UNIVERSIDAD DEL AZUAY

# FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN

## ESCUELA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

"Consecuencias emocionales derivadas del colecho en niños de 3 a 5 años"

Trabajo de graduación previo a la obtención del título de Psicóloga Clínica


Autoras:

**María Gabriela Camacho Game**

**Ana Carolina Guzmán Vega**

Directora:

**Dra. Ana Lucía Pacurucu Pacurucu**


**Cuenca – Ecuador**

**2019**

# INDICE

## *CONSECUENCIAS EMOCIONALES DERIVADAS DEL COLECHO EN NIÑOS DE 3 A 5 AÑOS*


**RESUMEN** ..... **3**

**INTRODUCCIÓN** ..... **4**

**CAPITULO I** ..... **7**

*Desarrollo evolutivo del niño de 3 a 5 años: Primera infancia* ..... *7*
1.1 Desarrollo físico ..... 8
1.2 Desarrollo cognitivo ..... 9
1.3 Desarrollo psicológico ..... 11
1.4 Desarrollo emocional ..... 14
1.5 Desarrollo psicosexual ..... 18

*Papel de los padres y estilos de crianza* ..... *26*
Otros estilos de crianza ..... 31

**CAPITULO II** ..... **33**

**PATRONES DEL SUEÑO** ..... **33**
*2.1.1 Biología del sueño* ..... *33*
*2.1.2 La importancia del sueño* ..... *35*
*2.1.3 Higiene del sueño en niños* ..... *36*

**TRASTORNOS DEL SUEÑO (DSM - V)** ..... **38**
*2.2.1 Niños que les cuesta dormirse* ..... *39*
*2.2.2 Niños que hacen "cosas raras" las noches* ..... *41*
*2.2.3 Niños que duermen durante el día* ..... *42*

**ALTERACIONES EMOCIONALES** ..... **43**
**COLECHO** ..... **47**

**CAPÍTULO III** ..... **53**

**METODOLOGÍA** ..... **53**
*3.1 Muestra* ..... *53*
*3.2 Instrumentos* ..... *54*
3.2.1 Encuesta ..... 55
3.2.2 Children´s Apperception Test (CAT) ..... 55
3.2.3 Child Behaviour Check List 1 ½ -5 (CBCL 1 ½ -5) ..... 58

*3.3 Procedimiento* ..... *60*
*3.4 Análisis de resultados* ..... *62*
3.4.1. Análisis cuantitativo del Children´s Apperception Test (CAT) ..... 66
3.4.2 Análisis cuantitativo del Child Behaviour Check List 1 ½ -5 (CBCL 1 ½ -5) ... 69
*Discusión* ..... *76*
*Conclusiones* ..... *78*
*Recomendaciones* ..... *80*

**BIBLIOGRAFÍA ..... 82**

**ANEXOS ..... 91**

# RESUMEN

El objetivo de este estudio fue identificar las consecuencias emocionales que se dan por la práctica del colecho, para lo cual se utilizó principalmente el CAT *Children Aperceptive Test,* que es un método proyectivo que permite al sujeto proyectar sus pensamientos, emociones, sentimientos y conflictos internos hacia el mundo exterior, además facilita la compresión de la relación del niño con figuras pares y parentales.

Los resultados reflejaron que los motivos principales por los cuales los padres practican colecho es la necesidad de compañía, por hábito y por seguridad; también se identificaron conflictos emocionales como tristeza, temor, ira, extraagresión e intraagresión, ansiedad, sentimientos de soledad y conflictos de escisión entre amor y odio frente a las figuras parentales. Por último, se encontró que la práctica de colecho no garantiza una sensación de afecto positivo en el niño.

**Palabras clave:** colecho, emociones, niños, padres, afecto, relaciones paterno-filiales.

# ABSTRACT

The objective of this study was to identify the emotional consequences that happen due to the practice of co-sleeping. The CAT Children Aperceptive Test was used, this is a projective method that allows the subject to project their thoughts, emotions, feelings and internal conflicts towards the outside world. In addition, it facilitates the understanding of the child's relationship with peer and parental figures. The results showed that the main reasons why parents practice co-sleeping were the need for company, habit and safety. Emotional conflicts such as sadness, fear, anger, extra-aggression, intra-aggression, anxiety, feelings of loneliness and conflicts of excision between love and hate towards the parental figures were also identified. Finally, it was found that the practice of co-sleeping did not guarantee a positive feeling of affection in the child.

**Keywords:** co-sleeping, emotions, children, parents, affection, parent-child relationships.

UNIVERSIDAD DEL AZUAY
Dpto. Idiomas

Translated by

Ing. Paúl Arpi

# CONSECUENCIAS EMOCIONALES DERIVADAS DEL COLECHO EN NIÑOS DE 3 A 5

**Introducción. _**

Esta investigación tiene el objetivo de investigar las consecuencias emocionales que se derivan del colecho. El colecho es una práctica en la que los bebés duermen con uno o los dos progenitores (Unicef, 2014). También se define al colecho como el acto que promueve que los niños duerman en la misma cama que sus padres (Perez, 2016).

Actualmente el colecho es un tema bastante debatido por los profesionales de la salud; existen diversas opiniones que pueden llevar a pensar que puede ser positivo en ciertos casos y negativo en otros. El colecho podría ser uno de los causantes de diversas modificaciones o alteraciones en el desarrollo emocional de los niños, especialmente en las edades de tres a cinco años, segunda infancia, donde su actuar y sentir está sujeto a los cambios del medio ambiente y a los cambios generados por los progenitores.

Por estas razones es importante determinar de manera más precisa, las alteraciones emocionales que pueden experimentar los niños como consecuencia del colecho; de manera que los resultados de la presente investigación propongan nuevas recomendaciones para quienes intervienen en la asesoría a padres de familia y terapia familiar.

Las estadísticas muestran que, en Australia, los bebés comparten la cama con sus padres en 80% de los casos hasta los 6 o 12 meses de vida (Australian Breastfeeding Association, 2014).

Un estudio realizado en New Orleans en una población urbana llego a la conclusión de que el colecho está considerado como aceptable por un 65% de los encuestados, también se determinó que este fenómeno está relacionado a padres solteros, nivel de educación secundaria o más baja y pocos cuartos para dormir en las casas (Weimer SM, 2002).

En cuanto al desarrollo emocional de los niños en la primera infancia, se presentan las emociones básicas: alegría, tristeza, temor, ira y desagrado. En esta etapa los niños son capaces de diferenciar e identificar las emociones básicas; sin embargo, experimentan dificultad cuando experimentan emociones contrarias ante un mismo suceso, lugar o persona; es decir no son capaces de conceptualizar emociones ambivalentes.

En el área psicológica, Freud, mencionan que el colecho puede resultar perjudicial para el desarrollo psicosexual, ya que, la exposición a la desnudez parental y la escena primaria genera graves daños en el desarrollo de la identidad sexual (Bakermans-Kranenburg, 2016). Margaret Mahler explica la existencia de un "nacimiento psicológico del infante humano", en el cual afirma que el estado de fusión simbiótica con la madre debe ser superado y dar paso a la constitución de una imagen corporal propia, una independencia y autonomía permitiendo que el niño pueda funcionar alejado de su madre (Mahler, 1971). Por último, Winnicott habla de la necesidad de que la madre genere desilusiones a través de fallas de adaptación, para que el niño perciba la diferenciación entre él y la madre y poco a poco vaya entrando en contacto con su realidad y subjetividad. Para esto es necesario la presencia de cierta frustración en el niño porque se lo capacita para afrontar el mundo (Emmerich, 2015) (Winnicott, 1972).

En esta investigación se busca identificar las consecuencias emocionales del colecho en los niños de 3 a 5 años. El instrumento principal de evaluación será el CAT (Children Apperception

Test), el cual permite comprender la relación del niño con figuras y pulsiones importantes, su percepción y actitud hacia las figuras parentales, complejo de Edipo, agresión tanto interior como exterior, relaciones interpersonales, pulsiones y defensas del niño. Mide la conducta aperceptiva que se ocupa de qué se ve o se piensa, a diferencia de un análisis de la conducta expresiva que se ocupa de cómo se ve y se piensa (Bellak & Abrams, T.A.T., C.A.T. Y S.A.T.: Uso clínico, 2000); por esto este test no necesariamente medirá conductas visibles, pero si analiza como los niños interpretan ciertas situaciones de su vida, las cuales se van grabando en el aparato psíquico del sujeto, para luego ser utilizados en la vida adulta.

Mediante este instrumento se pretende entender la estructura del niño, sus defensas y sus modos dinámicos de reacción ante sus problemas y el manejo de los mismos (Bellak & Abrams, 2000). Este test nos va permitir tener un acercamiento y una percepción del área emocional de los niños, una de las características principales de los test proyectivos.

Este estudio tendrá tres partes; el primer capítulo incluirá el desarrollo evolutivo de los niños de los tres a los cinco años en el área física, cognitiva, psicológica, psicosexual y emocional, la influencia de los padres y estilo de crianza en esta etapa. En el segundo capítulo se describirán los patrones de sueño, trastornos de sueño que incluye el DSM-5, las alteraciones emocionales que pueden darse en este período y el colecho como fenómeno actual en la vida de los niños. Por último, en el tercer capítulo se dará a conocer la metodología del estudio: muestra, instrumentos, procedimiento, resultados, discusión, conclusiones y recomendaciones finales en base a los resultados obtenidos.

# CAPITULO I
# Desarrollo del la Primera Infancia: 3 a 5 años

*"Las mentes creativas son conocidas por ser capaces de sobrevivir a cualquier clase de mal entrenamiento".*

*Anna Freud*

En este capítulo es importante conceptualizar a la primera infancia, según la UNESCO es un periodo que va del nacimiento a los ocho años de edad, y constituye un momento único donde existe un desarrollo notable en los niños y donde reciben una gran influencia de sus entornos y contextos (UNESCO, 2018).

Es importante definir al término desarrollo, que proviene de la noción occidental de progreso o crecimiento (Pérez, 2015), este desarrollo va a darse en diferentes ámbitos de la vida y estará influenciado por factores genéticos, ambientales, sociales, emocionales y culturales los cuales se interrelacionan de una forma dinámica y marcan de manera significativa el potencial del crecimiento y desarrollo (Universidad de Granada, 2017). El desarrollo es un proceso continuo y progresivo, es decir que se va dando en un orden secuencial donde no es posible que se salten etapas, ya que sin este orden cronológico no es posible llegar a los siguientes hitos de manera adecuada, pudiendo ocasionar problemas en las distintas esferas del desarrollo.

## 1. Desarrollo evolutivo del niño de 3 a 5 años: Primera infancia

La primera infancia es una etapa crucial en la vida de todo ser humano, donde varias de las habilidades y destrezas necesarias para la vida se adquieren. Durante este período los niños

experimentan varios cambios tanto a nivel físico, como psicológico y sexual, por ello, lo que se sucede en esta etapa marcará fuertemente los rasgos de personalidad y capacidad de afrontamiento de los individuos.

El desarrollo humano está compuesto por varias áreas las cuales tienen sus propias características y utilidades, por ello empezaremos con el desarrollo físico.

### 1.1 Desarrollo físico

El desarrollo físico va depender mucho de la parte genética, como el desarrollo en general, sin embargo, en este ámbito va a verse claramente afectado por factores como la condición socioeconómica, nutrición, enfermedades infantiles y estilos de crianza de la familia. El desarrollo puede predecirse gracias a la existencia de la adquisición de conductas por medio del ensayo-error, conforme pasan los años los niños van desarrollando nuevas habilidades típicas y características de cada momento que viven (Camargo, 2010).

Además, es importante considerar la famosa ley de irreversibilidad en el desarrollo, es decir, que a no ser que se presente algún tipo de trastorno o enfermedad, las habilidades se mantienen con el paso del tiempo; también existe un ley de adaptabilidad, las habilidades se van emparejando, esto quiere decir que en un momento dado hay ciertas habilidades que se adaptan conforme se adquieren nuevas como por el ejemplo el gateo, no desaparece pero se reemplaza por la habilidad de caminar (Runiahue, 2012).

El cerebro tiene gran influencia en el desarrollo físico al ser el órgano que controla aspectos como la coordinación, el equilibrio; y el córtex que controla las funciones voluntarias, es decir es el encargado de guiar nuestras acciones (National Geographic, 2011).

El desarrollo físico son aquellos cambios corporales sobre todo en altura y peso que experimenta el ser humano, entre esto se destaca el desarrollo cerebral, muscular y óseo (Gomez, 2016).

Los aspectos más relevantes entre los tres y cuatro años de edad en cuanto al desarrollo físico es la progresiva ganancia de equilibrio, mayor habilidad manual, aparición de gestos diferenciados y perfeccionamiento de la coordinación ojo-mano. Además, a esta edad los niños pueden coordinar actividades como correr, saltar, bailar y lanzar objetos; la motricidad fina también mejora, se da mayor precisión, lo que les permite pintar, garabatear, hacer torres con bloques, recortar, comer solos, vestirse con supervisión, entre otras (Uriz, 2011).

A los cinco años los niños ya caminan perfectamente, se consigue casi totalmente, el dominio del cuerpo, se refuerza la lateralidad, es decir, si son zurdos o diestros. Las actividades manuales se vuelven mucho más precisas, lo que ayudará más adelante para el proceso de la escritura (Uriz, 2011). Crecen aproximadamente de cuatro a cinco centímetros desde que cumplen cuatro años, a parte, también su peso aumenta de un kilogramo y medio a dos. El control de esfínteres debe estar ya desarrollado, aunque es posible que aún mojen la cama de vez en cuando (Healthwise, 2018), no obstante, es necesario averiguar el motivo por el cual lo está haciendo, ya que puede deberse a un problema emocional de índole psicológica que puede estar siendo ocasionado por alguna situación en particular.

### 1.2 Desarrollo cognitivo

El desarrollo cognitivo, es un proceso psicofisiológico por medio del cual se recibe información del medio exterior y se procesa para dar una respuesta, es decir son todas aquellas funciones cerebrales que permiten las reacciones sensoriales, pensamiento y conciencia.

En esta área intervienen la percepción, la memoria, el razonamiento y la reflexión (UPAEP, s.f.) La percepción es el conjunto de procesos relacionados con la estimulación por medio de la cual obtenemos información del medio, como actuamos dentro de el y nuestros propios estados internos. Se dice que este es un fenómeno biocultural ya que dependerá de los estímulos físicos, de las sensaciones involucradas y por otro lado del esquema selectivo y organizacional de estos estímulos y sensaciones (Vargas, 1994). Por esta razón está área jugará un papel muy importante en la comprensión del medio que puede llegar a tener una persona.

Por otro lado, está la memoria, que se define como la persistencia del aprendizaje a través del tiempo mediante el almacenamiento y recuperación de la información (Universidad de Alicante, 2009), la memoria será la encargada de mantener los esquemas de procesamiento de acuerdo a lo que los individuos van aprendiendo conforme pasa el tiempo.

Por último, está el razonamiento por medio del cual se realizan las inferencias sobre lo que va ocurriendo y permite llegar a conclusiones específicas; y también la reflexión la cual a través de la meditación va a dar paso a la valoración de las distintas ideas, pensamientos, emociones y acciones (UPAEP, s.f.).

Piaget en 1969 habló de la existencia de cuatro etapas por los cuales los niños a traviesan a nivel cognitivo: sensoriomotora, preoperacional, operacional y formal; estas etapas según el autor, son secuenciales e invariables. La etapa correspondiente a los niños de la investigación es la etapa preoperacional.

En esta etapa el aprendizaje se vuelve más acumulativo y ya no es tan necesaria la percepción inmediata y la experiencia concreta, el niño es capaz de retener imágenes en su memoria y resuelven tareas de forma secuencial, piensan de manera lógica usando esquemas cognitivos

formados por medio de la experiencia previa, poco a poco identifica relaciones de causa y efecto; por lo que se empieza a instaurar el concepto de "consecuencia" frente a determinadas acciones.

Aunque han avanzado a nivel cognitivo los niños en esta etapa aún no logran dejar el egocentrismo, tienden a pensar que todos piensan como ellos. Presentan limitaciones en cuanto a la comprensión de reglas sociales y la justicia; también al no estar tan desarrollados y ser aun muy egocéntricos su capacidad de juego y el trabajo en grupo les genera dificultades a nivel social y relacional. Tampoco les es posible distinguir claramente los aspectos variables e invariables del ambiente (UNID, s.f.).

