogares temporales, debido al contexto en el que se encuentran entran en juego muchos elementos que favorecen la experimentación del afecto negativo, por ejemplo, el ingresar debido a experiencias negativas familiares, en segunda instancia las relaciones dentro del lugar temporal, en donde el niño demandará de las nuevas figuras el cariño que necesita, el cual sí no es retribuido podría traer consecuencias como el desarrollo de la afectividad negativa y por último, el elemento de permanencia, los niños de instituciones de este tipo están largos periodos de tiempo adentro, generalmente la ideología que se maneja en esos lugares no permite capacitarlos para una vida afuera de la institución, esto podría provocar confusiones al momento de salir o considerar desde pequeños un futuro incierto.

Entonces ante este panorama la evolución del afecto negativo en los niños podría traer secuelas en el estado de ánimo, en el que predominan la tristeza, hasta considerarse una depresión, lo cual se manifestaría en sentimientos de inutilidad, falta de energía, preocupación por pérdidas tanto reales como imaginarias. Además, de expresar comportamientos de agresión, irritabilidad y explosiones.

La investigación sobre el afecto negativo y la depresión en niños de casas hogares en el ámbito guatemalteco es escasa y pobre a pesar de la abundancia de estas instituciones en todo

el territorio. El factor afectivo en los niños es un elemento muy importante y hay que prestarle atención especialmente si se vive desde el polo negativo pues podrían surgir consecuencias como la depresión, radica aquí la importancia de conocer en la cabecera departamental de San Marcos en la Casa de Asistencia a Niños de la Calle “CANICA” la experimentación del afecto negativo en los niños y sí existen problemas patológicos como la depresión; por ello se hace necesario formularse la siguiente pregunta: ¿Cuál es la relación que existe entre el afecto negativo y la depresión en niños de casa hogar?

2.1. Objetivos

2.1.1. General

Determinar el afecto negativo y su relación con la depresión en niños de casa hogar.

2.1.2. Específicos

- Identificar el nivel de experimentación del afecto negativo que prevalece en los niños de casa hogar.
- Evaluar la incidencia de depresión en los niños de casa hogar.
- Elaborar un plan de intervención psicológica de acuerdo a las evidencias de la relación del afecto negativo con la depresión en niños de casa hogar.

2.2. Variables

Afecto negativo.

Depresión en niños.

2.3. Definición de variables

2.3.1. Definición conceptual

Afecto negativo

Morris y Maisto (2005) indican que el afecto negativo es una dimensión emocional displacentera que se manifiesta por miedos, inhibiciones, inseguridades, frustraciones y fracaso. Las personas con alto afecto negativo suelen experimentar desinterés, aburrimiento,

tristeza, culpa, angustia, vergüenza y envidia. Toda esta sensibilidad temperamental está relacionada como estímulos negativos, estresores y ambientes no favorables, lo que lo convierte en un factor de riesgo.

Depresión en niños

De la Portilla et al (2006) define depresión infantil desde dos perspectivas, la primera como una patología con base a los trastornos depresivos en los niños. La segunda como una postura existencialista que es parte esencial de la integración del ser humano. La depresión infantil está ligada a factores como lo son: La historia depresiva en parientes de primer grado; depresiones anteriores; antecedentes de ansiedad, déficit de atención, duelos a temprana edad, conflictos entre padre o cuidador e hijo; problemas académicos, individualidad negativa y catastrófica, enfermedades crónicas.

2.3.2. Definición operacional

Afecto negativo

La variable de investigación se manejó a través de una boleta de opinión tipo escala de likert, que evaluó el afecto negativo a los niños de casa hogar.

Depresión en niños

La variable de estudio se operacionalizó mediante el Cuestionario de Depresión para Niños (CDN), de M. Lang y M. Tisher con adaptación a Guatemala del Instituto de Psicología y Antropología. La cual tiene sesenta y seis enunciados, cada elemento se puntuó en una escala de 1 a 5, desde muy en desacuerdo a muy de acuerdo, en los elementos de tipo depresivo y los elementos de tipo positivo. Con inversión en los positivos – subescalas AA y PV- se logró que todos los elementos apuntaran hacia el rasgo de la depresión.

2.4. Alcances y límites

La investigación se realizó en la cabecera departamental de San Marcos, con la participación de un universo de cincuenta niños, de ambos sexos, entre las edades comprendidas de 8 a 13 años, todos pertenecientes a la Casa de Asistencia a Niños de la Calle “CANICA”. Se

utilizaron los instrumentos: Escala de likert para medir el afecto negativo y la prueba psicométrica llamada Cuestionario de Depresión para Niños “CDN”.

Se encontró como limitante la dificultad para leer de algunos niños, que a pesar de su edad cursan en grados inferiores al que les corresponden según el Ministerio de Educación, entre las razones se encuentra que antes de entrar a la institución “CANICA” la familia por diversas situaciones no tomó en cuenta el que asistieran a la escuela.

2.5. Aporte

La presente investigación buscó ser un indicador para concientizar de las repercusiones del afecto negativo y la necesidad de afecto positivo como primordial, ya que la afectividad negativa, trae consecuencias desde la infancia, en las que se consideró lo que es una depresión. Por lo que la información contiene mucho valor pues estableció sí hay una relación estrecha entre el afecto negativo y los estados depresivos en niños que residen en una casa hogar, al encontrar en este ambiente variantes notables sobre la interacción familiar dentro de la institución.

El tema fue relevante como medida de alerta y prevención en la Casa de Asistencia a Niños de la Calle “CANICA” de la cabecera departamental de San Marcos, porque proveó de datos sobre el estado de los niños para fortalecer medidas, al hacer del lugar un ambiente acogedor y estable para los infantes.

En la realidad guatemalteca, los resultados plasmaron lo que puede suceder dentro de instituciones como hogares temporales en cuanto al afecto negativo y su relación en depresión de niños. Además, otros centros se guiaron al tener ciertos patrones parecidos a la unidad de análisis como lo son guarderías, al comprender el papel importante que desempeñan los trabajadores del lugar, al ser figuras importantes en los niños para el desarrollo afectivo y estados de ánimo.

En la comunidad landivariana constituyó una base para segundas investigaciones, sobre la importancia del tema y como parte de la facultad de humanidades para la comprensión de la

situación del ser humano. Y representó una guía para los psicólogos y futuros colegas sobre puntos que no pueden pasar desapercibidos dentro de la terapia.

III. MÉTODO

3.1. Sujetos

Los niños que formaron parte del estudio representaron un universo de cincuenta infantes tanto del género femenino como masculino, entre las edades estimadas de 8 a 13 años, que corresponden al área rural y urbana, de credo religioso evangélico protestante, de escasos recursos económicos y que pertenecen a familias conflictivas que debido a razones como maltrato, negligencia y abandono, que fueron referidos a la Casa de Asistencia a Niños de la Calle “CANICA” de la cabecera departamental de San Marcos. La institución “CANICA” es una entidad no lucrativa, cuyo lema es “ayúdanos a ayudar”, que tiene como objetivo apoyar a niños y niñas que se encuentran en condiciones no favorables como se menciona anteriormente, en donde se les brinda abrigo, alimentación, orientación bíblica, formación humana, educación al asistir al Colegio Evangélico “Palabra en Acción” que es parte de la misma institución, todo esto hasta cumplir la mayoría de edad o de acuerdo al proceso legal de cada niño.

3.2. Instrumentos

Para el desarrollo de la investigación se utilizó la prueba psicométrica: Cuestionario de depresión para niños (CDN) de Lang, M. y Tisher M., adaptación guatemalteca al español por el Instituto de Psicología y Antropología. Prueba que cuenta con 66 elementos, 48 de tipo depresivo y 18 tipo positivo, a través de una serie de posibles respuestas que van desde muy de acuerdo; de acuerdo; no estoy seguro; en desacuerdo; muy en desacuerdo. La prueba se aplicó de forma individual por medio de tarjetas con la redacción de los elementos, no posee límite de tiempo y es aplicable a niños entre ocho a dieciséis años.