Los niños pre-operacionales usan mucho el juego simbólico, imitan lo que ven los adultos, es típico en esta edad ver a niños jugando a "la casita" desempeñando roles de padre y madre, o distintas profesiones como bomberos, policía, etc. En esta etapa no se dan cuenta de las transformaciones de una persona u objeto, son bastante literales, perciben lo que ven y el lenguaje es un área fundamental ya que dará mayor diversidad y riqueza a los juegos (Uriz, 2011).

### 1.3 Desarrollo psicológico

Una de las dimensiones que también es importante recalcar en está etapa, es el desarrollo psicológico. Ramos menciona en su artículo que el ser humano es un ser biopsicosocial, basándose en la teoría de George Engel, psiquiatra estadounidense, donde se explica que es necesario entender al hombre desde una perspectiva holística, abarcando todas las áreas que lo marcan ya que tanto la biología, como la percepción y la sociedad influenciarán en el desarrollo

del mismo (Engel, 1977). Dentro del área psicológica se abarcan aspectos como las emociones y el área psicosexual las cuales describiremos más adelante.

Según Erick Erickson, durante esta etapa los niños atraviesan una crisis conocida como iniciativa vs. culpa, el término crisis en este caso se refiere a evento vital normativo, es decir estás crisis permiten que el niño al momento de a travesarlas concluya superándolas con un enlace exitoso permitiendo la adquisición de nuevas habilidades, o por el contrario cuando el desenlace es negativo puede generarse estancamientos en el desarrollo los cuales puede provocar enfermedades físicas o psicológicas (CUVA.UTA.CL, 2015). En este momento del desarrollo el niño busca equilibrar sus impulsos por alcanzar ciertas metas con las normas morales que pueden impedir que las logre (Papalia, 2009); tomando en cuenta esto podemos decir que la sociedad, la crianza y la cultura, cada una con su bagaje de normas y costumbres características influenciarán claramente en el desarrollo psicológico del niño. Si los niños resuelven adecuadamente este conflicto lograrán ser activos y desarrollaran el sentido del propósito en la vida; si la crisis no se resuelve, o no transcurre de forma positiva el resultado será un niño inseguro incapaz de tomar decisiones, temeroso y con un constante sentimiento de culpa en todo lo que realiza (Engler, 1999).

Otro aspecto en el ámbito psicológico que es importante definir es el autoconcepto, que es la imagen que tiene el individuo de sí mismo, la cual se va construyendo a partir de las experiencias vividas como por ejemplo los logros y la conducta social en todas las facetas que integran nuestra vida (Romo, 2008). Durante esta etapa el autoconcepto es importante ya que entre los tres y cinco años se irán implantando conceptos, normas y experiencias que formarán y afectarán el autoconcepto y la autoestima del sujeto.

La autoestima también es importante ya que esta definirá la valía del yo, es la parte evaluativa del autoconcepto, la cual tiene su principio en la capacidad cognitiva que se tiene para describirse y definirse. En el transcurso de este hito del desarrollo la autoestima será muy importante ya que una autoestima positiva permitirá obtener la sensación de logro, la capacidad de realizar distintas actividades, probar nuevas estrategias y vivir nuevas experiencias, mientras que una autoestima negativa anulará esta capacidad y los niños se percibirán como malos y fracasados impidiendo así su capacidad exploratoria y disminuyendo su grado de aprendizaje y desarrollo (Papalia, 2009).

La primera infancia está caracterizada principalmente por el juego. Este fenómeno como explica Jane West en su libro terapia de juego centrada en el niño, el juego para el niño es el equivalente al lenguaje para el adulto (Axline, 1969), a través del juego el niño se manifiesta, expresa sus ideas, sus problemas, experimenta, aprende y le permite crecer tanto a nivel físico, como emocional, cognoscitivo y social. El juego se desempeña como una función vital para el desarrollo saludable de los niños (West, 1996). Es importante profundizar sobre la acción del juego en los niños, ya que el test aplicado (CAT) puede ser considerado un tipo de juego dramático, donde se relatan historias con personajes ficticios y donde el uso de la imaginación es elemental, dando como resultado una catarsis a nivel inconsciente que nos permite indagar sobre la realidad que experimenta el niño en su ámbito social, emocional y relacional.

El juego contribuye a todos los dominios del desarrollo, y es importante que este juego sea libre, es decir que el niño se capaz de elaborar sus propios esquemas de juego, utilizar su imaginación la cual le permitirá no solo desarrollar nuevas habilidades sino resolver eficazmente los problemas; durante está etapa el entrenamiento de solución de problemas es clave para el adecuado funcionamiento en el futuro. Incluso el tipo de juego tendrá repercusión

en las distintas áreas que componen al hombre; se han realizado dos clasificaciones en cuanto al tipo de juego, una por complejidad cognitiva y otra por dimensión social.

Los niveles cognitivos del juego son: funcional, constructivo, dramático y formal.

El juego funcional o juego locomotor, hace referencia al nivel cognitivo más bajo donde se dan movimientos musculares repetitivos, este juego le permite al niño practicar y desarrollar sus capacidades físicas, además de explorar el mundo que lo rodea. El segundo nivel de juego es el constructivo, el cual introduce al sujeto a la capacidad creativa, sus juegos ya no solo darán como resultado la exploración sino la creación, el niño se ve y describe a sí mismo como el creador. El tercer nivel es el juego dramático, este es un tipo de juego simbólico, a través del juego dramático el niño es capaz de expresarse en distintas áreas tanto a nivel físico, creativo y social. Encuentra satisfacción en las relaciones que se generan a través del juego con el mundo adulto, esta relación le permite reconocer el mundo objetivo, pero al mismo tiempo le posibilita sustituir ciertas situaciones por medio de la imaginación para satisfacer sus necesidades y deseos personales. Este tipo de juego aporta increíblemente al desarrollo social del niño porque le deja ser al mismo tiempo actor, observador y participante del medio en el que se desenvuelve. El último nivel es el juego con reglas o formal, el cual es considerado el nivel más alto al que se puede llegar, el niño aprende a aceptar reglas previamente organizadas y se ajusta a ellas; para este momento han aprendido a controlar su comportamiento, acciones, reacciones y es capaz de respetar límites. Este es el principio de juego que tiende a acompañarnos hasta nuestra vida adulta (Smilansky, 1968).

### 1.4 Desarrollo emocional

Las emociones según Daniel Goleman, son en esencia, el impulso que nos lleva a actuar, son programas de reacción automática que nos ha dotado la evolución. La palabra emoción

proviene del latín moveré, que significa moverse con el prefijo “e-”, que quiere decir moverse hacia, sugiriendo de este modo que en toda emoción existe de forma implícita una tendencia a la acción (Goleman, 1996).

Las emociones constan de tres elementos principales de naturaleza neurofisiológica, cognitiva y de comportamiento. Los aspectos neurobiológicos tienen que ver con la función de la respuesta y pueden manifestarse con sudoración, alteración de respiración, acaloramientos, etc. Estas están fuera de nuestro control. El segundo componente, el cognitivo es la manera como procesamos y valoramos la experiencia vivida, es decir como catalogamos a dicha vivencia. Y por último el área comportamental que es la información sobre el tipo de emoción que estamos a travesando como las expresiones faciales, el lenguaje verbal y no verbal (Enríquez, 2011).

Cada emoción, desempeña un papel único en nuestro repertorio emocional; en un sentido muy real en cada ser humano existe la presencia de dos mentes una que piensa y otra que siente y estás dos formas tan necesarias de conocimiento interactúan de forma dinámica para construir la vida mental y guiar al hombre a través del mundo y sus experiencias. En cierto punto estas mentes deben llegar a un equilibrio, la mente emocional alimenta y da forma a las operaciones de la mente racional; y la mente racional, se encarga de analizar y mesurar las entradas procedentes de las emociones (Goleman, 1996).

Las tres funciones principales de las emociones, según Reevé son una función adaptativa, la cual permitirá la adecuación del individuo al medio donde vive, incluso en caso de ser necesaria la huida en caso de peligro; la segunda función es la motivacional, la cual se encarga de generar el impulso para llevarnos a la acción y decisión y por último la función social, que es la que va

permitir la comunicación de nuestros sentimientos y la socialización con los demás (Reevé, 1994).

El cuadro emocional de los niños de tres a cinco años consiste en la presencia de las cinco emociones básicas que tienen los seres humanos: alegría, tristeza, ira, miedo y desagrado. Cada una de ellas se manifiesta de formas distintas a nivel biológico y psicológico, incluso su repercusión a nivel físico es único y característico. Hay que considerar también que las emocionas varían de acuerdo a la edad de quien las experimentan, por ejemplo, la ira no es la misma que experimenta un bebe de un año a un adulto de cuarenta años; las circunstancias que nos rodean y la forma de crianza también va a influenciar claramente en como expresamos y manejamos las emociones. Por ello se habla de la necesidad de una educación emocional. En el caso de los niños la presencia de los adultos es fundamental, ya que son ellos, quienes son los responsables de guiar y hacer que los niños comprendan y puedan expresar adecuadamente sus emociones. (Aresté, 2015)

De los cero a seis años, etapa en la que se encuentran los niños de este estudio, es muy importante para el desarrollo emocional, ya que durante este tiempo están presentes los miedos y las ansiedades generadas por los adultos, entorno y pares; lo cual puede llevar a ocasionar frustraciones (Chías, 2009) si no se forma adecuadamente al niño, dándole las herramientas adecuadas para identificar y regular cada una de estas desbordantes emociones.

En primera infancia los niños se ven inmersos en emociones sociales, porque van a depender mucho de su entorno, ya que en estas edades el niño empieza a relacionarse con adultos y pares al asistir a la escuela.

Los infantes de esta etapa presentas emociones intensas, frecuentes y sus expresiones son rápidas y cambiantes. Las emociones pueden ser detectadas a través de la conducta de los niños, además los niños son capaces de percibir mucho más las expresiones no verbales que las verbales de los adultos. (Aresté, 2015)

La capacidad para comprender y regular las emociones es un avance característico de la segunda infancia; incluso son sensibles a las emociones de los otros. Esta capacidad de autorregulación permite que el control de la conducta sea posible. Además, son capaces de identificar sus emociones, hablar sobre ellas y comprender que éstas están relacionadas a experiencias y deseos (Papalia, 2009).

A pesar de lograr comprender las distintas emociones aún no son capaces de conceptualizar la ambivalencia, es decir no conciben la idea de poder experimentar dos tipos de emociones contrarias al mismo tiempo frente a una misma situación o persona. Utilizan la escisión como mecanismo de defensa, es decir van a asimilar un objeto, persona o circunstancia como completamente buena o completamente mala (Karka, 2015); por ejemplo cuando la madre reprende a su hija por gritarle a su hermano menor, la niña responderá seguramente con un "eres mala" y en es momento la niña no puede imaginar a su amorosa madre.

Otro ítem del área emocional es la parte afectiva, a esta edad los niños muestran grandes deseos de agradar y colaborar, aunque hay momentos en que pueden oponerse a los adultos, esto no es más que un intento de marcar diferencias de los demás y buscar su propia identidad. También tienden a llamar la atención sobre sus logros, les gusta mostrarse y se muestran seductores frente a los adultos y buscan imitarlos constantemente. Suelen ser serviciales y buscan que los aprecien, si bien ya logran cierta autonomía aún son muy dependientes (Uriz, 2011).

### 1.5 Desarrollo psicosexual

A diferencia de la errada creencia de que los niños no poseen sexualidad o ésta se limita al inicio de la pubertad hasta la vida adulta, la sexualidad esta presente en la infancia. Para esto es importante aclarar que la sexualidad no se refiere únicamente al sexo, la sexualidad según la OMS, Organización Mundial de la Salud, *"es un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida. Abarca el sexo, género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. La sexualidad se vivencia y expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas y relaciones interpersonales. Va a estar influenciada por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales."* (Benetti, 2011).

Según este concepto la sexualidad es inherente al hombre por eso, hablamos de la existencia de una sexualidad desde el momento de la concepción. Durante la edad de tres a cinco años en el área sexual, los niños tienden a explorar y tocar sus genitales, frotan sus partes privadas con la mano o con objetos, muestran sus genitales a otras personas y encuentran satisfacción en estar desnudos. Tienen curiosidad por mirar a otras personas desnudas y preguntan sobre las funciones de su cuerpo; todo esto como resultado de la curiosidad sexual que surge en esta etapa (Gama, 2015).

Uno de los primeros autores que hablaron del desarrollo psicosexual fue Sigmund Freud, quien afirma que el desarrollo psicosexual es un proceso psíquico que tiene lugar desde el inicio de la vida hasta la muerte, en el cual la persona va organizando sus impulsos sexuales hacia un objetivo final que normalmente es la identificación con un sexo, la elección de una pareja y la obtención de satisfacción. Desde esta perspectiva psicoanalítica se habla de la existencia de

poderosos impulsos biológicos inconscientes en su mayoría sexuales y agresivos, energía conocida como libido, que motivan la conducta. De acuerdo a esto, el individuo atravesará una serie de etapas donde las fuentes básicas de gratificación cambian de una zona del cuerpo a otra, el orden de las etapas siempre va a ser el mismo, pero es el nivel de maduración la que va a determinar su duración (Redpsicología, 2018). Esta teoría es la base para la teoría de personalidad de Freud, la cual explica que la personalidad se forma en los cinco primeros años de vida, todo lo ocurrido durante esta etapa influenciará nuestro modo de percibir, sentir y actuar en la edad adulta.

Las ideas fundamentales de esta teoría son la existencia de zonas erógenas, que son regiones del cuerpo susceptibles a experimentar placer, en cada una de las etapas la zona irá cambiando de acuerdo a la dirección de la energía sexual. El éxito o fracaso de superar cada una de estas etapas afectará en la personalidad adulta, ya que se producirán fijaciones en cada una las cuales originarán un tipo de carácter específico. Cabe destacar que las manifestaciones sexuales infantiles son naturales y espontáneas no son premeditadas, y además la sexualidad infantil no es una sexualidad genitalizada, es decir no esta basada exclusivamente en el placer de la zona genital (Freud, 1905).

Según Freud existen cinco etapas psicosexuales: oral, desde el nacimiento hasta el año y medio; anal, hasta los tres años; fálica, de los tres a seis años; de latencia, desde los siete años hasta la pubertad y por último la genital que inicia en la pubertad y se prolonga en adelante.

De acuerdo a esta descripción los niños que participan en el estudio clasifican dentro de la etapa fálica. En esta etapa la libido dirige su satisfacción a los genitales, considerada la zona erógena de este estadio. Este periodo da lugar al conflicto sexual de mayor importancia del desarrollo psicosexual, a medida que el niño empieza a diferenciar anatómicamente los sexos

empieza a sentir curiosidad por los genitales propios y ajenos. En el área psicológica surgen conflictos como la atracción erótica, el resentimiento, la rivalidad, los celos y el miedo; lo que da lugar al complejo de Edipo en los niños y de Electra en las niñas; a continuación, se describen los complejos (Hidalgo, 2015):

***Complejo de Edipo***

*El niño varón empieza a experimentar deseos de carácter sexual hacia la madre, por lo que el padre pasa a ser un rival que se quiere vencer. Pero, al mismo tiempo aparece el miedo ante esta rivalidad con el padre que puede llevarse a la madre, lo más amado para el niño. Durante esta etapa el niño presenta atracción por su pene diferenciándolo del órgano sexual femenino y nace el temor a la castración también. Este temor a ser castrado supera el deseo por la madre por lo que este deseo queda reprimido y el niño opta por imitar los comportamientos de su padre para de ese modo ganarse a la madre. Esta imitación permite que el niño se identifique con el progenitor masculino adoptando sus valores, actitudes y comportamiento resolviendo de esta manera el complejo de Edipo a través de la asimilación del papel del género masculino.*

***Complejo de Electra***

*Este inicia cuando la niña comienza a experimentar deseos sexuales con el padre y además descubre su ausencia de pene, esta característica fundamental del complejo tiene su raíz en el desarrollo de la envidia del pene y el deseo de ser varón.*

*Lo que hace la niña frente a esta situación es culpabilizar a la madre por su condición de castración, y la empieza a percibir como una rival. La resolución del complejo se da cuando la niña logra reprimir el deseo por su padre y reemplaza el deseo de tener*

*pene por el deseo de tener un bebé y así empieza a identificarse con el rol de género femenino.*

El resolver estos deseos incestuosos permiten a los niños pasar a la siguiente etapa de desarrollo.

Otra psicoanalista, Margaret Mahler, habla de la existencia de un "nacimiento psicológico del infante humano", que no coincide con el nacimiento biológico, en el cual afirma que el estado de fusión simbiótica con la madre debe ser superado. Al romperse este cascarón, la célula dual madre-hijo, se da paso a la constitución de una imagen corporal propia, una independencia y autonomía permitiendo que el niño pueda funcionar alejado de su madre (Mahler, 1971). Este proceso se da entre los cuatro meses y tres años de vida. Y hace referencia a la separación, no como una separación física como tal, sino a una diferenciación del yo como distinto a las representaciones del mundo objetal y la individuación como los logros que va consiguiendo el niño para obtener sus características individuales. A continuación, se describen las tres fases (Valero, 2014).

La primera fase se denomina **autística normal**, está se da en las primeras semanas, donde el infante parece ser un organismo casi puramente biológico, con respuestas instintivas a los estímulos. La libido es predominantemente visceral y no hay discriminación entre dentro y fuera, animado e inanimado. Al comienzo, debido a fuerte carga de estímulos externos, el niño parece estar en un estado de desorientación alucinatoria. En la primera semana se da el *narcisismo primario*, en donde la satisfacción de necesidades no se percibe como proveniente del exterior. El niño no parece percibir en absoluto a su madre como representativa del mundo exterior. Existe un muro entre el niño autista y el ambiente humano.

La segunda es conocida como **simbiótica normal,** que se da del primer al quinto mes, la simbiosis normal se desarrolla a partir del descenso de la barrera innata contra los estímulos, a raíz de la experiencia del niño de un agente materno exterior que alivia las necesidades, el hambre y la tensión que viene de dentro, es decir, funciona como yo auxiliar. Se puede caracterizar a esta fase como un estadio de interdependencia sociobiológica entre el infante su madre. Durante esta etapa también se da la *ruptura del cascarón,* que es un proceso de salida del estado simbiótico de unidad con la madre, en el sentido intrapsíquico, donde se da el llamado nacimiento psicológico, que es el proceso por el cual se empieza a percibir el mundo, lo otro, y no solo la madre.

La tercera fase es la de **separación-individuación,** que tiene lugar entre los cinco meses y los dos años y medio, el infante muestra una creciente capacidad de reconocer a su madre como una persona especial, pero a la vez de inspeccionar el mundo no materno, y de apartarse muy levemente de la madre. Se han identificado cuatro subfases en este proceso: Diferenciación, Ejercitación, Acercamiento, y Consolidación de la individualidad y comienzo de la constancia objetal emocional.

a. **Subfase de diferenciación (5-9 meses)**

   Comienza a disminuír la dependencia corporal de la madre, a medida que las funciones locomotrices empiezan a funcionar y desarrollarse, se empiezan a producir los primeros intentos de apartarse. Algunas de las conductas características que posibilitan el establecimiento del yo frente al no-yo son la exploración visual y táctil del rostro y el cuerpo de la madre.

b. **Subfase de ejercitación (9-14 meses)**

Durante este periodo el bebé es capaz de alejarse activamente de la madre y volver a ella, mediante el gateo y más adelante por medio de la locomoción vertical. Es un periodo en el cual se da un exploración activa del ambiente.

c. **Subfase de acercamiento (15-24 meses)**

Etapa caracterizada por un redescubrimiento de la madre, que es ahora un individuo separado. Uno de los mecanismo que surgen en esta etapa es la *escisión*, el cual hace que el niño no pueda tolerar fácilmente los sentimientos simultáneos de amor y odio hacia la misma persona, por ejemplo, la madre es sentida como toda buena o toda mala. También puede darse el caso de que la madre ausente sea sentida como toda buena, mientras los otros se vuelven todos malos, y así el niño desplazar la agresión al mundo no-materno, a la vez que exagera el amor por la madre ausente y anhelada.

d. **Subfase de individualidad y constancia objetal emocional (2 años en adelante)**

Durante este periodo se logra cierto grado de constancia objetal, y se establece la separación de la representación del yo y del objeto. La madre se percibe claramente como una persona separada y ubicada en el mundo exterior, y al mismo tiempo tiene existencia en el mundo interno representacional del niño.

Otro autor que define la necesidad de una independencia del niño en cuanto a este ámbito del desarrollo es Donald Winnicot, que plantea la idea de una madre suficientemente buena: a medida que la madre genera desilusiones a través de fallas de adaptación, el bebé percibe que

no es uno con ella y gradualmente va entrando en contacto con su realidad y subjetividad. Para esto es necesario que la madre deje de satisfacer constantemente y permita cierta frustración en el niño porque de esta manera lo está capacitado para afrontar el mundo y sus vicisitudes. Esta teoría es más conocida como la teoría del "objeto transicional". Es específicamente en la relación madre e hijo, en donde, en sus inicios se encuentra una clara y absoluta dependencia, en esta primera etapa del bebé el medio ambiente no interfiere en el desarrollo del potencial del niño, más bien es la madre la encargada de relacionarse totalmente con el infante. El trato que tenga la madre preparará al niño para afrontarse con el mundo exterior. El objetivo de esta fase es que el proceso de desarrollo no sufra deformaciones, ya que el cuidado y trato proporcionado por la madre influenciará en la formación de la personalidad más adelante. Winnicot menciona algunos hitos importantes este proceso de independización:

- ✓ Sostenimiento o Holding: la madre satisface las necesidades biológicas del niño, lo cual le proporciona una sensación de confianza y satisfacción.
- ✓ Manipulación o Handling: se refiere al manejo de la madre hacia el hijo, este tipo de atención ayuda y fortalece el vínculo que tiene el bebé consigo mismo y el desarrollo de la capacidad de diferenciar el mundo real e irreal.

- ✓ Objeto transicional: objeto o fenómeno que llega a adquirir una importancia vital para el bebé ya que se vuelve una defensa contra la ansiedad frente a la ausencia del cuidador primario.

Otro aspecto importante de la teoría de objeto transicional es el "Self" o "Yo" que según el autor es la capacidad que posee el individuo para reconocer y representar sus necesidades a su manera, esta estrechamente relacionado con el sentido de integridad. El verdadero self busca autenticidad y originalidad; y va a depender mucho de la actitud y el comportamiento de la

madre; si es equitativa, y sabe decidir hasta que punto apoyar al infante y hasta que cierto punto atenderlo, ya que también el excesivo apego entre madre e hijo puede llegar a ser patológico, por eso debe haber un equilibrio entre el apoyo materno y el desenvolvimiento autónomo del niño. Por otro lado, el falso self es una fachada que las personas exponen frente a la sociedad, al momento de cumplir normas y reglas exteriores (Winnicott, 1972).

Lo que este autor quiere decir, es que las frustraciones en la vida de los niños desde temprana edad son necesarias ya que esto ayuda al niño a crear un sentido de independencia y de capacidad de resolución de problemas; entender que no todo es inmediato y que a veces obtener logros o llegar a cumplir ciertas metas demanda de esfuerzo, constancia y paciencia. Estas pequeñas frustraciones en la edad infantil preparan a los individuos para enfrentarse a los problemas y conflictos que depara la vida adulta.

Por último, otro aspecto que es importante recalcar en el desarrollo psicosexual de los infantes es el género. Este ámbito es muy importante para el desarrollo del autoconcepto, el género se refiere a los conceptos sociales de las funciones, comportamientos, actividades y atributos que cada sociedad considera apropiados para los hombres y las mujeres (OMS, 2018). De este concepto surge la identidad de género que es la conciencia que se desarrolla a temprana infancia de si se es varón o mujer. Dentro de este tema la cultura va a ser un elemento muy importante ya que su influencia designará los roles de género que no son nada más y nada menos que los comportamientos, intereses, habilidades y características que una cultura considera apropiados para cada uno de los sexos. Este proceso se da a través de la tipificación de género el cual hace referencia a la socialización por medio de la cual los niños aprenden los roles apropiados a temprana edad. Frente a esta cuestión existen diversos enfoques que designan la adquisición del género en los niños, comencemos por el enfoque biológico el cual se basa en la idea de que

la genética, la neurobiología y la actividad hormonal determinan la mayoría de diferencias conductuales en los diferentes sexos. Otro enfoque es el enfoque evolutivo que según Charles Darwin se da por medio de la selección natural sexual, es decir, los niños desarrollan roles de género como preparación para el apareamiento adulto y el comportamiento reproductivo. El enfoque psicoanalítico o teoría psicosexual la cual explicamos anteriormente donde la identidad se adquiere cuando el niño se identifica con el progenitor del mismo sexo. También por otro lado está, el enfoque cognitivo de Albert Bandura, que nos dice que los niños combinan mentalmente la observación de múltiples modelos y crean sus propias variaciones conductuales, es decir la identidad de género ocurre gracias a la observación y reforzamiento. Además, encontramos el enfoque cognitivo, en donde el género se da a través de una autocategorización, es decir, el niño aprende a ser mujer o varón y clasifica la información que recibe según el género y actúa conforme al mismo. Por último, está la teoría de los esquemas de género que afirman que se da una autocategorización basada en el procesamiento de información cultural, en este modelo la cultura será el pilar fundamental ya que dictará lo que se considera apropiado para los hombres y para las mujeres (Papalia, 2009).

### 1.6 Papel de los padres y estilos de crianza

Los padres van a ser una de las influencias más importantes en la vida de sus hijos, sobre todo en etapas tempranas como la niñez.

La actitud de los padres va a repercutir en el desarrollo del niño, tanto a nivel emocional como comportamental. Los infantes siempre van a reaccionar de acuerdo a los que sus padres hagan con ellos. El tema con los padres es que ellos, tenderán a repetir los patrones de comportamiento que recibieron y aprendieron de sus padres. Las acciones de los padres darán como resultados afectos y comportamientos positivos o negativos; por ello es tan importante lo que los padres hacen, ellos son prácticamente el mundo exterior del niño. Son quienes

alimentan, educan, enseñan, norman, aman a estos niños en etapa de formación. La forma en como realicen estas tareas afectará claramente las actitudes del niño influenciado incluso en su tipo de personalidad en la vida adulta.

Un ámbito muy importante del papel parental es la confianza y la seguridad que los niños adquieren con la presencia de padres amorosos, firmes y coherentes. Todo ser humano necesita recibir amor para alcanzar seguridad y confianza en sí mismo, pero también es necesaria la presencia de normas y reglas firmes que le permitan identificar que comportamientos son correctos e incorrectos, los padres que constantemente cambian las reglas o son permisivos, crean seres humanos inseguros ya que viven en una constante inestabilidad. Y en cuanto al tema de la coherencia es necesario, que los padres sean el ejemplo al cual los niños puedan imitar, como dice esa popular frase: "el ejemplo arrastra". Si los padres enseñan ciertas cosas deben practicarlas, a eso se le conoce como aprendizaje por observación, los niños replicarán las conductas observadas en los padres. Por ejemplo, cuando un niño es constantemente agresivo se puede sospechar que seguramente dentro de su casa los padres también son agresivos.

La familia, los padres especialmente, son las primeras personas con quien los niños entablaran su primera relación interpersonal, por ello es importante que los padres moldeen al niño para acoplarse al mundo exterior en el cual la socialización será la primera demanda, es necesario que los padres den estas herramientas de interacción para que los infantes a su vez, puedan relacionarse adecuadamente con sus pares, adultos y la sociedad en general.

La ausencia de los padres marcará profundamente la vida de un individuo, por ello es tan importante la presencia constante y activa de los padres en las distintas etapas que atraviesa el

niño hasta convertirse en un adulto autónomo capaz de tomar sus propias decisiones y aprender de sus propios errores.

Los padres podrían llegar a considerarse los coautores del libro de la vida de sus hijos, como cuidadores primarios tienen la responsabilidad de guiar y marcar los primeros pasos de la trayectoria que seguirán los niños (Gross, 2016).

La crianza hace referencia a la *cría: alimentación y cuidado que recibe un bebé o un animal recién nacido hasta que puede valerse por sí mismo; también se refiere al proceso de educación, instrucción y cuidado que se da a una persona durante su infancia y su adolescencia* (Oxford Spanish, 2018).

Dentro de este amplio concepto podemos encontrar aspectos como el desarrollo, el crecimiento, adquisición de cortesía, urbanidad, buena educación, etc. Lo cual se da a través de un proceso en el tiempo y espacio que permite tener cuidado del niño hasta que llega a la edad adulta (Torres, 2014).

Este proceso educativo, va a estar a cargo de los cuidadores primarios, madre y padre o la familia, quienes se vuelven estos facilitadores del desarrollo, protección, socialización y simbolización del niño en el mundo. Dentro de la crianza van a participar distintos elementos como el afecto, la disciplina, la razón, creencias, modelos educativos aprendidos, ética, moral, cultura e incluso el nivel socioeconómico, los cuales van a fusionarse dinámicamente para dar como resultados distintas formas o estilos de crianza.

Los adultos a cargo del niño tienen la responsabilidad de ejercer un rol contenedor, organizador y protector de la vida de los infantes, todo esto acompañado del afecto necesario; ya que dentro

de las necesidades de los seres humanos a temprana edad están: la necesidad de mantener vínculos afectivos con sus cuidadores, necesidad de promover el proceso de autonomía, promoción de la socialización, aprendizaje activo y por último la necesidad de protección en cuanto a enfermedades y acontecimientos que puedan poner en peligro su integridad y la salud tanto física como mental (García N. e., 2016)

La crianza es un constructo conformado por varias dimensiones, sin embargo, existen áreas básicas que deben considerarse, la primera que se relaciona con la dimensión emocional y relacional, en donde se sitúa la comunicación; y la segunda con la conducta, donde ejerce la disciplina; ambas actúan simultáneamente para controlar y guiar el comportamiento de los niños. De acuerdo a la cantidad de uso que se le dé a cada una de estas áreas se desarrollarán distintos estilos de crianza. Los padres que utilicen mayores niveles de comprensión y apoyo favorecerán la comunicación; mientras que los padres que recurran a la disciplina constante utilizarán más la coerción y el castigo (Durrant, 2013). Ninguno de los dos extremos es apropiado por lo que se debe buscar un balance.

Si bien, la crianza es un proceso multifacético y en constante evolución, la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) menciona cuatro modelos o estilos de crianza, los cuales corroboran también la teoría de Diana Baumrind, quien basándose en el estudio de 103 preescolares y 95 familias por medio de entrevistas, pruebas y estudios en el hogar midió como funcionaban los niños identificando estilos específicos de crianza y patrones comunes de comportamiento en los niños criados según cada uno de ellos (Baumrind, 1967) (Papalia, 2009).

De acuerdo con Domínguez (2016), los estilos de crianza encontrados fueron: padres autoritarios, padres permisivos, padres pasivos y padres democráticos, y se describen a continuación:

Los **padres autoritarios** se caracterizan por ser inflexibles y exigentes, suelen tener muchas reglas y exigen obediencia de una manera coercitiva. Se valen mucho de los castigos y amenazas como forma de control frente al mal comportamiento de sus hijos; no suelen ser muy afectivos (APA, 2018). Los niños criados bajo este estilo de crianza son niños irritables, sobre-exigidos, ansiosos, temerosos, malhumorados y vulnerables al estrés. También tienen baja autoestima, ya que sus padres no se preocupan de los aspectos emocionales y del afecto que necesitan los hijos para crecer con seguridad en sí mismos.

Los **padres permisivos** tienen las siguientes características, son padres muy amorosos pero muy relajados es decir les permiten a los niños hacer lo que quieren a la hora que quieran, no saben establecer normas y reglas lo que ocasiona graves problemas de conducta e hijos egocéntricos y egoístas que piensan que el mundo debe hacer lo que a ellos les place.
Los niños con padres permisivos tienden a rendirse con facilidad, son inmaduros e impulsivos.

Los **padres pasivos o negligentes**, son padres ausentes e indiferentes, su presencia o ausencia da lo mismo, son poco accesibles en incluso a veces rechazan a sus hijos. Los niños con padres negligente suelen tener baja autoestima, poca seguridad y problemas de identidad; constantemente buscan ejemplos inapropiados para sustituir el vacío que dejan la ausencia de una figura paterna y materna (APA, 2018). Difícilmente consiguen seguir normas y reglas porque las desconocen, y suelen presentar problemas de conducta.