Este cuestionario mide dos subescalas generales que son: Total depresivo “TD” y total positivo “TP”. Dentro de las cuales se agrupan una serie de elementos dado su contenido y que se describen de la siguiente manera: Total depresivo con un total de seis que va desde respuesta afectiva RA; problemas sociales PS; autoestima AE; preocupación por la muerte/salud PM; sentimientos de culpabilidad SC; depresivos varios DV; y la escala total positivo con dos subelementos en se mencionan animo-alegría AA y positivos varios PV. Con

todas estas subescalas se logra una puntuación depresiva o positiva, debido a que el niño puede manifestar depresión de diferente manera.

Para la realización de la investigación se utilizó una boleta de opinión tipo escala de likert que evaluó el afecto negativo en niños pertenecientes a la casa de asistencia mencionada. Además de un cuadro anecdótico donde se transcribió las experiencias y observaciones obtenidas por el investigador durante el trabajo de campo.

3.3. Procedimiento

- Elaboración de sumarios de tesis: La realización de tres sumarios para la revisión correspondiente.
- Aprobación de sumario: El cuál sería el tema a investigar y la fabricación del perfil de investigación.
- Indicaciones generales del formato de punto de tesis.
- Realización de antecedentes: Por medio del uso de fuentes como tesis, revistas científicas, documentos, el uso de internet, entre otros.
- Construcción del índice: Que permite establecer los subtemas a trabajar en las variables de investigación.
- Investigación de marco teórico: Que es la recopilación de información valiosa de libros actuales no menor de hace diez años, es decir desde el 2004.
- Redacción de planteamiento de problema: Es la perspectiva de la problemática observada y la importancia de la investigación.
- Composición del método: Especificación del procedimiento estadístico.
- Elaboración de introducción y resumen: Presentación del contenido de la investigación.
- Investigación de campo: Recopilación de datos con los sujetos de investigación.
- Presentación y análisis de resultados: Se analiza la naturaleza de los datos en la investigación.
- Elaboración de conclusiones y recomendaciones: De acuerdo a los resultados se determina sobre el tema, se recomienda y se plantea una propuesta.
- Referencias bibliográficas: A través de los lineamientos de las normas de la Asociación Americana de Psicología (APA).

- Aprobación de proyecto de tesis.

3.4. Tipo de investigación, diseño y metodología estadística

Achaerandio (2010) manifiesta que la investigación descriptiva es la que estudia, interpreta y representa fenómenos en donde alcanza objetivos, es usualmente utilizada en las ciencias sociales para el análisis de la conducta humana en distintos contextos. Abarca todo tipo de recolección de datos como es el ordenamiento, tabulación y evaluación de los mismos. Por tanto, en el estudio del afecto negativo y depresión en niños que se realizó en Casa de Asistencia a Niños de la Calle “CANICA” de la cabecera departamental de San Marcos, se utilizó este tipo de investigación.

Para obtener la significación y fiabilidad de media aritmética en muestras relacionadas se requiere de las fórmulas que son: ´

$$\text{No.} = \frac{Z^2 * P * q}{e^2} = \frac{1.96^2 * .5 * .05}{.05} = 384.16$$

Muestra

$$N = \frac{\text{No.}}{1 + \frac{\text{No.}}{N}} = \frac{384.16}{1 + \frac{384.16}{50}} = \frac{384.16}{4.84} = 44 = 50 \text{ total de sujetos}$$

Significación de diferencia de medias relacionadas o comparadas

Determinar el nivel de confianza

$$\text{N.C.} = 99\% \rightarrow \text{Valor } Z = 2.58$$

Hallar el error típico de las medias:

$$\sigma_d = \sqrt{\sigma_{\bar{X}_1}^2 + \sigma_{\bar{X}_2}^2 - 2r(\sigma_{\bar{X}_1} * \sigma_{\bar{X}_2})}$$

$$\sigma_{\bar{X}_1} = \frac{\sigma}{\sqrt{N-1}}$$

$$\sigma_{\bar{X}_2} = \frac{\sigma}{\sqrt{N-1}}$$

Hallar la razón crítica

$$R_c = \frac{d}{\sigma d}$$

Comparar razón crítica con el nivel de confianza

$$R_c \geq 2.58 = \text{Significativa}$$

Para obtener la correlación de datos agrupados se requiere de la fórmula que según Achaerandio (2010) es:

Correlación

$$r_{xy} = \frac{\frac{\sum xy}{N} - \left(\frac{\sum fx}{N}\right) \left(\frac{\sum fy}{N}\right)}{\sqrt{\frac{\sum fx^2}{N} - \left(\frac{\sum fx}{N}\right)^2} \left(\frac{\sum fy^2}{N} - \left(\frac{\sum fy}{N}\right)^2\right)}$$

IV. PRESENTACIÓN Y ANALISIS DE RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados estadísticos de la aplicación de la prueba psicométrica Cuestionario de Depresión en Niños “CDN” y la boleta de opinión tipo escala de likert de afecto negativo, que fue administrada a 50 niños pertenecientes a la Casa de Asistencia a Niños de la Calle “CANICA”. Para la interpretación de los datos obtenidos se hizo uso del método de significación y fiabilidad de la media aritmética y la correlación de las mismas.

4.1. Resultados

Cuadro No. 1

S	Afecto negativo (1)	Depresión (2)	Diferencias (d)
N	50	50	--
\bar{X}	64	63	01
σ	12.33	21.22	--
r	--	--	0.08

Fuente: Trabajo de campo, (2014)

De acuerdo a los resultados se obtuvo un coeficiente de correlación de 0.08 según Suárez (2014) es señalada como una correlación positiva baja entre el afecto negativo y la depresión en niños de casa hogar, lo que indica que el nivel de afecto negativo de los niños no está directamente relacionado con la depresión. Con estos resultados se alcanza el objetivo general que consistía en determinar el afecto negativo y su relación con la depresión en niños de casa hogar. Es a través de este estudio que se revela que la afectividad negativa no desencadena depresión infantil en casa hogar, por lo que el nivel del afecto negativo podría desencadenar otro tipo de comportamientos, más no un trastorno depresivo.

Cuadro No.2

Variable	No	X	□	□X	E	LS	LI	Rc	Rc y NC	Significativa	Fiable
Afecto Negativo	50	64	12.33	1.76	4.54	68.54	59.46	0.56	0.56 < 2.58	No	No

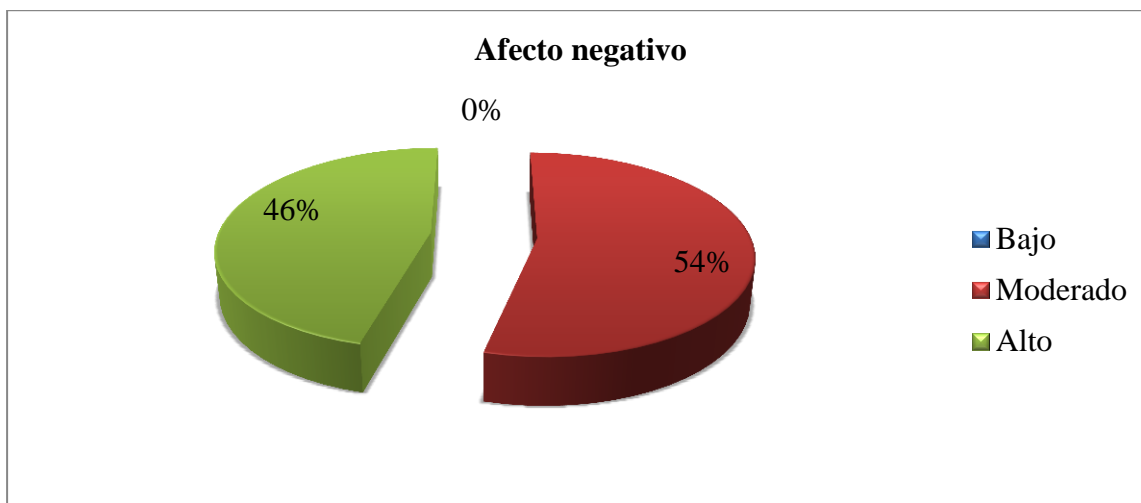
Fuente: Trabajo de campo, (2014)