Por último, están los **padres con estilo democrático o con autoridad,** el cual es considerado el mejor método de crianza ya que equilibra tanto el área emocional como el cumplimiento de normas y reglas. Los padres democráticos son cariñosos y un gran soporte emocional para sus hijos, pero al mismo tiempo saben establecer límites en el hogar. A diferencia de los padres autoritarios, controlan el comportamiento de los niños a través del aprendizaje de que para toda obra existe una consecuencia, utilizan el razonamiento y el diálogo favoreciendo la expresión de sentimientos y pensamientos.

La relación entre padres e hijos suele ser cálida, afectuoso y cercana. Los niños con este estilo de crianza se caracterizan por tener una autoestima alta, confianza en sí mismo, son perseverantes y desarrollan excelentes habilidades sociales por lo que tienen empatía y autocontrol (Domínguez, 2016).

### 1.6.1 Otros estilos de crianza

Otros estilos de crianza que se han clasificado dentro del CIE-10, son los estilos de educación anormales en los cuales encontramos: sobreprotección, supervisión y control inadecuados, privación de experiencias y presiones inapropiadas por parte de los padres los cuales podrían ocasionar problemas en el desarrollo psíquico o psicosocial del niño. La **sobreprotección,** que es un patrón de crianza que provoca infantilización y trunca la independización de los niños. También esta la **supervisión y control inadecuado,** que hace referencia al exceso de castigos o a una actitud negligente por parte de los padres. Otro tipo de crianza anormal es la **privación de experiencias,** en la que se evita que el niño experimente y viva situaciones necesarias para su crecimiento como el juego y el aprendizaje. Por último, están las **presiones inapropiadas por parte de los padres**, que son padres que fuerzan al niño a ser diferente a las normas locales y culturales en diferentes aspectos, por ejemplo, en cuanto al sexo, vestir a un niño con ropa de

niña; o en cuanto a la edad, como forzar a un niño a asumir responsabilidades por encima de su edad como trabajar u otras modalidades inapropiadas como presionar al niño a participar en actividades indeseadas o muy difíciles.

También es importante recalcar que la educación y crianza de un niño siempre va a estar influenciada por medio en donde se desenvuelve y las figuras de apego que tenga en su vida como por ejemplo los abuelos o maestros de la escuela. Además, otro aspecto bastante decisivo al momento de elegir un estilo de crianza, va ser el temperamento del niño el cual dará la pauta para identificar qué niveles de comprensión y disciplina necesitará para desarrollarse adecuadamente.

Es importante que los padres de familia, tomen en cuenta que la etapa de la niñez es crucial para la formación de un ser humano, por ello la interacción que estos le ofrezcan a sus hijos potenciarán distintos tipos de conducta en los niños e incluso serán responsables de aspectos como la seguridad, la responsabilidad, la capacidad de resolución de problemas, habilidades sociales y de la personalidad en sí.

# CAPITULO II
# El sueño y sus alteraciones en la primera infancia

*"El sueño es la única medicina efectiva".*

*Sófocles.*

El sueño o el acto de dormir es un proceso fisiológico donde el cuerpo y el sistema nervioso entran en estado de reposo y tranquilidad. Consiste en la inacción o suspensión de los sentidos de todo movimiento voluntarios (RAE, 2018). Los niveles de alerta y vigilancia descienden y aunque aparentemente el sujeto está en una aparente quietud externa, internamente el cuerpo no deja de funcionar. Este proceso biológico permite procesar y cimentar información, además de mantener saludable al principal órgano del cuerpo humano, el cerebro, y por ende garantizar un buen funcionamiento de todas las áreas del cuerpo.

El sueño es estrictamente necesario ya que la ausencia del mismo puede generar mal funcionamiento en áreas como la memoria, la atención y el rendimiento en general, e incluso modificar el estado del ánimo, generar enfermedades y trastornos mentales (National Institutes of Health, 2012).

## 2.1 Patrones del Sueño

### 2.1.1 Biología del sueño

El sueño es un proceso de vital importancia para el adecuado funcionamiento del cuerpo humano y el mantenimiento de la salud integral de la persona. El sueño esta considerado

un proceso neurobiológico caracterizado por los siguientes aspectos: se da una disminución de la conciencia y reactividad a estímulos externos; es un proceso fácil de revertir, es decir, no se asemeja a un estado de coma por ejemplo; es un fenómeno que esta asociado a la relajación muscular e inmovilidad; tiene una periodicidad circadiana, cada veinte y cuatro horas y su privación puede generar alteraciones conductuales y fisiológicas incluso la muerte (Mora, 2013).

En cuanto al aspecto anatómico del sueño se encuentran tres subsistemas que participan conjuntamente para llevar a acabo este proceso: el hipocampo que se encarga de la homeostasis que regula la duración, la cantidad y la profundidad del sueño, el segundo actor es el tallo cerebral el cual opera la alternancia del sueño REM y por último está el hipotálamo que regula los tiempos de sueño y el estado de alerta (Mora, 2013).
A este proceso lo conforman dos etapas principales el sueño REM y el sueño NO REM. En el sueño NO REM podemos identificar cuatro etapas:

- **Etapa I – Somnolencia**: etapa caracterizada por la ausencia de ondas alfas, típicas del estado de vigilia, aun hay tono muscular y no se dan movimientos oculares.

- **Etapa II y III – Sueño ligero:** disminución del ritmo electroencefalográfico, el núcleo reticular del tálamo genera la aparición de husos de sueño y complejos K, aun hay tono muscular y no hay movimientos oculares

- **Etapa IV – Sueño profundo:** en esta etapa del sueño intervienen estructuras como la corteza prefrontal y el núcleo dorsomedial del tálamo, el ritmo

encefalográfico es menor, pero aun encontramos tono muscular e inexistencia de movimientos oculares, o en caso de haberlos son muy poco. Es la fase del sueño más reparadora.

Por otro lado, está la fase del sueño REM conocido como sueño paradójico porque se caracteriza por una alta actividad electroencefálica y una activación a nivel cortical. Se dan movimientos oculares rápidos, por ello el nombre de esta etapa *Rapid Eye Movements,* las ondas que genera el cerebro se asemejan a las que genera cuando el sujeto está en estado de vigilia. En este momento se da una atonía, es decir, la desaparición del tono muscular.

Las fases del sueño se alternan continuamente de cuatro a cinco veces por la noche. Aproximadamente el sueño NO REM dura seis horas y el REM dos horas. Los ensueños, o más conocidos como sueños, son propios de este proceso, la experiencia onírica demuestra que durante el sueño existe una alta actividad mental. Los sueños que se pueden relatar con mayor precisión son los que se dan en la fase REM (Esquinas, 2016).

### 2.1.2 La importancia del sueño

Además, de lo anteriormente señalado, el sueño es un proceso de gran importancia ya que durante su duración se dan varios fenómenos que ayudan a regular y mantener la salud. El dormir las horas recomendadas de ocho a diez horas diarias va a permitir que aspectos cognitivos como la retención, el aprendizaje y especialmente la memoria se fije en nuestros circuitos neuronales. Otro aspecto importante en el caso de los niños y adolescente es que durante el sueño se da la liberación de la hormona del crecimiento, sin este proceso se truncaría el crecimiento normal del individuo (Esquinas, 2016).

Es fácil identificar la necesidad que tenemos los seres humanos de dormir ya que cuando nos sometemos a ritmos no naturales del sueño por exceso de trabajo o estudio podemos apreciar las alteraciones a nivel emocional y conductual. No dormir de la forma correcta afecta a nivel psicológico, cognitivo, social y físico.

En el área emocional se dan cambios de humor constantes, irritabilidad, apatía, desgano, tristeza, etc. En el área cognitiva se enlentece el funcionamiento cortical, déficit de atención y a nivel físico se puede experimentar fatiga extrema, cansancio y déficits en el funcionamiento inmunitario. Todo esto claramente afectará al desenvolvimiento de la persona en el área social (Santos A. P., 2014). Dicho esto, queda claro que la falta de sueño no es beneficiosa y que más bien es una causa de posibles enfermedades y trastornos mentales.

### 2.1.3 Higiene del sueño en niños

El sueño en los niños es un tema de gran importancia ya que al estar en una etapa de formación y desarrollo este fenómeno juega un papel bastante importante. Las funciones del sueño son principalmente la síntesis de la hormona de crecimiento, regeneración y restauración orgánica, conservación de energía, estimulo para el sistema inmunitario, regeneración de procesos mentales, aprendizaje y consolidación de huellas mnémicas, reprogramación de información, maduración y restauración cerebral, entre otras (NIH, 2013).

Todos estos procesos van a estar íntimamente relacionados con el desarrollo físico y psicológico de los niños. Los procesos de sueño en los niños van a ir variando

dependiendo la edad, pero se considera que a los nueve meses de edad el noventa porciento de los niños puede dormir toda la noche. Los primeros meses de vida los niños duermen en promedio alrededor de 15 horas; después desciende a 12 horas a los 3 años y generalmente duermen una siesta en el día. Ya para los 5 y 6 años de edad, el sueño debe ser de 10 horas en la noche y no deben hacer siestas (Ojeda, 2012).

El proceso de dormir tiene la presencia de sincronizadores internos y externos. Como sincronizadores internos esta la melatonina que sigue un ritmo de veinte y cuatro horas sincronizado con el ciclo luz-oscuridad, la temperatura corporal que desciende al iniciar el sueño y aumenta al momento de despertar. Y los sincronizadores externos que hacen referencia a la luz, sonido y silencio, hábitos de sueño e influencia y actitud de los padres al momento de enseñar este hábito (Soteras, 2016).

Los niños con malos hábitos de sueño presentan exagerada hiperactividad, desatención, irritabilidad, impulsividad e incluso pueden llegar a presentar conductas agresivas (Ojeda, 2012).

Un sueño inadecuado ya sea por calidad o cantidad puede causar somnolencia, cefalea, déficits cognitivos y conductuales, depresión, ansiedad, que afectan gravemente la calidad de vida de los niños y sus familias. Estos problemas al no ser tratados a tiempo tienden a hacerse crónicos (Cruz, 2018).

Por eso es importante que desde pequeños los niños aprendan hábitos y rutinas saludables de sueño, para ello es importante considerar las horas que el niño debe dormir de acuerdo a la etapa en la que se encuentra, en el caso de los niños prescolares se recomienda seguir rutinas de ciertas acciones que lo preparen para ir a la cama por ejemplo tomar un baño, lavarse los dientes, etc. Los padres pueden usar su voz, la cual es una buena herramienta para hacer que los niños se duerman se les puede leer un cuento o cantar una canción. Evitar distracciones como ruido o los en el cuarto de los niños y que el lugar donde duermen sea acogedor (Fuster, 2010).

Otro aspecto relevante para establecer buenas rutinas de sueño es establecer horarios para acostarse y para levantarse según las actividades que tenga el niño, esto también programará al niño para descansar mejor y llevar hábitos de sueños saludables los cuales potenciarán su desarrollo. También es importante que el niño tenga su propio espacio donde dormir, es decir, su propia cama y cuarto, así también identificará la hora de dormir relacionando el lugar específico donde duerme todos los días, lo cual también generará un sentido de independencia (Merino, 2016).

## 2.2 Trastornos del Sueño (DSM - V)

Los trastornos de sueño están caracterizados por provocar problemas a la acción de dormir incluye dificultades para conciliar el sueño, permanecer dormido o quedarse dormido en momentos no adecuados; exceso de sueño o falta del mismo; todo aquellos que pueda catalogarse como conductas anormales del sueño (Faros, 2017).

Como mencionamos anteriormente es importante tener una higiene de sueño apropiada, ya que los síntomas que no son tratados a tiempo pueden empeorar con el tiempo y desatar un trastorno mucho más complejo de tratar. Si bien, los trastornos de sueño tienen múltiples causas como todos los trastornos de salud mental, cabe recalcar que los malos hábitos de sueño serán claros potenciadores para el desarrollo de los mismo.

El DSM-5 clasifica a estos trastornos del sueño-vigilia en insomnio, hipersomnia, narcolepsia, apnea o hipopnea obstructiva del sueño, apnea del sueño central, hipoventilación, trastorno del ritmo circadiano. Otra rama de esta clasificación son las parasomnias: trastorno del despertar del sueño NO REM en donde encontramos sonambulismo y terrores nocturnos, pesadillas, trastorno del comportamiento del sueño REM, síndrome de las piernas inquietas y por último trastornos de sueño inducidos por sustancias o medicamentos (APA, 2018).

Para describir los trastornos típicos de la etapa de la segunda infancia, utilizaremos la clasificación establecida por la organización FAROS del hospital Sant Joan Déu de Barcelona la cual se basa en la información de la Asociación Española de Pediatría. Está organización menciona tres grupos: (1) niños que les cuesta dormirse, (2) niños que hace cosas raras por la noche, y, por último, (3) el niño que duerme durante el día (Faros, 2017).

### 2.2.1 Niños que les cuesta dormirse

**a. Insomnio**

Trastorno en el que predomina la insatisfacción por la cantidad o la calidad del sueño, en donde se presentan los siguientes síntomas:

- Dificultad para iniciar el sueño.
- Dificultad en la mantención del sueño, caracterizado por despertares frecuentes o problemas para volver a conciliar el sueño después de despertar.
- Despertar pronto por la mañana con incapacidad para volver a dormir.

La alteración del sueño causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral, educativo, académico, comportamiento u otras áreas importantes del funcionamiento. Esta dificultad del sueño debe producirse por lo menos tres noches a la semana y por un tiempo mínimo de tres meses; la dificultad se produce a pesar de tener condiciones favorables para dormir (APA, 2018).

**b. Síndrome de las piernas inquietas**

Los rasgos que defienden a este síndrome es la necesidad urgente de mover las piernas, acompañada generalmente o en respuesta a sensaciones incómodas y desagradables en las piernas, que se caracteriza por todas las circunstancias siguientes:

- Necesidad urgente de mover las piernas, la cual comienza o empeora durante los períodos de reposo o de inactividad.
- La necesidad urgente de mover las piernas se alivia parcial o totalmente con el movimiento.
- La necesidad urgente de mover las piernas es peor por la tarde o por la noche que durante el día, o se produce únicamente por la tarde o por la noche.

Los síntomas mencionados generarán un malestar clínicamente significativo y disfunción en las actividades cotidianas significativo y deben producirse al menos tres veces por semana y están presentes durante un tiempo mínimo de tres meses (APA, 2018).

### 2.2.2 Niños que hacen "cosas raras" las noches

**a. Síndrome de la apnea-hipopnea obstructiva del sueño**

La apnea es la interrupción transitoria de la respiración. Existen dos tipos, puede darse la uno o la dos:

1. Signos en la polisomnografía, de al menos cinco apneas o hipopneas obstructivas por hora de sueño y uno u otro de los síntomas del sueño siguientes:

- Alteraciones nocturnas de la respiración como ronquidos, resoplidos/jadeo o pausas respiratorias durante el sueño.
- Somnolencia diurna, fatiga o sueño no reparador a pesar de las condiciones suficientes para dormir

2. Signos en la polisomnografía de 15 o más apneas y/o hipopneas obstructivas por hora de sueño con independencia de los síntomas que se mencionaron antes (APA, 2018).

**b. Sonambulismo**

Se refiere a los episodios repetidos en los que el individuo se levanta de la cama y camina durante el sueño. Durante el episodio de sonambulismo, el individuo tiene la mirada fija y en blanco; es relativamente insensible a los esfuerzos de otras personas para comunicarse con él y sólo se puede despertar con mucha dificultad (APA, 2018).

**c. Terrores Nocturnos**

Episodios recurrentes de despertar brusco con terror, que generalmente comienzan con gritos de pánico. Durante cada episodio, existe un miedo intenso y signos de alerta autónoma, como taquicardia, y sudoración. Existe insensibilidad relativa a los esfuerzos

de otras personas para consolar al individuo durante los episodios. Generalmente no se recuerdan los sueños o el recuerdo es mínimo (APA, 2018).