Cuadro No. 3

Rango	Afecto Negativo	
	f	%
Bajo 0-49	0	0
Moderado 50-74	27	54
Alto 75-99	23	46
Totales	50	100

Fuente: Trabajo de campo, (2014)

Grafica No. 1



Fuente: Trabajo de campo, (2014)

A través de esta grafica se puede observar que no hay un nivel bajo de afecto negativo en los niños de casa hogar, mientras que el 54% se encuentra dentro del nivel intermedio y un 46% está dentro del nivel alto. Por lo tanto, el nivel de experimentación del afecto negativo que prevalece en los niños de casa hogares es moderado.

Cuadro No. 4

Variable	N o	X	σ	σX	E	LS	LI	Rc	Rc y NC	Significativ a	Fiabilida d
Depresió n	50	6 3	21.2 2	0.4 2	1.0 8	64.0 8	61.9 2	0.5 6	0.56<2.5 8	No	No

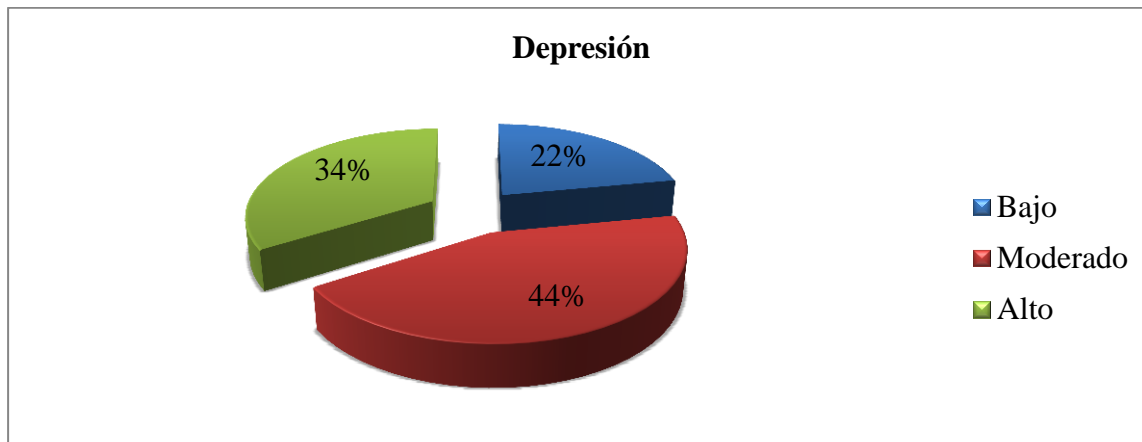
Fuente: Trabajo de campo, (2014)

Cuadro No. 5

	Depresión	
Rango	f	%
Bajo 0-49	11	22
Moderado 50-74	22	44
Alto 75-99	17	34
Totales	50	100

Fuente: Trabajo de campo, (2014)

Grafica No. 2



Fuente: Trabajo de campo, (2014)

En la gráfica número 2 se observa que la mayor parte de los niños de casa hogar comprendidos en un 44% presentan un grado moderado de depresión, mientras que un 34% se encuentra en un nivel alto y un 22% de la población total muestra un rango bajo. Por lo que se evalúa que la incidencia de depresión en niños de casa hogar es intermedia.

Cuadro No. 6

	N	X	σ	σX	σd	d	Rc	S	F
Afecto Negativo	50	64	12.33	1.76	1.78	1	0.56	No	No
Depresión	50	63	21.22	0.42					

Fuente: Trabajo de campo, (2014)

Por consecuente en el cuadro número seis se presenta las muestras comparadas, con un universo total de 50 niños, una diferencia entre variables de uno, una desviación típica de 12.33 para afecto negativo y de 21.22 para depresión. Asimismo, se comprueba que el estudio no puede repetirse debido a que la razón crítica es menor al nivel de confianza de ambos elementos.

V. DISCUSIÓN

El afecto es la manifestación que una persona vive desde dos polaridades que se conocen como positiva y negativa, estos tipos toman fuerza conforme el niño crece y recibe del ambiente la estimulación necesaria. Una afectividad negativa es una dimensión emocional displacentera, que puede traer consecuencias en diversos trastornos como lo sugieren otros estudios en el que se incluye la depresión infantil, sin embargo este no es el único trastorno que puede ser desencadenado debido al afecto negativo.

De acuerdo con los datos obtenidos en la investigación se establece que el afecto negativo no posee relación significativa con la depresión en niños de casa hogar. Al obtenerse una correlación positiva muy baja se indica que los resultados derivados en el afecto negativo, no son un indicativo que el niño presente una sintomatología depresiva y viceversa.

Padrós, Soriano y Navarro (2012) manifiestan que el afecto positivo y el afecto negativo pueden ser vistos desde dos dimensiones; la primera, en donde son independientes y en donde una persona con afecto negativo es infeliz y con el afecto positivo es feliz; y la segunda dimensión desde una modalidad en donde los individuos experimentan ambos niveles bajos de afecto positivo y negativo, y otros que por el contrario perciben niveles elevados de ambos afectos. Entonces sí la afectividad se puede presentar desde bipolaridades, es probable que sí los niños tienen niveles moderados de afecto negativo, también tienen el mismo rango en niveles de afecto positivo, que puede ser la razón por la cual se obtuvo una relación baja entre el afecto negativo y la depresión.

Al considerar al afecto negativo como una dimensión emocional que se manifiesta por miedos, inhibiciones, inseguridades, frustraciones y fracaso, según Morris y Maisto (2005) las personas con alto afecto negativo suelen experimentar desinterés, aburrimiento, tristeza, culpa, angustia, vergüenza y envidia. Factores que no son síntomas únicamente de una depresión sino que pueden representar el conjunto de características de otro tipo de trastorno.

Los niños de casa hogar presentan un afecto negativo intermedio. Es decir, los niveles experimentados dentro de la casa hogar no son ni altos, ni bajos, por lo que sí existe la manifestación de una afectividad negativa. Luna (2011) resalta que muchos niños institucionalizados estarán en esos lugares hasta cumplir la mayoría de edad, en términos psicosociales, representa su construcción de lazos afectivos y de capacidades para la vida.

Los informes describen a niños institucionalizados afectados por la soledad, la incompreensión, el aislamiento social, desarraigo e incertidumbre frente a su futuro, al no saber quién los apoyará, protegerá y acompañará, por lo que experimentan sentimientos de rechazo, baja autoestima y afecto negativo. Sin embargo de acuerdo, con lo anterior hay otros elementos que entran en juego, que fundamentan los resultados moderados del afecto negativo, como lo mencionan Dörr y Banz (2010) que indican que existen etapas críticas de maduración, crecimiento y desarrollo neurológico, durante una etapa crítica el niño debe recibir estimulación, hay una fase que se relaciona con el vínculo afectivo. Este periodo abarca durante los dos primeros años de vida, aquí se sientan las bases para que más adelante el niño tenga la capacidad de amar, empatizar y conmoverse.

Estos nuevos factores no fueron medidos durante el proceso descriptivo, a lo cual según estudios de Mardomingo (como se citó en Dörr y Banz, 2010) variables como la edad y el estado de desarrollo en donde comienza la privación de afecto, son importantes para determinar las funciones que se alteran y la gravedad. Por lo tanto al no determinar este tipo de elementos se comprenden las razones por las cuales los resultados fueron intermedios, pues los niños sí experimentan una afectividad negativa, pero el intervalo es moderado al desconocer de componentes como por ejemplo, la etapa de la privación de afecto en los niños de casa hogar.

La respuesta a los resultados también la explica en parte Morales (2013) que establece la relación entre el afecto y la necesidad de afiliación, que ocupa el tercer escalón de la pirámide de necesidades del hombre, la afiliación se conoce como la necesidad de relación con los demás, ser aceptado y participar socialmente. A pesar que la relación entre los cuidadores y niños según la investigación de campo no es un vínculo estrecho y fuerte, sí tienen diferentes

manifestaciones positivas como: Un abrazo, beso, mirada, sonrisa, entre otros, de agentes externos pertenecientes a la comunidad religiosa protestante con fines sociales, que permiten a los niños experimentar confianza y aspectos claves para la relación con los demás, lo que deriva en niveles intermedios de afectividad negativa.

Al igual que el afecto negativo la incidencia de depresión en niños de casa hogar representó un nivel moderado. Para poder comprender los orígenes y por qué del surgimiento de un nivel intermedio en la depresión de niños de casa hogar, se debe tomar en cuenta tres elementos imprescindibles como lo son: El primero referente a la personalidad, hay personas que poseen rasgos de tipo depresivo, así lo declara Escobar (2008). El segundo, los conflictos internos que se refiere a las experiencias en la infancia que marcaron al individuo que se pueden ejemplificar en vivencias negativas, las cuales fueron experimentadas por los niños de “CANICA” ya que representan las razones por las cuales ingresaron a la casa hogar, como el maltrato, negligencia, abandono, entre otros.

Y por último, el elemento de acontecimientos externos, que son sucesos que cambian o transforman la rutina del individuo como por ejemplo, el establecimiento de un nuevo hogar dentro de la casa hogar y la formación religiosa dentro del lugar, de acuerdo a los datos anecdóticos se estableció que la cantidad de devocionales durante el día, las visitas dominicales, entre otras actividades, permiten a los niños seguridad y protección. Entonces a pesar que los niños poseen características propias para el desencadenamiento de una depresión infantil, los resultados no fueron altos debido a factores como el último elemento, en el que la religión juega un papel importante al crear un ambiente libre de las dificultades que poseían anteriormente y proporciona un elemento positivo, en lugar de negativo en la vida de los niños.

Esto contribuye con lo que Durand y Barlow (2007) refieren acerca del modelo diátesis-estrés, en el que primero hay que definir el significado de diátesis, que hace referencia al estado que posee el individuo de susceptibilidad hacia alguna patología, entonces al aclarar esto se puede crear la hipótesis que una persona hereda patrones ya sean rasgos o conductas, factor genético, y que estos despiertan ante situaciones de tensión, lo que indica que cuando se presenta cierta

experiencia estresante, el trastorno se activa, lo cual se refuerza si son varios sucesos los que encaminan el surgimiento de tal patología dormida. Por consiguiente, a pesar de que el historial familiar e institucional de los niños de casa hogar ofrece un panorama desfavorecedor, hay otros factores que contrastan el cuadro, que se refleja a través de los resultados de depresión infantil. Además el poseer ciertos esquemas genéticos no significan el desarrollarlos, entonces a menor herencia genética mayor debe de ser el impacto vivencial y a mayor componente genético ciertos sucesos estresantes son suficientes, elementos no estudiados en la investigación.

Las variables afecto negativo y depresión no siempre se van a relacionar y en este caso no son paralelas en los niños de casa hogar, no obstante como agentes independientes sí se experimentan en los niños y representan indicadores negativos que limitan el crecimiento emocional y psicológico de los niños. Por lo que se establece un plan de intervención psicológica de acuerdo a las evidencias de la existencia independiente y moderada del afecto negativo como de depresión.

La forma de frenar la afectividad negativa según Pedrini (2008) se logra a través de un ambiente abundante en amor, por lo que la psicoeducación de las costumbres afectivas positivas dentro del contexto, sobre todo a los cuidadores será de gran importancia. Un hogar lleno de amor permite la plenitud de los integrantes, pues los cuidadores son ejemplo para los niños del modelo del afecto y ellos se comportaran así en cada área de la vida.

Chías y Zurita (2009) indican que acompañado del amor se debe ayudar al niño a la expresión de tristeza, pues este sentimiento va unido de miedo y rabia. El niño debe llorar, pero además necesita el acompañamiento de los adultos, la protección y el permiso para que ese llanto fluya sanamente. La protección de quienes lo cuidan debe incluir evitar que los demás se rían o descalifiquen, luego se debe hablar con ellos, para que poco a poco, se les pueda explicar lo que representa su tristeza.

A través de la discusión de resultados se logra establecer que a pesar que los niveles descritos no son los indicados para una evolución sana holística en la vida de los niños de casa hogar,

no influye el nivel de afecto negativo que manejen con el desencadenamiento de una depresión infantil, por lo tanto no existe una relación directa entre el afecto negativo y la depresión en niños.

Además, que ciertos elementos fueron influyentes en la invalidez interna y externa de la investigación lo que impide que los resultados sean generalizables a otras poblaciones distintas a la estudiada. En primer lugar, la forma en que se recolectó los datos por tratarse de dos instrumentos distintos como lo es una escala de likert, elaborada personalmente y un test psicométrico estandarizado, lo cual modificó el método estadístico aplicado de correlaciones. Igualmente componentes que de acuerdo a otros autores ejercen peso sobre las dos variables investigadas que no fueron medidas y que como se menciona anteriormente son factores que se relacionan con los elementos y el efecto estudiado.

VI. CONCLUSIONES

- De acuerdo con los resultados obtenidos en la investigación, se concluye que no existe una relación significativa entre el afecto negativo y la depresión en niños de casa hogar, por lo que en la presente investigación se determina que la depresión infantil no es consecuencia del nivel de afecto negativo que maneja un niño.
- En relación con los resultados obtenidos con el nivel de experimentación del afecto negativo, se encontró que gran parte de los niños de casa hogar presentan una dimensión emocional displacentera expresada en: Irritabilidad, hostilidad, preocupación, miedos, inseguridades, inhibiciones, frustraciones, tristeza, envidia y elementos psicosociales que incluyen soledad, dificultades de relación personal, puesto que la mayor parte de los sujetos obtuvo un nivel moderado de afectividad negativa.
- Con lo que respecta a la incidencia de depresión en los niños de casa hogar, evaluados a través de la prueba psicométrica Cuestionario de Depresión en Niños (CDN), se determina que los niños se encuentran en niveles moderados de rasgos depresivos, debido que manifiestan respuestas negativas afectivas, dificultades sociales, baja autoestima, preocupaciones, sentimientos de culpabilidad y expresiones de tristeza.
- A pesar que no existe una relación directa entre el afecto negativo y depresión en niños de casa hogar, el nivel de afecto con un 54% y la incidencia del 44% de depresión representan resultados moderados que promueven el establecimiento de un plan de intervención psicológica dentro del lugar, por la presencia de ambas variables independientes.
- Asimismo, se concluye que el grupo de estudio no se puede comparar, debido a la recolección de datos y sobre factores no medidos que se relacionan a la problemática y afectan lo estudiado.