**d. Pesadillas**

Caracterizado por la producción prolongada y repetida de sueños sumamente disfóricos y que se recuerdan bien, por lo general, implican esfuerzos para evitar amenazas contra la vida, la seguridad o la integridad física y que acostumbran a suceder durante la segunda mitad del período principal de sueño. Al despertar, el individuo rápidamente se orienta y está alerta. Genera un malestar clínicamente significativo no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (APA, 2018).

**e. Movimientos rítmicos relacionados con el sueño**

Se trata de movimientos repetitivos que afectan a determinadas partes del cuerpo o el cuerpo en general, tienen origen el momento en que el niño empieza a quedarse dormido. Generalmente inicia en la infancia, suele desaparecer conforme en niño va creciendo (Faros, 2017).

### 2.2.3 Niños que duermen durante el día

**a. Narcolepsia**

Trastorno que se caracteriza por espacios de tiempo donde se presenta una necesidad irrefrenable de dormir, o de tomar una siesta que se producen en un mismo día. Estos episodios deben haberse dado al menos tres veces por semana durante los últimos tres meses. Y tiene que presentar por lo menos una de las siguientes características:

Episodios de cataplejía, que se definen de la siguiente manera, que se producen como mínimo algunas veces al mes:

- En los individuos con enfermedad de larga duración, episodios breves (segundos o minutos) de pérdida brusca bilateral del tono muscular con conservación de la consciencia.
- En los niños o en otros individuos en los seis meses posteriores al inicio de la enfermedad, episodios espontáneos de muecas o de abrir la boca y sacar la lengua, o hipotonía general sin un desencadenante emocional evidente.

También en cuanto a los aspectos fisiológicos se da una deficiencia de hipocretina en el líquido cefalorraquídeo y polisomnografía nocturna con latencia del sueño REM inferior o igual a 15 minutos, o una prueba de latencia múltiple del sueño con un valor medio inferior o igual a 8 minutos y dos o más períodos REM al inicio del sueño (APA, 2018).

Estos trastornos como se mencionó al comienzo, surgen por distintas causas y motivos, pero, una de las razones bastante asociadas al desarrollo del mismo son los malos hábitos de sueño, los cuales generalmente a esta edad deben ser enseñados y regulados por los padres o cuidadores primarios del niño.

## 2.3 Alteraciones emocionales

La palabra emoción según la Real Academia Española es una alteración del ánimo intensa y pasajera, agradable o penosa, que va acompañada de cierta conmoción somática (RAE, 2018). De acuerdo a esta definición podemos inferir que una emoción es una reacción neurofisiológica de alta intensidad y de corta duración ocasionada a partir de estímulos del medio ambiente, su función principal es adaptativa, ya que permite un alto grado de consciencia y adecuación a las situaciones exteriores.

En el ser humano las emociones son un poco más complejas de lo anteriormente mencionado ya que, una emoción involucra no solo una reacción neurofisiológica sino todo un con bagaje de cogniciones, creencias, experiencias y actitudes frente al mundo que se utiliza para valorar un evento concreto, el cual siempre va a variar dependiendo del sujeto (Palma, 2017).

Una emoción a nivel cerebral se procesa a través de la información sensorial que proviene del mundo exterior, llega al cerebro y como consecuencia produce una reacción neurofisiológica secretando diversas hormonas y neurotransmisores que son interpretados por el neocortex. En los niños la interpretación emocional va a necesitar de la ayuda del aprendizaje y socialización de los padres y sus pares. Es típico ver en la segunda infancia como los niños se sienten abrumados al no saber como gestionar sus emociones e incluso a veces tienen cierta dificultad para entenderlas.

Las personas poseen cinco emociones básicas: ira, tristeza, miedo, desagrado o aversión y alegría. Otra emoción que se considera es la sorpresa y también se pueden encontrar otro tipo de emociones un poco más complejas como la culpa, la vergüenza y el orgullo. Las emociones básicas ejercen una función adaptativa, es decir nos permiten desarrollarnos en diferentes ámbitos y situaciones, por ejemplo: el miedo esta relacionado con una de las respuestas orgánicas más antiguas del ser humano contenidas en el cerebro reptiliano el cual es el responsable de las estrategias básicas de funcionamiento conocidas como las tres F, *fight, fly, freeze; pelear, huir o paralizarse* (Fernandez, 2014) el miedo, se da como consecuencia de una situación que nos produce inseguridad y de la que huimos o nos quedamos paralizados, este miedo también puede

generarse por las asociaciones que hace nuestra memoria frente a circunstancias que alguna vez experimentamos como traumáticas.

Otro tipo de emoción que actúa de la misma manera puede ser la ira, desencadenada muchas veces por situaciones que generan la necesidad de lucha o enfrentamiento.

La afectividad infantil está caracterizada por un menor número de matices que el adulto, tienden a ser extremos. La afectividad es bastante cambiante y no hay una relación de causa-efecto como en los adultos, por ejemplo, pequeñas cosas pueden generar grandes reacciones. Olvidan fácilmente malos momentos cotidianos, en su memoria se guardan sucesos que ocasionan grandes penas, grandes alteraciones o grandes alegrías (García, 2017).

Las emociones son innatas en el ser humano, pero la socialización y aprendizaje de la gestión de las mismas se da gracias al aprendizaje modelado, es decir, son los adultos a cargo del niño quienes le enseñaran a manejar, interpretar y comunicar estas emociones a través del ejemplo, por ello la importancia de que los padres modulen y expliquen las diversas sensaciones que puede generar una emoción en el organismo del niño, para así evitar en un futuro un mal manejo o alteraciones emocionales.

Cuando hablamos de alteraciones emocionales en los niños, se hace referencia a un cambio extremo en el semblante emocional del niño, por ejemplo: cambios bruscos de ánimo, desinterés, falta de apetito, problemas en la escuela, hostilidad, violencia o problemas en los hábitos de sueño. Estas alteraciones pueden originarse a raíz de experiencias abrumadoras, nuevas, poco comunes o extremas en el ambiente del niño; si bien la mayoría de los niños tienen la gran característica de adaptarse con facilidad a

los cambios, a veces el proceso para llegar a ello puede generar alteraciones emocionales y también llegar a desarrollar trastornos.

La sobreprotección por parte de los padres, puede ser uno de los aspectos de mayor importancia al momento de detectar alteraciones emocionales en los niños. Dentro de la sobreprotección encontramos aspectos como falta de horarios y rutinas, ausencia de normas, manipulación de hijos a padres, excesiva atención y complacencia por parte de los padres, malos hábitos de sueño; en otras palabras, los niños manejan a los adultos a su disposición quitándoles su rol y autoridad de padres.

Esta falta de control emocional, da como resultado niños hipersensibles o insensibles, totalmente egocéntricos y egoístas, ya que se acostumbran a que el mundo entero gire entorno a sus necesidades y deseos.

Otros aspectos que pueden alterar a los niños emocionalmente son cambios bruscos en su ambiente como el cambio de casa, muerte de un ser querido, nacimiento de un hermano, el divorcio, etc. Si bien estos son situaciones que justifican una alteración emocional, también es necesario que los padres le enseñen al niño a expresarlas y regularlas.

Cuando las alteraciones emocionales se vuelven graves e incontrolables es porque han avanzado tanto que se han convertidos en trastornos de las emociones de comienzo en la infancia que menciona el CIE-10. Dentro de estos trastornos encontramos: ansiedad por separación, ansiedad fóbica, hipersensibilidad social, rivalidad entre hermanos, ansiedad y hasta trastornos de identidad (Organización Mundial de la Salud, 1992).

## 2.4 Colecho

Colecho proviene del termino en inglés co-sleeping, según la UNICEF "el colecho es una práctica en la que los bebés duermen con uno o los dos progenitores" (Unicef, 2014), otros conceptos mencionan que el colecho es una actividad que promueve que padres e hijos duerman en la misma cama (Perez, 2016). Estos conceptos nos explican claramente lo que significa este fenómeno, sin embargo, ninguno de ellos especifica una edad exacta hasta la cual el colecho es recomendable. Algunos autores como el doctor Nils Bergman especialista en neurociencia perinatal y fundador del movimiento Kangarro Mother Care, analizó los patrones de sueño de dieciséis recién nacidos, llegó a la conclusión de que los neonatos que no duermen con sus madres presentan más interrupciones del ciclo del sueño y niveles de estrés más altos que en los niños que dormían sobre el pecho de sus madres, solo seis de los niños que no practicaban colecho pasaban las noche de sueño tranquilos (Morgan, 2011). Se dice que el colecho reduce los niveles la hormona cortisol, la hormona del estrés por lo que permite un mejor desarrollo cerebral al hacer que el umbral de la alerta cerebral descienda, permitiendo que el niño alcance fácilmente la fase de sueño profundo el cual estimula segregación de la hormona del crecimiento y eliminación de toxinas del sistema nervioso y fortalece el vínculo de padres e hijos. Sin embargo, está actividad es recomendada por los expertos de la Universidad del Cabo en Sudáfrica solo hasta los tres años, edad en la que el niño ya debe adaptarse a dormir solo (Delgado, 2016).

Las sugerencias de la práctica del colecho en nuestra sociedad son abundantes, cada vez son más los profesionales de la salud que recomiendan esta actividad, sin embargo, aún no se ha determinado con claridad qué beneficios o desventajas conllevan este fenómeno.

Si retrocedemos en la historia encontramos que durante la edad media se prohibía a los padres dormir con sus hijos debido al extenso número de casos en los que los lactantes morían por asfixia. Otro factor interesante en cuanto al colecho es el ámbito cultural, por ejemplo, Japón considera un acto de total frialdad y crueldad dejar a un niño dormir solo, mientras que en el siglo veinte, lo más común y normal en lugares como Estados Unidos y Europa, era poner al niño a dormir solo en su propia cuna (Bakermans-Kranenburg, 2016). Los países de occidente reportan índices menores de colecho, mientras que los países de África y Asia presentan una mayor prevalencia de esta práctica.

Las razones por las cuales los padres comparten la cama con sus hijos son variadas, más allá de la costumbre algunas de estas son la facilidad que da el colecho para la lactancia, enfermedad o irritabilidad presentada en los niños, ansiedad, seguridad, ideología o necesidades emocionales de los padres, placer, cercanía física o factores socioeconómicos en donde hay falta del número de camas necesarias. Incluso se ha determinado, gracias a estudios con muestras en Barbados, Australia, Irlanda y Estados Unidos que existe una correlación entre el colecho y el estado de ánimo de los padres, especialmente de la madre; ya que factores como la depresión y la ansiedad pueden aumentar la práctica del colecho.

Podemos encontrar varias respuestas sobre el tipo de consecuencias que presenta el colecho; algunos estudios en cuanto al desarrollo de los niños han determinado que el colecho está ampliamente asociado a problemas de sueño en los niños, como trastorno del sueño-vigilia, trastornos del sueño relacionados con la respiración, insomnio, llanto

durante la noche, pesadillas y menos tiempo de sueño durante la noche. También se ha detectado que los niños que duermen con sus padres se acuestan más tarde, presentan resistencia a la hora de dormir y además mayores niveles de ansiedad de sueño. Por otro lado, en un estudio comparativo realizado en China se llegó a la conclusión de que no existe diferencia alguna entre los niños que practican colecho y los que duermen solos, en cuanto a la presencia de parasomnias como sonambulismo y terrores nocturno. (Bakermans-Kranenburg, 2016).

En el ámbito psicoanalítico, es importante recordar que los niños en la etapa de la segunda infancia, están en plena época del complejo de Edipo y Electra los cuales ya de por si en el aparato psíquico generan una imagen sexualizada de cada uno de los progenitores. El colecho y la exposición a la actividad afectiva y sexual de la pareja puede generar mayores niveles de ansiedad de los normales en el proceso de superación de este conflicto psíquico del niño, llegando incluso a producir resoluciones poco sanas que pueden afectar más adelante la vida adulta.

Por último, otros estudios en niños de 5 a 9 años arrojan como consecuencia de la práctica del colecho problemas de sueño en general, mayores niveles de ansiedad y también más dificultades en el ámbito conductual y emocional comparados con otros grupos; también se identificó que los padres de los niños que practican colecho presentan significativamente mayores niveles de angustia psicológica y dificultades en el funcionamiento de la dinámica como pareja (Cortesi, 2008). Otro estudio realizado en niños diagnosticados con trastorno de ansiedad generalizada de edades de 6 a 12 años indica que el colecho puede ser un factor que interrumpe los patrones de sueño saludable y además basándose en una relación reciproca entre el sueño y la ansiedad,

la práctica constante del colecho podría ser una de los factores precipitantes y mantenedores de los trastornos de ansiedad (Palmer, 2018).

Varios profesionales en la actualidad se basan en la teoría de apego, para asegurar que el colecho permite la formación de una personalidad más segura y un mayor sentimiento de confianza y mayor autoestima en los niños, sin embargo, el dormir con los padres genera en el niño una ausencia de conciencia de la independencia y de límites, ya que en el colecho los límites no están marcados y esto se va almacenando en la psiquis del individuo. Los niños deben comprender que en el mundo existen frustraciones y hay lugares en los que no deben estar; incluso puede darse una asociación muy grave del sueño con la presencia de los padres lo cual puede causar en el futuro graves trastornos de la conducta del sueño. Además, como mencionamos anteriormente la vida de pareja empieza a desgastarse al no tener la pareja un espacio para la conversación, unión y erotismo; y es obvio que, si la pareja empieza a experimentar problemas, por ende, los hijos de la pareja sufrirán las consecuencias de los mismo (Gorski, 2017).

Aún los expertos, no han llegado a un consenso sobre la edad idónea para dejar de practicar el colecho, o de si practicarlo o no a cualquier edad, muchos mencionan que, al tratarse de un hecho evolutivo, cada niño tiene sus tiempos, ya que el sueño es un proceso que contiene aspectos fisiológicos y psicológicos y es único en cada niño (Quicios, 2018).

Por otro lado, se dice que colechar es parte de una crianza con apego, muy necesaria para el buen desarrollo de un individuo, pero es importante aclarar, que todo tipo de

crianza apropiada genera vínculos de apego en los niños, no es estrictamente el colecho el que genera esta relación cercana entre los progenitores y el niño. Y más bien el colecho puede llegar a ser nocivo para el desarrollo del niño, creando relaciones de dependencia con los padres, inseguridad, falta de límites, trastornos del sueño, egocentrismo, falta de independencia, distorsión en las relaciones paterno-filiales al existir un excesivo apego, el cual impide la autorrealización del individuo. Incluso pueden llegar a darse traumas en el área sexual si los niños fueron expuestos a ver o escuchar la escena primaria.

Por eso a través de esta investigación se quiere llegar a una conclusión de acuerdo a las evidencias que arroje sobre si el colecho es o no favorable para los niños.

Las experiencias vividas los primeros cinco años, marcaran la vida de un ser humano, determinaran fuertemente sus rasgos de personalidad y su manera de interpretar los distintos sucesos que acontezcan, los cuales se van grabando en el aparato psíquico del sujeto, para luego ser utilizados en la vida adulta. Y de acuerdo a estas interpretaciones generar respuestas saludables y adaptativas o en otros casos trastornos psicológicos y mentales de diferentes índoles.

Los traumas vividos en la niñez, y con traumas no necesariamente nos referimos a eventos graves que ponen en peligro la vida o integridad de una persona, sino a eventos que pueden venir de cualquier suceso vivido que genera un malestar haciendo que una persona se sienta sobrepasada, desbordada e incapaz de asimilar la experiencia lo cual lo convierte en un trauma. Estos traumas pueden darse a través de las relaciones interpersonales principalmente con las figuras de apego más importantes en la infancia, los padres o cuidadores primarios. Los traumas impiden que las personas tengan

relaciones interpersonales satisfactorias ya que tienden a repetir los patrones que vivieron en la infancia; aunque muchas veces lo hacen de manera inconsciente (Sarmiento, 2016). Por lo tanto, si un niño fue excesivamente sobreprotegido, por ejemplo, tenderá a repetir sus actitudes egocéntricas o inseguras con las personas que se relacione más adelante. Incluso el trauma actúa a nivel neurológico, según la investigación de Dr. Vince Felitti sobre el trauma infantil, cuando ha existido este fenómeno se da un defecto en la Red Neuronal por Defecto (RND), este sistema es un conjunto conexiones de distintas áreas del cerebro que funcionan cuando no pensamos conscientemente y está a cargo de coordinar y procesar las decisiones y operaciones de nuestra vida. En las personas con presencia de trauma infantil prolongado se ha identificado que poseen un RND menos interconectado y poco funcional, ya que lo que se observa en la vida adulta de estos sujetos son decisiones poco juiciosas, poca responsabilidad, desordenes conductuales y un sistema pobre de inhibición (Campillo, 2015).