VII. RECOMENDACIONES

- Generar futuras investigaciones que permitan identificar las causas por las cuales los niños de casa hogar pueden presentar depresión, dado que en esta investigación se concebía la idea de que el afecto negativo era una de esas causas. Al descubrirse que no hay una relación directa entre estas variables, es necesario considerar otros factores que pueden propiciar que los niños presenten afecto negativo y depresión.
- Efectuar un diagnóstico a los cuidadores de la Casa de Asistencia a Niños de la Calle “CANICA”, con el objetivo de determinar los elementos para desarrollar una relación afectiva positiva con los niños pertenecientes al lugar, para poder crear las bases de un plan de intervención que disminuya el afecto negativo presentado en el estudio y refuerce el trabajo dentro del hogar.
- Efectuar talleres de inteligencia emocional con los niños para que tengan herramientas que fomente un ambiente favorable para la salud mental, basado en el apoyo mutuo de todos los niños, en donde haya un compromiso de cada niño a que ante cualquier señal de depresión infantil dentro del hogar se ayudarán.
- Desarrollar un programa de intervención psicológica con la meta primordial de disminuir los niveles de afecto negativo y depresión en niños de casa hogar, desde los ejes de la psicoeducación, el proceso terapéutico y la prevención, que permita a los niños tener las herramientas necesarias para el bienestar psicológico deseado. Además, de la monitorización de los avances a través de evaluaciones periódicas a los niños para valorar los logros.
- Realizar futuras investigaciones sobre el tema que tomen en cuenta los factores que inciden en la problemática que no fueron medidos.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Achaerandio, L. (2010). *Iniciación a la práctica de la Investigación* (7ª. ed.). Guatemala: Instituto de Investigaciones Jurídicas, Universidad Rafael Landívar.
- Behrman, R., Kliegman, R., y Jenson, H. (2006) *Nelson tratado de pediatría* (17ª. ed.). España: Elsevier, S.A.
- Calle, R. (2008) *Saber vivir en armonía*. España: Ediciones Turpial, S.A.
- Carr, A. (2007) *Psicología Positiva*. España: Ediciones Paidós Ibérica, S.A.
- Carrillo, I. (2007) *¿Es posible educar en valores en familia?* (1ª. ed.). España: Editorial GRAÓ de IRIF, S.L.
- Castejón, J. y Navas, L. (2011) *Dificultades y trastornos del aprendizaje y del desarrollo en infantil y primaria*. España: Editorial Club universitario.
- Chías, M. y Zurita, J. (2009) *EmocionArte con los niños* (2ª. ed.). España: Editorial Desclée de Brouwer.
- Consejo Pontificio para la pastoral de la salud (2004) *La depresión*. España: Ediciones Palabra.
- Cyrulnik, B. (2013) *Los patitos feos*. México: DEBOLS!LLO.
- Dahlke, R. (2009) *Terapias efectivas contra la depresión*. España: Ediciones Robinbook, S.L.
- De la Portilla, S. et al (2006) *Bases teóricas de la psiquiatría infantil* (1ª. ed.). Colombia: Editorial Universidad de Caldas.
- Dolto, F. (2006) *Seminario de psicoanálisis de niño 2* (8ª. ed.). México: Siglo XXI Editores, S.A.
- Dörr, A. y Banz, C. (2010) *Ventanas de oportunidad y capacidad de establecer vínculo afectivo en niños salvajes versus niños abandonados en instituciones*. *Revista Gaceta de psiquiatría universitaria*, No. 1 (Vol. 6), 38-45. Recuperado de <http://www.gacetadepsiquiatriauniversitaria.cl/ediciones/a6vol6n1mar2010/pdf/GPU%202010-1.pdf>
- Drane, J. (2009) *Sufrimiento y depresión* (1ª. ed.). Colombia: Editorial San Pablo.
- Durand, V. y Barlow, D. (2007) *Psicopatología* (4ª. ed.). México: Cengage Learning Editores, S.A.

Escobar, T. (2008) Miedo, depresión y autoestima (2ª. ed.). Venezuela: Consejo de Publicaciones, Universidad de Los Andes.

Herrera, E., Losada, Y., Rojas, L., y Gooding, P. (2009) en el artículo Prevalencia de la depresión infantil en Neiva, que aparece en la Revista Avances en psicología Latinoamérica, de enero. Recuperado de <http://revistas.urosario.edu.co/index.php/apl/article/view/3/4>

Hertfelder, C. (2010) Como se educa una autoestima familiar sana (4ª. ed.). España: Ediciones Palabra, S.A.

López, P., Ortega, C., y Moldes, V. (2008) Terapia ocupacional en la infancia (1ª. ed.). España: Editorial médica PANAMERICANA, S.A.

Luna, M. (2011) Niñez y adolescencia institucionalizada: Visibilización de graves violaciones de DDHH. Recuperado de <http://www.relaf.org/Documento%20agosto%202011%20Relaf.pdf>

Mas, D. (2013) ¿Existe la depresión infantil? Revista Carrusel. Recuperado de <http://www.revistacarrusel.cl/existe-la-depresion-infantil/>

Maya, A. (2012) Pedagogía de la ternura, Conceptos básicos (2ª. ed.) Colombia: Ecoe Ediciones.

Morales, A. (2013/08/21) Vínculos afectivos. La Hora. Recuperado de <http://www.lahora.com.gt/index.php/opinion/opinion/columnas/182529-vinculos-afectivos>.

Moreno, A. (2008) La depresión y sus máscaras. España: Editorial medica panamericana.

Morris, C. y Maisto, A. (2005) Introducción a la psicología (12ª. ed.). México: Pearson Educación, S.A.

Oliveros, P. (2004) El vínculo afectivo como opción de vida en la convivencia familiar. (Tesis de Maestría). Recuperada de <http://hermes.javeriana.edu.co/biblos/tesis/medicina/tesis04.pdf>

Ortega, D. (2004) Índice de depresión en los niños guatemaltecos pertenecientes a hogares desintegrados. (Tesis de licenciatura inédita). Recuperada de <http://www.tesis.ufm.edu.gt/pdf/3979.pdf>

Ortiz, A. (2012) Educación Infantil: Afectividad, amor y felicidad, currículo, lúdica, evaluación y problemas de aprendizaje (2ª. ed.). España: Edición Litoral.

Padrós, F., Soriano, C. y Navarro, G. (2012) en el artículo titulado Afecto positivo y negativo: ¿Una dimensión bipolar o dos dimensiones unipolares?, de la Revista de psicología

y ciencias afines, del mes de junio. México. Recuperada de <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=a55ccd76-7fc1-49a5-bb72-7e83110cde8d%40sessionmgr110&vid=1&hid=118>

Palomo, T. y Jiménez, M. (2009) Manual de Psiquiatría (1ª. ed.). España: Ene Life Publicidad S.A. y Editores.

Pardo, D. (2009) Investigación sobre el desarrollo afectivo de 13 niños y niñas abandonados entre 2 y 4 años de edad de un orfanato privado de Quito. (Tesis de Maestría). Recuperada de http://repositorio.ute.edu.ec/bitstream/123456789/10228/1/37967_1.pdf

Parot, R. (2004) Diccionario Akal de Psicología. España: Ediciones Akal, S.A.

Pedrini, A. (2008) Amor afectivo en familia (1ª. ed.). Colombia: Editorial San Pablo.

Pérez, M. (2010) Impacto psicológico que sufren las niñas y niños al ingresar al hogar casa Bernabé (Tesis de licenciatura inédita). Recuperada de http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/13/13_3090.pdf

Perinat, A. (2007) Psicología del desarrollo (3ª. ed.). España: Editorial UOC.

San Molina, L. y Arranz, B. (2010) Comprender la depresión (1ª. ed.). España: Editorial Amat.

Smalley, G. (2011) La llave al corazón de tu hijo. Estados Unidos: Grupo Nelson.

Soutullo, C. y Mardomingo, M. (2010) Manual de psiquiatría del niño y del adolescente. España: Editorial médica panamericana. S.A.