Para finalizar el apartado del colecho, es fundamental mencionar hasta cuando es recomendable esta práctica. La OMS menciona que el colecho tiene como fin facilitar la práctica de la lactancia. Según esta organización los niños deben lactar durante seis meses, a partir de esta edad ya se pueden introducir otros alimentos apropiados y se puede mantener la lactancia materna hasta los dos años. De acuerdo a estos datos, se puede concluir que el colecho, a su vez como la lactancia, tiene que practicarse máximo hasta los dos años de edad de los niños (OMS, 2019).

# CAPÍTULO III
## METODOLOGÍA

La presente investigación es un estudio trasversal descriptivo, el cual pretende determinar la presencia de problemas emocionales en los niños de 3 a 5 años que practican colecho y acuden al Centro de Estimulación Integral y Apoyo Psicoterapéutico de la Universidad del Azuay (CEIAP) durante el horario matutino.

Se utilizará el test CAT (Children´s Apperception Test) para identificar las consecuencias emocionales generadas, las cuales se podrán apreciar por medio de los 6 parámetros planteados.

En este trabajo se utilizaron los datos de la escala de trastornos del sueño del cuestionario Child Behaviour Check List 1 ½ -5 (CBCL 1 ½ -5), aplicada por Guamán y Quizhpe (2018). Este cuestionario fue llenado por los padres de familia de los niños del estudio y nos permitió corroborar esa apreciación con los datos que se obtuvieron del CAT, aplicado a los propios niños.

### 3.1 Muestra

La población total del estudio fue de 173 niños; de la cual se seleccionaron 66 participantes que puntuaban positivo en el ítem 22 (No quiere dormir solo/a), perteneciente a la escala de Problemas del Sueño

Posteriormente se envió una encuesta a los padres de los 66 niños para confirmar el hecho de que los niños duerman con los padres, este instrumento nos permitió determinar quienes cumplían o no con los criterios de inclusión y exclusión.

El análisis de los datos redujo la muestra a 30 participantes. Por lo tanto, la muestra final estuvo conformada por 17 niñas y 13 niños; de los cuales 7 niñas y 5 niños tienen 3 años; 7 niñas y 6 niños de 4 años y 3 niñas y 2 niños de 5 años.

Los criterios de inclusión fueron:

- Niños y niñas que acudan al CEAIP en el periodo 2017-2018.
- Quienes tenga de 3 a 5 años.
- Que practiquen el colecho.
- Sus representantes decidan participar voluntariamente
- Que elaboren historias frente a las láminas del CAT

.

Los criterios de exclusión fueron:

- Niños que hayan sufrido un suceso vital intenso en los últimos 6 meses.
- Niños que padecen algún trastorno psicológico diagnosticado
- Algún familiar (madre, padre, tíos/as, abuelos/as) que padezca algún trastorno del humor (afectivos).
- Quienes no hayan elaborado historias frente a las láminas del CAT.

### 3.2 Instrumentos

Los instrumentos de evaluación utilizados en este estudio fueron una encuesta sobre hábitos de sueño, el Children´s Apperception Test (CAT) y algunas escalas del Child Behaviour Check List 1 ½ -5 (CBCL 1 ½ -5).

### 3.2.1 Encuesta

La encuesta es generalmente utilizada como un recurso de investigación, pues la misma nos permite obtener y elaborar datos de manera ágil y eficiente. Tiene varias ventajas pues permite aplicaciones masivas y la obtención de información sobre varias cuestiones a la vez. La encuesta nos permite recoger y analizar datos de una muestra de una población o un universo más extenso. Por medio de la información que se obtenga se pretende explorar, describir, predecir y/o explicar características (Casas, Repullo, & Campos, 2003).

Se determinó utilizar este procedimiento en nuestra investigación ya que nos permite conocer diversos aspectos de los participantes de la muestra. Se desarrolló una encuesta compuesta por 12 preguntas, todas de opción múltiple, pero con su respectivo espacio para especificar o argumentar su respuesta. La misma se envió a los padres de familia para que sea llenada por uno o ambos progenitores. Las preguntas se realizaron en base a los criterios de inclusión y exclusión que se establecieron previamente. Además, nos ayudó a identificar los patrones de sueño que el niño o niña mantiene, las causas por las que se produce la práctica del colecho y sus consecuencias.

Ver Anexo N° 1.

### 3.2.2 Children´s Apperception Test (CAT)

El CAT es un método proyectivo que fue creado a partir de la gran utilidad que se evidenció con el uso del TAT, ya que éste estaba destinado solo para personas adultas y al utilizarse personas en las láminas, estas no permitían la proyección de los niños frente al TAT; es por esto que ese instrumento no satisfacía los requerimientos para ser aplicado en niños. Este método nos permite explorar la personalidad, estudiando el sentido dinámico de las diferencias individuales en la percepción de un estímulo estándar (Bellak, 2013).

El CAT muestra a diversos animales realizando varias actividades para inducir respuestas según la temática de la lámina. Es más fácil para un niño identificarse con animales que con personas. Este test consta de 10 láminas y puede ser aplicado a niños de 3 a 10 años, sin importar su sexo (Bellak & Abrams, 2000).

Estos son los parámetros que se utilizarán en este estudio para calificar el CAT a partir de las categorías planteadas:

1. **Héroe Principal**

   El héroe principal de la historia es de quién se habla en la lámina, es el personaje con el que se identifica el examinado; esto se basa en la hipótesis de que el sujeto nos relata un cuento en donde el niño, en realidad, nos cuenta sobre sí mismo. Los rasgos que se esperan encontrar en el autoconcepto y autoimagen del individuo son: triste, mal humorado, inseguro, abandonado, solitario, temeroso y muerto. (Bellak, 2013).

2. **Necesidades Conductuales**

   Se refiere a las necesidades que guían la conducta del héroe. Generalmente las necesidades proyectadas en las láminas coinciden con las del examinado; caso contrario, si no coinciden con la conducta del niño entonces pueden ser consideradas como una fantasía complementaria. Las necesidades que se esperan encontrar en los examinados son: necesidades de protección, de cuidado; necesidades afectivas, de consuelo y compañía. Además, aspectos como intraagresión, extraagresión, voyeurismo, temas edípicos, temor a la castración y masturbación.

   (Bellak, 2013).

3. **Concepto del Ambiente**

El concepto del ambiente o mundo indica todo lo que le rodea al héroe. Se espera encontrar conceptos como: coercitivo, abandonador, solitario, triste, rechazante, hostil, aterrador y castigador (Bellak & Abrams, 2000).

4. **Figuras Parentales**

Hace alusión a cómo ve el niño a las figuras de su entorno y además permite evidenciar como reacciona frente a las mismas. Se espera descubrir sentimientos de escisión (amor y odio en conflicto) frente a las figuras parentales (Bellak, 2013).

5. **Conflictos Significativos**

Aquí se evidencian las pulsiones o fuerzas que se encuentran en conflicto con el superyó o también conflictos entre dos impulsos. Se espera evidenciar conflictos como: la escena primaria, dependencia vs. autonomía, logro vs. fracaso, intraagresión, extraagresión, voyeurismo, temas edípicos, temor a la castración, masturbación, inferioridad vs. superioridad, seguridad vs. inseguridad, soledad vs. compañía, principio de vida vs. principio de muerte, temor vs. calma e iniciativa vs. culpa (Bellak & Abrams, 2000).

6. **Ansiedades**

En esta categoría se determinan las principales ansiedades de los niños. Se espera encontrar ansiedad frente al abandono, falta o pérdida de amor, desaprobación y temor a la oscuridad (Bellak, 2013).

7. **Mecanismos de Defensa**

   Hacen referencia a las defensas que se utilizan contra los impulsos. Al evidenciar los impulsos y las defensas utilizadas respectivamente, el CAT nos permitirá conocer la estructura de carácter del sujeto. Los mecanismos que se supone que se hallarán son: proyección, introyección, temor y angustia, regresión y simbolización (Bellak, 2013).

### 3.2.3 Child Behaviour Check List 1 ½ -5 (CBCL 1 ½ -5)

El Child Behaviour Check List 1 ½ -5 (CBCL 1 ½ -5) es un cuestionario que consta de 7 escalas, a su vez estas forman parte de dos grandes grupos: Internalizantes y Externalizantes. El área Internalizante está conformado por las siguientes escalas: Emocionalmente Reactivo, Ansioso/Deprimido, Quejas Somáticas e Introvertido; en cuanto al área Externalizante podemos apreciar las escalas de: Problemas del Sueño, Problemas de Atención y Conducta Agresiva.

Para esta investigación se utilizaron 4 de estas 7 escalas: Emocionalmente Reactivo, Ansioso/Deprimido, Quejas Somáticas y Problemas del Sueño. A continuación, se especifican los ítems que conforman cada una de las escalas previamente mencionadas.

En este cuestionario, el padre completará su opinión acerca de los comportamientos de su hijo(a). Además, el test brinda la oportunidad de que el representante escriba comentarios adicionales al final de cada ítem. Se debe tomar en cuenta su conducta de ahora o de los dos últimos meses. Cada frase tiene 3 opciones de respuesta:

**0= No es cierto (que sepa usted)**

**1= En cierta manera, algunas veces**

**2= Muy cierto o cierto a menudo**

**Tabla 1.**

***Escalas del CBCL 1 ½ a 5 años utilizadas***

| I. Emocionalmente Reactivo | II. Ansioso/Deprimido | III. Quejas Somáticas | V. Problemas del Sueño |
|---|---|---|---|
| 21. Cualquier cambio de rutina lo/la perturba | 10. Es demasiado dependiente o apegado(a) a los adultos. | 1. Dolores o malestares (sin causa médica; no incluya dolor de estómago o de cabeza) | 22. No quiere dormir solo(a). |
| 46. Movimientos involuntarios o tics. | 33. Se ofende fácilmente. | 7. No tolera que las cosas están fuera de lugar. | 38. Tiene dificultad para quedarse dormido/a. |
| 51. Muestra pánico sin ninguna buena razón. | 37. Se molesta demasiado cuando lo separan de sus padres. | 12. Estreñido(a), no defeca (cuando no está enfermo(a)). | 48. Pesadillas. |
| 79. Súbitos cambios de tristeza a excitación. | 43. Se ve triste sin razón aparente. | 19. Tiene diarreas o heces líquidas (cuando no está enfermo(a)). | 64. Se resiste a ir a dormir en la noche. |
| 82. Súbitos cambios de humor o sentimientos. | 47. Nervioso(a) o tenso(a). | 24. No come bien. | 74. Duerme menos que la mayoría de los/las niños(as) durante el día y/o la noche. |
| 83. Se pone de mal humor a menudo. | 68. Se cohíbe y se avergüenza con facilidad. | 39. Dolores de cabeza (sin causa médica). | 84. Habla o llora mientras duerme. |
| 92. Se molesta con situaciones nuevas o con gente nueva. | 87. Demasiado ansioso(a) o miedoso(a). | 45. Náuseas, se siente mal. | 94. Se despierta con frecuencia durante la noche. |
| 97. Se queja mucho | 90. Infeliz, triste o deprimido(a). | 52. Dolor al hacer sus necesidades (sin causa médica). | |
| 99. Se preocupa mucho. | | 78. Dolores de estómago o retortijones (sin causa médica). | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | 86. Demasiado preocupado(a) por la limpieza o el orden. | |
| | | 93. Vómitos (sin causa médica). | |
| **Total** | **Total** | **Total** | **Total** |

*Fuente: Child Behaviour Check List 1 ½ -5 (CBCL 1 ½ -5). Achembach y Rescorla 2003.*

**3.3 Procedimiento**

Se procedieron a tramitar los permisos con las autoridades del CEIAP para que esta investigación pueda ser realizada.

Las encuestas fueron enviadas a los padres de familia de los 66 niños, para determinar si se cumplía con los criterios de inclusión. Al recolectar los datos que se obtuvieron de cada respuesta de los representantes; se analizaron los mismos y se delimito una muestra de 30 niños (17 niñas y 13 niños).

Una vez que la muestra quedo establecida se aplicó de forma individual el CAT a los 30 participantes, a cargo de las investigadoras.

Posteriormente se calificó cada uno de ellos y después se analizaron y se contabilizaron las respuestas que se han conseguido.

Para poder comparar los resultados del CAT con los del cuestionario Child Behaviour Check List 1 ½ -5 (CBCL 1 ½ -5) también se tabularon los datos correspondientes a las cuatro escalas que se utilizaron en este estudio: Emocionalmente Reactivo, Ansioso/Deprimido, Quejas Somáticas y Problemas del Sueño.

Finalmente, tras tabular los datos se describen las variables respectivas.

Para encontrar una relación entre el test y el cuestionario, se utilizó la siguiente tabla comparativa:

**Tabla 2.**

***Comparación entre el CAT y el CBCL***

| **Cuestionario Child Behaviour Check List 1 ½ -5 (CBCL 1 ½ -5)** | **Children´s Apperception Test (CAT)** |
|---|---|
| Emocionalmente Reactivo (ítems 51, 79, 82, 83 y 99) | ***Héroe Principal***<br>Rasgos/Autoimagen/Autoconcepto: tristeza, mal humorado y temeroso.<br>***Necesidades Conductuales***<br>Necesidades de protección, de consuelo, afectivas, de cuidado, intraagresión y extraagresión.<br>***Concepto del Ambiente***<br>Abandonador, triste, solitario, aterrador, hostil y rechazante.<br>***Figuras Parentales***<br>Sentimientos de escisión (amor y odio en conflicto) frente a las figuras parentales.<br>***Conflictos Significativos***<br>Intraagresión, extraagresión, inferioridad vs superioridad, seguridad vs inseguridad, soledad vs compañía y temor vs calma.<br>***Ansiedades***<br>Falta o pérdida de amor, desaprobación y temor a la oscuridad.<br>**En todas las láminas.* |
| Ansioso/Deprimido (ítems 10, 37, 43, 47, 68, 87 y 90) | ***Héroe Principal***<br>Rasgos/Autoimagen/Autoconcepto: Inseguro, triste, abandonado, solitario y temeroso.<br>***Necesidades Conductuales***<br>Necesidades de protección, de consuelo, de compañía, afectivas, de cuidado, temor a la castración, temas edípicos e intraagresión.<br>***Concepto del Ambiente***<br>Abandonador, triste, solitario, aterrador, hostil, rechazante y coercitivo.<br>***Figuras Parentales***<br>Sentimientos de escisión (amor y odio en conflicto) frente a las figuras parentales.<br>***Conflictos Significativos***<br>Dependencia vs autonomía, logro vs fracaso, intraagresión, temas edípicos, temor a la castración, |

| | |
|---|---|
| | masturbación, seguridad vs inseguridad, soledad vs compañía, principio de vida vs. principio de muerte, temor vs calma.<br>***Ansiedades***<br>De ser abandonado, falta o pérdida de amor, desaprobación y temor a la oscuridad.<br>**En todas las láminas.* |
| Quejas Somáticas (ítems 12, 24 y 86) | *Ítem 12 y 86 en la lámina 10.<br>*Ítem 24 en la lámina 1.<br>***Necesidades Conductuales***<br>Necesidades orales.<br>***Conflictos Significativos***<br>Intraagresión.<br>***Ansiedades***<br>De enfermedad. |
| Problemas del Sueño (ítems 22, 38, 48 y 64) | ***Héroe Principal***<br>Rasgos/Autoimagen/Autoconcepto: temeroso, inseguro y abandonado.<br>***Necesidades Conductuales***<br>Necesidades de protección, de cuidado, de consuelo y de compañía.<br>***Concepto del Ambiente***<br>Abandonador, solitario y aterrador.<br>***Conflictos Significativos***<br>Dependencia vs autonomía, voyeurismo, temas edípicos, seguridad vs inseguridad, soledad vs compañía y temor vs calma.<br>***Ansiedades***<br>De ser abandonado, falta o pérdida de amor y temor a la oscuridad.<br>**En todas las láminas.* |

*Fuente: Elaboración Propia.*

### 3.4 Análisis de resultados

Los resultados que se obtuvieron están detallados en diversas tablas. De la tabla 3 a la 7 se presentan los resultados de la encuesta planteada a los padres de familia. Desde la tabla 8 a la 14 se encuentran las diferentes categorías de análisis del CAT. Y al final, se encuentran las últimas tablas que muestran los datos de las 4 escalas del cuestionario Child Behaviour Check List 1 ½ -5 (CBCL 1 ½ -5) que fueron utilizadas a lo largo de este estudio.

En cuanto a la Encuesta "Patrones del Sueño" se pudo obtener una gran cantidad de información para poder delimitar la muestra del presente estudio.

La primera pregunta hace referencia al hecho de si el niño duerme solo o no. Los 30 participantes que forman parte de la muestra respondieron que no, al ser uno de los criterios de inclusión se tomo a todos estos niños como muestra para esta investigación.

Además, se consideró importante destacar la información obtenida de las siguientes preguntas:

**Tabla 3.**

***El niño duerme acompañado o no***

| **3. ¿Su hijo/a duerme acompañado por uno o dos de los progenitores?** | | |
|---|---|---|
| | **F** | **%** |
| **Siempre** | 14 | 46,66% |
| **A veces** | 15 | 50% |
| **Nunca** | 1 | 3,33%* |
| **Compañía toda la noche** | 18 | 60% |
| **Compañía durante un momento** | 12 | 40% |
| | N=30 | |

*Fuente: Elaboración Propia.*

En la Tabla 3 se observa que siempre o durante algunas veces el niño duerme acompañado por uno de los dos progenitores; de los cuales 18 necesitan de compañía toda la noche y 12 de compañía durante solo un momento.

**El niño dormía con su madre hasta el momento de la aplicación; posteriormente lo llevaron a dormir en otra cama, pero dentro del mismo cuarto que su progenitora, además el niño necesita un momento de compañía antes de dormir.*

**Tabla 4.**

***El niño duerme en un mismo cuarto o en una misma cama con sus progenitores***

| **4. ¿Su hijo/a duerme en el mismo cuarto que usted(es), o en la misma cama?** | | |
|---|---|---|
| | **F** | **%** |
| **Mismo cuarto** | 7 | 23,33% |

| | | |
|---|---|---|
| **Misma cama** | 14 | 46,67% |
| **Uno de los progenitores se va a dormir en el cuarto del niño(a)** | 9 | 30% |
| **TOTAL** | 30 | 100% |

*Fuente: Elaboración Propia.*

En la Tabla 4 podemos apreciar que el 46,67% de los niños duermen en la misma cama con su o sus padres.

**Tabla 5.**

***El niño ha presenciado o no la escena primaria***

| **5. ¿Ha mantenido o mantiene intimidad con su pareja mientras su hijo/a duerme con uds?** | | |
|---|---|---|
| | **F** | **%** |
| **Si** | 1 | 3,33% |
| **No** | 28 | 93,33% |
| **Ocasionalmente** | 1 | 3,33% |
| **TOTAL** | 30 | 100% |

*Fuente: Elaboración Propia.*

En la Tabla 5 se evidencia que en la gran mayoría de los casos (93,33%) los padres no han mantenido intimidad con su pareja mientras su hijo/a duerme con ellos.

**Tabla 6.**

***El niño duerme con otra persona que no sean sus progenitores***

| **6. ¿Su hijo/a duerme acompañado por otra persona (*hermanos/as, abuelos/as, cuidadoras*) a parte de sus progenitores?** | | |
|---|---|---|
| | **F** | **%** |
| **Siempre** | 3 | 10% |
| **A veces** | 7 | 23,33% |
| **Nunca** | 20 | 66,67% |
| **TOTAL** | 30 | 100% |

*Fuente: Elaboración Propia.*

La Tabla 6 indica que la mayoría, el 66,67%, nunca duerme con otra persona que no sean sus progenitores.

**Tabla 7.**

***Causas de la práctica del colecho***

| 7. Señale las causas por las cuales su niño duerme acompañado | | |
|---|---|---|
| | **F** | **%** |
| **Hábito/Costumbre** | 9 | 30% |
| **Enfermedad del niño** | 3 | 10% |
| **Seguridad** | 6 | 20% |
| **Comodidad** | 4 | 13,33% |
| **Compañía** | 11 | 36,67% |
| **Factores socioeconómicos** | - | 0% |
| **Falta de tiempo para entrenar a su hijo/a para dormir solo/a** | 4 | 13,33% |
| **Otro** | 12 | 40% |
| **TOTAL** | 30 | 100% |

*Fuente: Elaboración Propia.*

En la Tabla 7 se observa que la mayoría de los padres duermen con sus hijos por la compañía (36,67%) que estos les brindan. También vemos que 9 de 30 niños lo hacen por hábito o costumbre. Y el 20% lo hace por motivos de seguridad.

La pregunta número 9 permite que los padres argumenten si la práctica del colecho genera consecuencias positivas o negativas; en cuanto a las positivas los padres indican que esto les brinda seguridad, cercanía en la relación paterno-filial, genera apego hacia los padres, también argumentan que hay estudios a favor del colecho ya que benefician el desarrollo neuronal de los niños y sus respuestas ante situaciones de estrés. Por otra parte, en cuanto a las negativas, los padres apuntan a problemas en la relación de pareja, genera inseguridad en el niño, problemas conductuales, apego al padre, temor a estar sola, al dormir con los hijos no se descansa bien por las noches, sobreprotección, el niño no puede conciliar el sueño sin la presencia de el o los progenitores, no quiere dormir solo en su cuarto, dependencia y actitud dominante por parte del niño.

### 3.4.1. Análisis cuantitativo del Children´s Apperception Test (CAT)

**Tabla 8.**

***Héroe Principal***

| Héroe Principal | | |
|---|---|---|
| **Rasgos/Autoimagen/Autoconcepto** | **F** | **%** |
| Triste | 12 | 40% |
| Inseguro | 5 | 16,67% |
| Abandonado | 10 | 33,33% |
| Solitario | 10 | 33,33% |
| Temeroso | 12 | 40% |
| Muerto | 7 | 23,33% |
| Mal Humorado | 7 | 23,33% |
| Ninguno | 3 | 10% |
| | N=30 | |

*Fuente: Elaboración Propia.*

En la tabla 8, en la categoría del Héroe Principal podemos observar como el niño se percibe a sí mismo;12 de ellos se ven a sí mismos como tristes y temerosos (40%). El 33,33% se aprecia como abandonado y solitario; por último, el 23,33% se contempla como mal humorado e incluso en las historias se muestra como si estuviese muerto.

**Tabla 9.**

***Necesidades Conductuales***

| **Necesidades Conductuales** | **F** | **%** |
|---|---|---|
| Necesidad de Protección | 17 | 56,67% |
| Necesidad de Cuidado | 16 | 53,33% |
| Necesidad de Afecto | 23 | 76,67% |
| Necesidad de Consuelo | 14 | 46,67% |
| Necesidad de Compañía | 22 | 73,33% |
| Intraagresión | 15 | 50% |
| Extraagresión | 27 | 90% |
| Voyeurismo | 11 | 36,67% |
| Temas Edípicos | 4 | 13,33% |
| Temor a la Castración | 7 | 23,33% |
| Masturbación | 25 | 83,33% |
| Posible Enuresis | 9 | 30% |
| Necesidades Orales | 29 | 96,67% |
| | N=30 | |

*Fuente: Elaboración Propia.*

En la tabla 9, en las Necesidades Conductuales expresadas por los niños contemplamos que el 96,67% manifiesta necesidades orales, 27 de 30 niños indican la presencia de extraagresión (agresión dirigida al medio) y el 83,33% revelan la existencia de masturbación.

**Tabla 10.**

***Concepto del Ambiente/Mundo***

| **Concepto del Ambiente** | **F** | **%** |
|---|---|---|
| Coercitivo | 11 | 36,67% |
| Abandonador | 12 | 40% |
| Solitario | 17 | 56,67% |
| Triste | 2 | 6,67% |
| Rechazante | 4 | 13,33% |
| Hostil | 16 | 53,33% |
| Agresivo | 14 | 46,67% |
| Aterrador | 5 | 16,67% |
| Castigador | 2 | 6,67% |
| Ninguno | 2 | 6,67% |
| | N=30 | |

*Fuente: Elaboración Propia.*

En la tabla 10, en el Concepto del Ambiente que hace referencia a como el niño percibe el medio que lo rodea, de acuerdo a la tabla se puede argumentar que los participantes del presente estudio generalmente perciben su medio como solitario (56,67%), hostil (53,33%) y agresivo (46,67%).

**Tabla 11.**

***Figuras Parentales***

| **Figuras Parentales** | | |
|---|---|---|
| **Sentimientos de escisión (amor y odio en conflicto)** | **F** | **%** |
| Presencia | 16 | 53,33% |
| Ausencia | 14 | 46,67% |
| **Total** | 30 | 100% |

*Fuente: Elaboración Propia.*

En la tabla 11, en las Figuras Parentales se presencia los sentimientos de escisión, es decir, los sentimientos de amor y odio frente a las figuras parentales son mayores a la ausencia de los mismos con una presencia del 53,33%.

**Tabla 12.**

***Conflictos Significativos***

| Conflictos Significativos | F | % |
|---|---|---|
| Sumisión vs Autonomía | 14 | 46,67% |
| Logro vs Fracaso | 25 | 83,33% |
| Intraagresión | 15 | 50% |
| Extraagresión | 27 | 90% |
| Voyeurismo | 10 | 33,33% |
| Temas Edípicos | 4 | 13,33% |
| Temor a la Castración | 7 | 23,33% |
| Masturbación | 25 | 83,33% |
| Inferioridad vs Superioridad | 5 | 16,67% |
| Seguridad vs Inseguridad | 8 | 26,67% |
| Soledad vs Compañía | 22 | 73,33% |
| Principio de Vida vs Principio de Muerte | 7 | 23,33% |
| Temor vs Calma | 10 | 33,33% |
| | N=30 | |

*Fuente: Elaboración Propia.*

En la tabla 12, en los Conflictos Significativos el 90% de los participantes denotan extraagresión en sus historias, es decir que dirigen su agresión hacia los otros personajes o hacia el medio. Mientras tanto que el 83,33% se encuentran entre un conflicto de logro vs fracaso y se aprecia una presencia de masturbación en el mismo porcentaje. Por otra parte 22 de 30 niños se hallan en medio de un conflicto entre la soledad vs compañía.

**Tabla 13.**

***Principales Ansiedades***

| Ansiedades | F | % |
|---|---|---|
| De ser abandonado | 21 | 70% |
| Falta o pérdida de amor | 22 | 73,33% |
| Desaprobación | 7 | 23,33% |
| De ser devorado | 12 | 40% |

| | | |
|---|---|---|
| Temor | 6 | 20% |
| De enfermedad | 4 | 13,33% |
| Ninguno | 3 | 10% |
| | N=30 | |

*Fuente: Elaboración Propia.*

En la tabla 13, en las Ansiedades podemos observar que la mayoría de los participantes perciben las siguientes ansiedades: falta o pérdida de amor (73,33%), de ser abandonado (70%) y de ser devorado (40%).

**Tabla 14.**

***Mecanismos de Defensa***

| Mecanismos de Defensa | F | % |
|---|---|---|
| Proyección e introyección | 26 | 86,67% |
| Temor y angustia | 20 | 66,67% |
| Regresión | 5 | 16,67% |
| Simbolización | 24 | 80% |
| Ninguno | 1 | 3,33% |
| | N=30 | |

*Fuente: Elaboración Propia.*

En la tabla 14, en los Mecanismos de Defensa se aprecia que la mayoría de los niños que participaron en esta investigación generalmente reaccionan a las diversas ansiedades del medio con los siguientes mecanismos de defensa: proyección e introyección (86,67%), simbolización (80%) y temor y angustia (66,67%).

### 3.4.2 Análisis cuantitativo del Child Behaviour Check List 1 ½ -5 (CBCL 1 ½ -5)

A continuación, se presenta los resultados obtenidos tras la aplicación del cuestionario. Los datos corresponden a las 4 escalas que serán utilizadas durante esta investigación.

**Tabla 15.**

***Escala Emocionalmente Reactivo***

| Emocionalmente Reactivo | | |
|---|---|---|
| **Ítems** | **Presencia** | **%** |
| 21. Cualquier cambio de rutina lo/la perturba. | 8 | 26,67% |
| 46. Movimientos involuntarios o tics. | 3 | 10% |
| 51. Muestra pánico sin ninguna buena razón. | 2 | 6,67% |
| 79. Súbitos cambios de tristeza a excitación. | 3 | 10% |
| 82. Súbitos cambios de humor o sentimientos. | 8 | 26,67% |
| 83. Se pone de mal humor a menudo. | 14 | 46,67% |
| 92. Se molesta con situaciones nuevas o con gente nueva. | 7 | 23,33% |
| 97. Se queja mucho. | 7 | 23,33% |
| 99. Se preocupa mucho. | 6 | 20% |
| | N=30 | |

*Fuente: Child Behaviour Check List 1 ½ -5 (CBCL 1 ½ -5). Achembach y Rescorla 2003.*

En la tabla 15, en la escala Emocionalmente Reactivo podemos apreciar que del total de la muestra el 46,67% puntúa en el ítem 83, además 8 de los 30 participantes registraron puntuaciones en los ítems 21 y 82. Un 23,33% en cuanto a los ítems 92 y 97.

**Tabla 16.**

***Escala Ansioso/Deprimido***

| Ansioso/Deprimido | | |
|---|---|---|
| **Ítems** | **Presencia** | **%** |
| 10. Es demasiado dependiente o apegado (a) a los adultos. | 17 | 56,67% |
| 33. Se ofende fácilmente. | 14 | 46,67% |

| | | |
|---|---|---|
| 37. Se molesta demasiado cuando lo separan de sus padres. | 10 | 33,33% |
| 43. Se ve triste sin razón aparente. | 8 | 26,67% |
| 47. Nervioso (a) tenso (a). | 8 | 26,67% |
| 68. Se cohíbe y se avergüenza con facilidad. | 15 | 50% |
| 87. Demasiado ansioso (a) o miedoso (a). | 9 | 30% |
| 90. Infeliz, triste o deprimido (a). | 1 | 3,33% |
| | N=30 | |

*Fuente: Child Behaviour Check List 1 ½ -5 (CBCL 1 ½ -5). Achembach y Rescorla 2003.*

En la tabla 16, en la escala Ansioso/Deprimido se muestra que 17 puntúan en el ítem 10, el 50% de ellos en el ítem 68 y también 14 de ellos en el ítem 33.

**Tabla 17.**

***Escala Quejas Somáticas***

| **Quejas Somáticas** | | |
|---|---|---|
| **Ítems** | **Presencia** | **%** |
| 1. Dolores o malestares (sin causa médica; *no incluya* dolor de estómago o dolor de cabeza). | 4 | 13,33% |
| 7. No tolera que las cosas están fuera de lugar. | 17 | 56,67% |
| 12. Estreñido (a), no defeca (cuando no está enfermo (a). | 5 | 16,67% |
| 19. Tiene diarreas o heces líquidas (cuando no está enfermo (a). | - | 0% |
| 24. No come bien. | 18 | 60% |
| 39. Dolores de cabeza (sin causa médica). | 3 | 10% |
| 45. Náuseas, se siente mal. | 2 | 6,67% |
| 52. Dolor al hacer sus necesidades (sin causa médica). | 5 | 16,67% |
| 78. Dolores de estómago o retortijones (sin causa médica). | 3 | 10% |

| | | |
|---|---|---|
| 86. Demasiado preocupado (a) por la limpieza o el orden. | 6 | 20% |
| 93. Vómitos (sin causa médica). | 1 | 3,33% |
| | N=30 | |

*Fuente: Child Behaviour Check List 1 ½ -5 (CBCL 1 ½ -5). Achembach y Rescorla 2003.*

En la tabla 17, en la escala de Quejas Somáticas podemos apreciar que la mayoría de los participantes puntúan en los siguientes ítems: en el ítem 24 se aprecia una presencia del 60%, en el ítem 7 un total de 56,67%, en el 86 con un porcentaje del 20%.