Suárez, M. (2014) Coeficiente de correlación de Karl Pearson. Recuperado de noviembre 03 del 2014 <http://www.monografias.com/trabajos85/coeficiente-correlacion-karl-pearson/coeficiente-correlacion-karl-pearson.shtml>.

Tabera, V. y Rodríguez, M. (2010) Intervención con familias y atención a menores. (1ª. ed.) España: Editex, S.A.

Tejera, D. (2011) Nada en absoluto. Estados Unidos: Xlibris Corporation.

Vega, C., Villagrán, M., y Nava, C. (2012) Estrategias de afrontamiento, estrés y depresión infantil. Revista [PsicologiaCientifica.com](http://www.psicologiacientifica.com). Recuperada de <http://www.psicologiacientifica.com/estrategias-afrontamiento-estres-depresion-infantil>

Wright, H. (2007) Como ayudar a sus hijos a enfrentar el enojo, el miedo y la tristeza. Estados Unidos: Editorial Portavoz.

ANEXOS

Anexo 1

Propuesta

Introducción

La Casa Hogar a Niños de la Calle “CANICA” necesita la creación de un ambiente familiar unido, optimista, emprendedor y educado en inteligencia emocional. Una formación con profundos valores que instituya en los niños una verdadera integración de crecimiento psicológico y que los cuidadores mejoren sus intervenciones en las necesidades afectivas de este núcleo familiar y de su contexto social, motivados por el cambio para lograr metas propuestas, comprometidos en la prevención de la depresión infantil, el desarrollo y calidad de vida de los niños de casa hogar.

De acuerdo a las necesidades de afecto positivo surge este plan de intervención de salud mental que pretende ser sistemático, estructurado e integral, de acuerdo a los ejes de la psicoeducación, intervención y la prevención, que permita a los niños tener las herramientas necesarias para el bienestar psicológico deseado. En el que se pretende una participación activa de los representantes como los cuidadores, los niños y agentes externos, por ser los actores principales en la formación del ambiente de casa hogar.

Justificación

El ambiente familiar en casa hogar es una unidad que ejerce una influencia significativa en la vida de los niños, ya que la forma en que se desarrolle este ambiente es esencial para la creación o prevención de problemas de índole psicológica.

Según información recolectada a través de la presente investigación, prevalecen índices moderados de un 54% de afecto negativo y un 44% en incidencia de depresión, que representan factores negativos independientes que pueden impedir el desarrollo familiar de los miembros que conforman este hogar y especialmente de los niños. Entre estos elementos se encontró: Irritabilidad, hostilidad, preocupación, miedos, inseguridades, inhibiciones, frustraciones, tristeza, envidia y elementos psicosociales que incluyen soledad, dificultades de

relación personal. Además de síntomas depresivos como: respuestas negativas afectivas, dificultades sociales, baja autoestima, preocupaciones, sentimientos de culpabilidad y expresiones de tristeza.

Frente a estos síntomas es indispensable que se implementen estrategias urgentes en la Casa de Asistencia a Niños de la Calle “CANICA” que promuevan un cambio de actitud de los cuidadores frente a las dificultades familiares y sociales, herramientas a los niños y prevención sobre el tema, que favorezcan la dinámica familiar y la orientación adecuada a los niños. Con base en lo anterior se hace necesario conformar este plan de intervención psicológica dentro del lugar.

Objetivos

General

Desarrollar un programa de intervención psicológica que permita a los niños tener las herramientas necesarias para el bienestar psicológico deseado, enfocados desde el desarrollo del afecto positivo y la prevención de la depresión en niños.

Específicos

Efectuar un diagnóstico a los cuidadores de la Casa de Asistencia a Niños de la Calle “CANICA”, para psicoeducar sobre los elementos que influyen en una relación afectiva positiva con los niños pertenecientes al lugar.

Ejecutar talleres de inteligencia emocional con los niños para que tengan herramientas necesarias ante la depresión que fomente entre todos, un ambiente favorable para la salud mental.

Ofrecer terapia psicológica individual a los niños para disminuir los niveles de afecto negativo y depresión en niños y su prevención dentro de la casa hogar.

Valores

- Respeto.

- Amor.
- Comprensión.
- Buena comunicación.
- Asertividad.

Metodología

La metodología que se utilizará para ejecutar las actividades en la Casa de Asistencia a Niños de la Calle “CANICA”, será participativa, humanística y abierta, que busca que los cuidadores y los niños se comprometan de manera activa en el desarrollo de cada una de las actividades programadas a través de la organización de acciones psicoeducativas, vivenciales y psicoterapéuticas por medios de educación, talleres, terapias y prevención a través de conversatorios, que permitan la integración familiar dentro del lugar para lograr una mejor relación y comunicación dentro de todos para el manejo del afecto negativo y la depresión en niños.

Estrategias

- Diagnóstico.
- Psicoeducación.
- Talleres.
- Psicoterapia individual.
- Prevención por medio de conversatorios y evaluación.

Recursos

Humanos: Cuidadores, niños e investigador.

Didácticos: Hojas, cañonera, videos informativos, papelografos, folletos, marcadores, lecturas reflexivas y carteles.

Físicos: Salón, patio y oficina pertenecientes a “CANICA”.

Cronograma

Eje	Tema	Actividad	Objetivo	Responsable	Tiempo, duración
I Diagnóstico y psicoeducación	Socialización y sensibilización del plan psicológico.	Socialización, motivación y explicación de las diferentes actividades del plan psicológico.	Compartir y comprometer a los cuidadores y los niños en la ejecución del plan.	Lucrecia María Monterrosa Trejo	1era y 2da semana
	Diagnóstico a los cuidadores sobre su relación afectiva con los niños	Entrevista y cuestionario de las causas de la relación afectiva entre niños y cuidadores	Identificar las causas de la relación afectiva entre cuidadores y niños	Lucrecia María Monterrosa Trejo	
	Psicoeducación sobre la afectividad positiva	Formación sobre el afecto positivo dentro del hogar	Educar a los cuidadores sobre el compromiso de vivir una afectividad positiva con los niños	Invitado especial	
Eje II Talleres sobre depresión	La depresión infantil	Talleres y charlas sobre la depresión infantil, causas, consecuencias, solución, recomendaciones, preguntas y conclusiones.	Concientizar a los niños sobre los peligros de la depresión infantil y orientación y herramientas para realizar entre ellos.	Lucrecia María Monterrosa	3era y 4ta semana
Eje III Psicoterapéutico y Preventivo	Proceso terapéutico individual	Iniciar el proceso terapéutico individual con los niños	Sesiones terapéuticas encaminadas a la disminución del afecto negativo y la depresión en los niños	Lucrecia María Monterrosa Trejo y Licda. Patricia Quinteros.	5ta, 6ta, 7ma, y octava semana
	Prevención sobre afecto negativo y depresión	Conversatorio sobre la prevención del afecto negativo y depresión	Conocer los cuidados necesarios para evitar un afecto negativo y prevenir la depresión en niños	Lucrecia María Monterrosa Trejo	9na y 10ma semana
	Finalización del plan de salud mental	Culminación del proceso del plan de intervención a través de una evaluación de los avances.	Evaluar nuevamente el afecto negativo y la depresión en los niños de casa hogar para determinar los cambios obtenidos con la intervención.	Lucrecia María Monterrosa Trejo	11va semana

Anexo 2**Estadística****Cuadro No. 7**

Puntuaciones						
Escala de likert				Test Psicométrico		
Afecto Negativo				Depresión		
Código	Puntuación neta	Porcentaje	Clasificación	Puntuación neta	Percentil	Clasificación
01	54	77	Alto	155	68	Moderado
02	36	51	Medio	185	88	Alto
03	35	50	Medio	202	96	Alto
04	35	50	Medio	200	96	Alto
05	30	43	Medio	169	78	Alto
06	48	68	Alto	184	88	Alto
07	53	76	Alto	161	73	Moderado
08	44	63	Medio	134	73	Moderado
09	34	48	Medio	137	53	Moderado
10	34	48	Medio	147	58	Moderado
11	41	58	Medio	195	93	Alto
12	30	43	Medio	165	78	Alto
13	27	38	Medio	181	83	Alto
14	28	40	Medio	93	10	Bajo
15	30	43	Medio	131	48	Bajo
16	31	44	Medio	143	58	Moderado
17	46	68	Alto	117	33	Bajo
18	42	60	Medio	103	18	Bajo
19	31	44	Medio	104	18	Bajo
20	46	68	Alto	149	60	Moderado
21	64	91	Alto	127	45	Bajo

22	45	64	Medio	150	68	Moderado
23	57	81	Alto	140	53	Moderado
24	57	81	Alto	93	10	Bajo
25	40	57	Medio	130	48	Bajo
26	36	51	Medio	147	58	Moderado
27	42	60	Medio	123	43	Bajo
28	50	71	Alto	140	53	Moderado
29	62	88	Alto	157	68	Moderado
30	46	66	Medio	180	83	Alto
31	48	68	Alto	118	85	Alto
32	47	67	Alto	89	08	Bajo
33	46	66	Medio	152	63	Moderado
34	50	71	Alto	170	78	Alto
35	49	70	Alto	151	63	Moderado
36	43	61	Medio	122	40	Bajo
37	46	66	Medio	158	70	Alto
38	47	67	Alto	164	75	Alto
39	48	68	Alto	163	73	Moderado
40	44	63	Medio	162	73	Moderado
41	44	63	Medio	166	78	Alto
42	48	68	Alto	150	63	Moderado
43	54	77	Alto	165	78	Alto
44	56	80	Alto	181	83	Alto
45	51	73	Alto	145	58	Moderado
46	44	63	Medio	158	70	Moderado
47	49	70	Alto	161	73	Moderado
48	50	71	Alto	189	90	Alto
49	45	64	Medio	142	58	Moderado
50	49	70	Alto	142	58	Moderado

Fuente: Trabajo de campo, (2014)

Cuadro No. 8

Afecto negativo												
x		F	p	%	Li	Ls	Xm	fa	f.X m	d' (x')	$\sum f \cdot d'$	$\sum f \cdot d'^2$
3 8	4 2	2	0.0 4	4.00	37.5	42.5	40	2	80	24	48	1152
4 3	4 7	5	0.1 0	10.0 0	42.5	47.5	45	7	225	19	95	1805
4 8	5 2	6	0.1 2	12.0 0	47.5	52.5	50	13	300	14	84	1176
5 3	5 7	1	0.0 2	2.00	52.5	57.5	55	14	55	9	9	81
5 8	6 2	4	0.0 8	8.00	57.5	62.5	60	18	240	4	16	64
6 3	6 7	11	0.2 2	22.0 0	62.5	67.5	65	29	715	1	11	11
6 8	7 2	12	0.2 4	24.0 0	67.5	72.5	70	41	840	6	72	732
7 3	7 7	4	0.0 8	8.00	72.5	77.5	75	45	300	11	44	484
7 8	8 2	3	0.0 6	6.00	77.5	82.5	80	48	240	16	48	768
8 3	8 7	0	0 0	0.00	82.5	87.5	85	48	0	21	0	0
8 8	9 2	2	0.0 4	4.00	87.5	92.5	90	50	180	26	52	1326
		50	1	100					3175	15 1	479	7599

Fuente: Trabajo de campo, (2014)

$$\sigma = \sqrt{\frac{\sum f \cdot x'^2}{N}}$$

$$\sigma = \sqrt{\frac{7599}{50}}$$

$$\sigma = 12.33$$

Cuadro No.9

Depresión											
x	F	p	%	Li	Ls	Xm	fa	f.Xm	d' (x')	$\sum f \cdot d'$	$\sum f \cdot d'^2$
08 16	3	0.06	6.00	7.5	16.5	12	3	36	51	153	7803
17 25	2	0.04	4.00	16.5	25.5	21	5	42	42	84	3528
26 34	1	0.02	2.00	25.5	34.5	30	6	30	33	33	1089
35 43	2	0.04	4.00	34.5	43.5	39	8	78	24	48	1152
44 52	3	0.06	6.00	43.5	52.5	48	11	144	15	45	675
53 61	10	0.2	20.00	52.5	61.5	57	21	570	6	60	360
62 70	8	0.16	16.00	61.5	70.5	66	29	528	3	24	72
71 79	11	0.22	22.00	70.5	79.5	75	40	825	12	132	1584
80 88	6	0.12	12.00	79.5	88.5	84	46	504	21	126	2646
89 97	4	0.08	8.00	88.5	97.5	93	50	372	30	120	3600
	50	1	100					3129		825	22509

Fuente: Trabajo de campo, (2014)

$$\sigma = \sqrt{\frac{\sum f \cdot x'^2}{N}}$$

$$\sigma = \sqrt{\frac{22509}{50}}$$

$$\sigma = 21.22$$

Significación y fiabilidad de la media aritmética de afecto negativo

Significación

$$N.C. = 99\% = 2.58$$

Error típico

$$\sigma_{x1} = \frac{\sigma}{\sqrt{N-1}}$$

$$\sigma_{x1} = \frac{12.33}{\sqrt{50-1}}$$

$$\sigma_{x1} = \frac{12.33}{7}$$

$$\sigma_{x1} = 1.7614$$

$$E = 2.58 * 1.76$$

$$E = 4.54$$

$$Li = 64 - 4.54 = 59.46$$

$$Ls = 64 + 4.54 = 68.54$$

Significación y fiabilidad de la media aritmética de depresión en niños

$$N.C. = 99\% = 2.58$$

$$\sigma_{x2} = \frac{\sigma}{\sqrt{N-1}}$$

$$\sigma_{x2} = \frac{21.22}{\sqrt{50-1}}$$

$$\sigma_{x2} = \frac{21.22}{7}$$

$$\sigma_{x2} = 0.4244$$

$$E = 2.58 * 0.42$$

$$E = 1.0836$$

$$Li = 63 - 1.08 = 61.92$$

$$Ls = 63 + 1.08 = 64.08$$

$$\sigma_d = \sqrt{\sigma_{x1}^2 + \sigma_{x2}^2 - 2r(\sigma_{x1} * \sigma_{x2})}$$

$$\sigma_d = \sqrt{1.76^2 + 0.42^2 - 0.16(1.76 * 0.42)}$$

$$\sigma_d = \sqrt{3.10 + 0.18 - 0.16 * 0.74}$$

$$\sigma_d = \sqrt{3.28 - 0.12}$$

$$\sigma_d = \sqrt{3.16}$$

$$\sigma_d = 1.78$$

$$Rc = \frac{d}{\sigma_d}$$

$$Rc = \frac{1}{1.78}$$

$$Rc = 0.56$$

Anexo 3







Escala de likert de afecto negativo

Boleta de Opinión









Indicaciones











Por favor responde colocando una “x” según te sientes. Esta boleta es confidencial.












Ejemplo

			 Nunca	 Pocas Veces	 Algunas veces	 Muchas Veces	 Siempre
1.	 sleep	Soy dormilón				X	

Boleta

			 Nunca (1)	 Pocas Veces (2)	 Algunas veces (3)	 Muchas Veces (4)	 Siempre (5)
1.		Peleo con los niños de la casa					
2.		Pienso que las personas me piden que haga muchas cosas.					
3.		Me siento enojado					

			 Nunca (1)	 Pocas Veces (2)	 Algunas veces (3)	 Muchas Veces (4)	 Siempre (5)
4.		Me he sentido muy solo o alejado de los demás					
5.		Me siento culpable					
6.		Me siento inseguro del futuro					
7.		Me cuesta hacer amigos en la casa					
8.		Los demás piensan que soy miedoso					

			 Nunca (1)	 Pocas Veces (2)	 Algunas veces (3)	 Muchas Veces (4)	 Siempre (5)
9.		Las cosas me salen mal					
10.		Siento vergüenza					
11.		Me aburro con facilidad					
12.		Me siento triste					
13.		Tengo celos de los demás niños					
14.		Evito hablar con otras personas					

Cuadro No. 11

Indicadores de la escala de likert de afecto negativo		
Preguntas	Elementos	Párrafos
1. Peleo con los niños de la casa	Rivalidad, dificultades de relación	Neurosis, <u>irritabilidad</u> , hostilidad, preocupación, elementos psicosociales que incluyen <u>soledad, dificultades de relación personal</u> y por último estados psicopatológicos que contienen malestar emocional, <u>ansiedad</u> y <u>depresión</u> . Una dimensión emocional displacentera que se manifiesta por <u>miedos</u> , inhibiciones, <u>inseguridades</u> , <u>frustraciones</u> y <u>fracaso</u> . Según Morris y Maisto (2005) las personas con alto afecto negativo suelen experimentar desinterés, <u>aburrimiento</u> , <u>tristeza</u> , culpa, angustia, <u>vergüenza</u> y <u>envidia</u> .
2. Pienso que las personas me piden que haga muchas cosas.	Ansiedad, estrés	
3.Me siento enojado	Irritabilidad	
4. Me he sentido muy solo o alejado de los demás	elementos psicosociales que incluyen soledad	
5.Me siento culpable	Culpa	
6. Me siento inseguro del futuro	Inseguridad propia	
7. Me cuesta hacer amigos en la casa	dificultades de relación personal	
8.Los demás piensan que soy miedoso	por miedos	
9.Las cosas me salen mal	frustraciones y fracaso	
10.Siento vergüenza	Vergüenza	
11.Me siento triste	Tristeza	
12.Me aburro con facilidad	Aburrimiento	
13. Tengo celos de los demás niños	Envidia, celos	
14.Evito hablar con otras personas	Inhibición	

Fuente: Morris y Maisto (2005)

Anexo 4

Registro anecdótico

Fecha	Lugar	Descripción del acto	Interpretación
16/09/2014	Comedor de Casa de Asistencia a Niños de la Calle "CANICA", de la cabecera departamental de San Marcos.	<p>Primer día de evaluación, iniciado a las 15:00 hrs y culminado a las 18:00 hrs. Se realizó una pequeña introducción con las autoridades correspondientes y luego con un listado oficial se emprendió el trabajo con los niños, re constituyó grupos preferentemente de 5 integrantes, a los cuales se les pasó la prueba CDN para valorar la depresión y la boleta de opinión de afecto negativo.</p> <p>Se dio las instrucciones y empezó el proceso. Los niños mostraron actitudes colaboradoras y participativas en todo momento. Se aclararon dudas en el transcurso.</p> <p>Durante el trabajo se encontró con varios agentes externos femeninos que visitaban el lugar, que se les identificaba como parte de una iglesia protestante a la</p>	<p>Al parecer los niños a parte de los cuidadores oficiales que velan por ciertas necesidades materiales de los niños, también son asistidos por lo que llamaremos agentes externos, que dentro de sus actividades de índole social, visitan frecuentemente el lugar, a diferencia de otros visitantes que llegan de otras entidades como colegios, estas personas van regularmente, son conocidos por los niños, por lo que el trato es diferente, los ayudan con sus tareas escolares y se involucran en la vida de los niños.</p> <p>También se encontró una gran influencia religiosa con el devocional que se realiza en la mañana y en la tarde, lo que puede ser un apoyo emocional en los niños.</p>

		<p>cual asistían los niños todos los sábados y domingos, además que los niños mayores de 10 a 13 años tenían un grupo de infantil los miércoles y viernes.</p> <p>La evaluación por grupo se dio sin dificultad alguna y finalizó a las seis de la tarde, momento en que los niños tenían un devocional religioso.</p> <p>Ese día se pudo recaudar la información de tres grupos de cinco niños.</p>	
17/09/2014	<p>Cuarto de estudios de Casa de Asistencia a Niños de la Calle “CANICA”, de la cabecera departamental de San Marcos.</p>	<p>Hoy se asistió a las 14:00, después de que terminaran de almorzar. Los niños por razones del feriado de la feria no tenían tareas académicas que realizar.</p> <p>Se trabajó con tres grupos conformados por cinco niños, sin embargo la dinámica cambió un poco ya que se realizó una evaluación individualmente debido a las dificultades para leer, por lo tanto fue un total de 16 niños.</p> <p>Durante el transcurso de la prueba de depresión los</p>	<p>La impresión de este día es que factores religiosos no fueron considerados dentro de la investigación y forman parte de la concepción de la vida de los niños, además que se considera que la veracidad de las respuestas puede limitarse ante la educación religiosa que reciben los niños y el fuerte impacto que ha tenido en ellos. Ya que el Cuestionario CDN es muy directivo en la forma que plantea sus preguntas lo que</p>

		<p>comentarios de los niños fueron significativos como: <i>“No puedo pensar en la muerte porque va en contra de Dios”</i>; <i>“Dios no quisiera que me hiciera heridas”</i>; <i>“Dios nunca nos quiere ver tristes, porque llorar”</i>. Notas como las anteriores fueron expuestas por los niños y son importantes dentro de la investigación.</p> <p>El trabajo de campo culminó a las 18:00 para dar paso al devocional de la tarde.</p>	<p>puede crear conflictos en los niños sobre el pecado y aspectos que no pueden considerarse en entes como Dios. Además se le podría atribuir que son fuente de esperanza y seguridad en los niños ante su dinámica familiar dentro de una casa hogar.</p>
18/09/2014	<p>Cuarto de estudios de Casa de Asistencia a Niños de la Calle “CANICA”, de la cabecera departamental de San Marcos.</p>	<p>Este día debido a tareas escolares el tiempo utilizado fue más corto que días anteriores. Se inició a las 16:00 y se culminó a las 18:05 por respeto al devocional vespertino.</p> <p>Se evaluó a cuatro niños, los cuales tenían dificultades de lectura, lo que no permitió realizar más pruebas. Hoy también se encontró la presencia de agentes externos de la iglesia mencionada, tanto hombres como mujeres que ayudaban en los deberes</p>	<p>Se fortalece las opiniones que los niños reciben un acompañamiento personal y afectuoso por parte de personas ajenas a la institución que realizan roles específicos e importantes en la vida de los niños.</p>

		escolares y en unas manualidades para la iglesia.	
20/09/2014	Comedor de Casa de Asistencia a Niños de la Calle "CANICA", de la cabecera departamental de San Marcos.	El día de hoy se inició a las 9:30 y finalizó a las 12:40 de la mañana. En donde se evaluó a doce niños. El trabajo de campo se realizó sin problemas ni dificultades. Hoy al finalizar se observó la preparación de una actividad religiosa sobre una obra teatral basada en la biblia. El decorado de la escenografía inicio a colocarse cuando se culminó el proceso.	Actividades recreativas religiosas fomentan un modo de vida que resguarda en cierta medida las dificultades que poseen los niños.
21/09/2014	Área recreativa de Casa de Asistencia a Niños de la Calle "CANICA", de la cabecera departamental de San Marcos.	Se realizó un cierre de la actividad. Se terminó el proceso con la evaluación de los tres niños y luego se repartió una bolsa con dulces y entre las actividades lúdicas se jugó con los niños.	Durante todo el trabajo de campo hubo participación de los sujetos de estudio, además del interés de los agentes externos por los resultados. El cual se quiso finalizar de una manera dinámica y entretenida para los niños de casa hogar.

Fuente: Investigación de campo (2014)