**Tabla 18.**

***Escala Problemas del Sueño***

| **Problemas del Sueño** | | |
|---|---|---|
| **Ítem** | **Presencia** | **%** |
| 22. No quiere dormir solo (a). | 30 | 100% |
| 38. Tiene dificultad para quedarse dormido/a. | 10 | 33,33% |
| 48. Pesadillas. | 7 | 23,33% |
| 64. Se resiste a ir a dormir en la noche. | 12 | 40% |
| 74. Duerme menos que la mayoría de los/las niños (as) durante el día y/o la noche. | 5 | 16,67% |
| 84. Habla o llora mientras duerme. | 5 | 16,67% |
| 94. Se despierta con frecuencia durante la noche. | 10 | 33,33% |
| | N=30 | |

*Fuente: Child Behaviour Check List 1 ½ -5 (CBCL 1 ½ -5). Achembach y Rescorla 2003.*

En la tabla 18, en la escala Problemas del Sueño para la obtención de la muestra del presente estudio se tomó como referencia puntuar en el ítem 22, es por esto que su porcentaje es del 100%. En cuanto al ítem 64 se observa una presencia del 40%, en el ítem 38 y 94 un porcentaje de 33,33%; y, por último, 7 niños se registran en el ítem 48.

**Tabla 19.**

***Tabla Comparativa entre los elementos del CAT y los Ítems de la Escala de Alteraciones del Sueño del CBCL 1 ½ -5***

| | Child Behaviour Checklist | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **CAT** | **Ítem 22** | | **Ítem 38** | | **Ítem 48** | | **Ítem 64** | |
| **Héroe Principal: Temeroso** | 12 | 40% | 4 | 13,30% | 5 | 16,70% | 7 | 23,30% |
| **Héroe Principal: Inseguro** | 5 | 16,70% | 2 | 6,70% | - | - | - | - |
| **Héroe Principal: Abandonado** | 10 | 33,30% | 4 | 13,20% | 1 | 3,30% | 1 | 3,30% |
| **Necesidad de Protección** | 17 | 56,70% | 6 | 20% | - | - | 7 | 23,30% |
| **Necesidad de Cuidado** | 16 | 53,30% | 4 | 13,30% | 3 | 10% | 7 | 23,30% |
| **Necesidad de Consuelo** | 14 | 46.7% | 6 | 20% | 5 | 16,70% | 4 | 13,30% |
| **Necesidad de Compañía** | 22 | 73,30% | 8 | 26,70% | 6 | 20% | 8 | 26,70% |
| **Ambiente: Abandonador** | 12 | 40% | 4 | 13,30% | 2 | 6,70% | 1 | 3,30% |
| **Ambiente: Solitario** | 17 | 56,70% | 4 | 13,30% | 6 | 20% | - | - |
| **Ambiente: Aterrador** | 5 | 16,70% | - | - | - | - | 2 | 6.7% |
| **Sumisión vs. Autonomía** | 14 | 46.7% | 4 | 13,30% | 5 | 16,70% | 4 | 13,30% |
| **Seguridad vs Inseguridad** | 8 | 26,70% | 2 | 6.7% | 1 | 3,30% | 3 | 10% |
| **Soledad vs. Compañía** | 22 | 73,30% | 8 | 26,70% | 6 | 20% | 7 | 23,30% |
| **Temor vs. Calma** | 10 | 33,30% | 2 | 6.7% | 3 | 10% | 4 | 13,30% |
| **Ansiedades: De ser abandonado** | 22 | 73,30% | 8 | 26,70% | 6 | 20% | 7 | 23.3% |
| **Ansiedades: Falta o pérdida de amor** | 22 | 73,30% | 8 | 26,70% | 6 | 20% | - | - |
| **Ansiedades: Temor** | 22 | 73,30% | 2 | 6,70% | 4 | 13,30% | 4 | 13,30% |

*Fuente: Elaboración Propia.*

En la tabla 19, estableciendo la comparación entre los elementos del CAT y los ítems de la Escala de Alteraciones del Sueño del CBCL 1 ½ -5, en el ítem 22 (No quiere dormir solo/a) se aprecia que frente a tal situación los niños proyectan necesidad de compañía, de protección y

de cuidado. Perciben al ambiente como solitario y se encuentran en un conflicto de soledad vs compañía. Entre las principales ansiedades se encuentran: la de ser abandonado, falta o pérdida de amor y temor. En cuanto al ítem 38 (Tiene dificultad para quedarse dormido/a) se evidencia que los niños responden a esta situación con una necesidad de consuelo y de compañía, su conflicto se encuentra entre soledad vs compañía; y ansiedades tales como: de ser abandonado y falta o pérdida de amor. Por otra parte, se encontró una relación entre el ítem 48 (Pesadillas) y la necesidad de compañía frente a un ambiente solitario y ansiedades como la de ser abandonado y la falta o pérdida de amor y un conflicto entre la soledad vs compañía. Por último, el ítem 64 (Se resiste a ir a dormir en la noche) proporciona una correlación con que el niño se muestra como temeroso y por lo tanto se observa una clara necesidad de protección, de cuidado y de compañía; un conflicto entre la soledad vs compañía y además sentir ansiedad de ser abandonado.

Se realizó una comparación de cada una de las escalas y sus ítems con las diversas categorías propuestas del CAT. Sin embargo, no se encontraron resultados significativos entre los dos instrumentos y se detallan a continuación los datos encontrados que se consideran relevantes.
En la Escala de Emocionalmente Reactivo en su ítem 83 (Se pone de mal humor a menudo) se encontró que se relacionaba con un autoconcepto en el que el niño se percibía a sí mismo como triste y temeroso, además expresando necesidad de protección, de consuelo, de cuidado e intraagresión; manejando un concepto del ambiente como solitario y hostil. Por otra parte, existe una relación con la presencia de sentimientos de escisión hacia las figuras parentales y con el conflicto entre el temor y la calma.

En la Escala Ansioso/Deprimido encontramos que el ítem 10 (Es demasiado dependiente o apegado/a los adultos) se relaciona con rasgos de inseguridad, de tristeza, como si fuese

abandonado, solitario y temeroso. También se evidencian necesidades de protección, de consuelo, de compañía, de afecto, de cuidado e intraagresión; percibiendo al ambiente como abandonador, solitario, aterrador, hostil y coercitivo. Se puede, además, identificar sentimientos de escisión, amor-odio, hacia las figuras parentales. Conjuntamente se hallaron, conflictos significativos entre la sumisión y la autonomía, el logro vs el fracaso, la seguridad vs la inseguridad, la soledad vs la compañía, principio de vida vs principio de muerte y temor vs calma. Las ansiedades que percibe del medio son las de: ser abandonado, falta o pérdida de amor, desaprobación y temor. El ítem 37 (Se molesta demasiado cuando lo separan de sus padres) mantiene un cierto vínculo con la necesidad de protección, de cuidado y un ambiente coercitivo. Sentimientos de amor y odio hacia las figuras parentales. Un conflicto entre el temor y la calma.

El ítem 68 (Se cohíbe y se avergüenza con facilidad) se enlaza con una autoimagen de tristeza y de una persona temerosa. Por otra parte, también se relaciona con una necesidad de protección, de consuelo, de compañía, de afecto, de cuidado e intraagresión. La percepción de un ambiente abandonador, solitario, hostil y coercitivo. Asimismo, se correlaciona con la presencia de escisión hacia las figuras parentales; es decir, que el niño es incapaz de sentir amor y odio al mismo tiempo por la misma persona, en este caso su madre o su padre. Paralelo a estos conflictos, se encontraron: sumisión vs autonomía, soledad vs compañía y temor vs calma. Además de ansiedades frente a ser abandonado y a la falta o pérdida de amor.

De acuerdo a la Escala de Quejas Somáticas observamos una correspondencia entre el ítem 24 (No come bien) y la intraagresión (agresión dirigida hacia el propio sujeto) y ansiedad acerca de sufrir una enfermedad.

**Discusión**

El objetivo de este estudio fue encontrar consecuencias emocionales generadas por la práctica del colecho en niños de tres a cinco años. Los resultados sugieren que las razones por las cuales los padres practican colecho son principalmente seguridad y compañía, hábito, comodidad, falta de tiempo para enseñar a sus niños a dormir solos o por enfermedad del infante. Esto concuerda con lo citado por Cortesi (2008) que menciona que los padres que duermen con sus hijos tienen mayor nivel de estrés psicológico y problemas de pareja. Otros estudios corroboran estas evidencias incluyendo aspectos socioculturales y la ideología de los padres sobre este fenómeno (Luijk, 2016).

Además, según los datos obtenidos se puede observar que lo niños que practican colecho se auto perciben como tristes y atemorizados; también ansiedad frente a situaciones de falta o pérdida de amor y de abandono. El colecho como práctica frecuente se considera un factor de riesgo o un factor mantenedor de la sintomatología de ansiedad en niños de edad escolar; por ello el colecho debe considerarse un área de intervención clínica (Palmer, 2018). El colecho o dormir en el mismo cuarto de los niños, aumenta el riesgo de desarrollar trastornos de ansiedad, dificultades para generar vínculos y falta de confianza en sí mismo (Kaymaz, 2014)

Otro aspecto relacionado a esta investigación es la presencia de la necesidad de afecto, un 76,67% y necesidad de compañía, un 73,33% de los niños evaluados. Keller (2004), afirma que los niños que no practican colecho presentan un mayor grado de independencia ya que se duermen solos, duerme la noche completa y además fueron destetados mucho más temprano que los niños que practican colecho.

Los sujetos del presente estudio también presentan una percepción hostil y solitaria del medio que les rodea lo cual podría desencadenar trastornos psicológicos como ansiedad y depresión más adelante, como una reacción de defensa frente a esta sensación que les genera su entorno; un estudio realizado en Brasil por Santos (2017) demuestra que los niños que practican colecho como hábito diario tienen mayores probabilidades de desarrollar trastornos psiquiátricos y problemas de internalización en comparación con los niños que no colechan (Santos I. B., 2017).

Se puede verificar también que un 40 % los niños que duermen acompañados de sus padres muestran resistencia al momento de ir a dormir y un 33,33% se despierta con frecuencia durante la noche; el estudio de Cortesi (2008) sugiere que estos infantes tienen una hora de acostarse más tardía, menor duración de las horas de sueño, resistencia para dormir, ansiedad a la hora de ir a la cama y más problemas emocionales y conductuales en comparación con el grupo que no duerme con sus progenitores (Cortesi F. , 2008).

Por último, el estudio mostró datos sobre la presencia de constante malhumor en los niños y una excesiva dependencia y apego a los adultos; así mismo otros estudios como el de Chu (2014), corroboran estos datos mencionando que los sujetos que dormían solos en la primera infancia tienen un mejor funcionamiento del sistema de autorregulación en el control cognitivo y emocional que sus contrapartes que dormían con sus padres (Chu, 2014).

Las limitaciones de este estudio se dan por el hecho de que no existió una comparación con niños que no practiquen colecho, para poder verificar la certeza de los resultados del grupo estudiado, sería interesante poder replicar este estudio, pero comparando los resultados de

niños que practican colecho y niños que duerman solos, de esta manera se obtendrán datos más precisos sobre si la práctica del colecho es positiva o negativa.

**Conclusiones**

Tras un análisis de todos los datos recolectados a lo largo del estudio se concluye que:

- Por medio de las encuestas se detectó las razones por las cuales los padres practican el colecho en sus hogares; entre las más frecuentes se encuentran:
  compañía (36,67%), hábito o costumbre (30%) y seguridad (20%).
- En cuanto a la identificación de los principales conflictos emocionales pudimos observar que el 40%, es decir, que, de 30 niños, 14 presentaron rasgos de tristeza y de temor reflejados en su identificación con el héroe principal de las láminas. También se evidencia que el 66,67% ante las diversas ansiedades del medio, utilizan como mecanismo de defensa el temor y la angustia. El 23,33% proyectaron una autoimagen de mal humorados (ira) y además una clara presencia de extraagresión (agresión dirigida hacia el medio) en el 90% de los participantes. Alrededor de la mitad de ellos (53,33%) presentaron conflictos de escisión entre el amor y el odio hacia las figuras parentales de cada historia.
- Existe una relación entre el colecho y ciertos conflictos emocionales como la tristeza, el temor, la ira y la escisión.
- El conflicto emocional "Temor" se evidencia en un autoconcepto en el que el niño se muestra como temeroso. Por lo tanto, se observa una necesidad de compañía, de protección y cuidado; es por esto que percibe el ambiente como solitario y se halla en un conflicto entre la soledad y la compañía.

- Por otra parte, en cuanto a la “Tristeza” la tabla denota diversas necesidades, como la de consuelo.
- En cuanto a los resultados de la Escala Emocionalmente Reactivo se aprecia que los padres interpretan: la necesidad de protección, de consuelo, de cuidado, intraagresión, temor, entre otras (datos obtenidos mediante el CAT); como mal humor, es decir cualquier necesidad o cambio de estado de ánimo en el niño es interpretado como mal humor por parte de los padres.
- En la comparación entre el CAT y la Escala Ansioso/Deprimido se evidencia que los niños que presentan apego a los padres o molestia al estar separado de ellos, muestran sentimientos y reacciones tales como: necesidad de protección, de consuelo, de compañía, de afecto, de cuidado e intraagresión. Es por esto que percibe el mundo como abandonador, solitario, aterrador, hostil y agresivo. Se encuentran en un constante conflicto entre la compañía de terceros (padres) vs la soledad. Además, proyectan diversas ansiedades como la de ser abandonado o de falta o pérdida de amor.
- Muchos padres practican colecho con sus hijos para satisfacer sus propias necesidades emocionales ya que un 36,67% de la muestra dijo en la encuesta que el motivo principal de esta práctica es la compañía que sus hijos les brindan.
- La práctica de colecho no garantiza una sensación de afecto positivo en el niño, ya que todos los niños del estudio colechan, sin embargo, un 73,33% presentan pérdida y falta de amor y ansiedad ante la posibilidad de ser abandonado, denotando un alto grado de inseguridad. Esto quiere decir que el colecho, no es sinónimo de afecto positivo y que este es solo un ámbito minúsculo de los vínculos afectivos de los niños.

**Recomendaciones**

Es importante que los padres conozcan esta información y así puedan identificar las diversas necesidades que tienen sus hijos. Ya que como se pudo observar los padres tienen una interpretación errónea de lo que los niños necesitan; mientras que los infantes proyectan diversas situaciones, que los progenitores no comprenden y desconocen.

Frente a estos resultados se recomienda a los padres realizar un mejor análisis de sus propias emociones y las de sus hijos a través de programas de aprendizajes de gestión de emociones, ya que es necesario que los padres aprendan primero a identificar sus propias emociones para que a través del ejemplo y el aprendizaje modelado enseñen a sus niños lo mismo. Incluso este manejo e identificación emocional puede hacerse de manera didáctica a través de juegos, por ejemplo, utilizando dibujos o emoticones que representen las emociones básicas y que el niño a través de la selección de las mismas exprese lo que siente en distintas situaciones de su vida cotidiana.

Otro aspecto recomendable es mantener una higiene de sueño apropiada, es decir, formar y mantener hábitos para dormir con límites y reglas, como un horario y lugar específico para ir a la cama. Rutinas previas antes de ir a dormir como tomar un baño, leerles un cuento, etc. algo que indique al niño que es momento de ir a dormir y vaya generando en el autonomía e independencia. Se pueden poner en práctica también entrenamientos para que los niños duerman solos en caso de que estén acostumbrados al colecho se pueden practicar una desensibilización sistemática

Además, es importante realizar una socialización acerca de los resultados ya que sería importante que los padres conozcan los conflictos emocionales por los cuales atraviesan sus hijos debido a la práctica del colecho y así reconsideren está práctica como opción poco saludable.

## Bibliografía


APA. (2018). *act.* Obtenido de https://www.apa.org/act/resources/espanol/crianza.aspx

Aresté, J. (2015). Obtenido de https://reunir.unir.net/bitstream/handle/123456789/3212/ARESTE%20GRAU%2C%20JUDIT.pdf?sequence=1

Australian Breastfeeding Association. (Enero de 2014). *breastfeeding.asn.au*. Obtenido de https://www.breastfeeding.asn.au/system/files/Safe%20sleeping%20leaflet%20%28PDF%20pageturning%20version%20for%20website%29.pdf

Axline, V. (1969). *Play Therapy.* New York: Ballantine Books.

Bakermans-Kranenburg, M. B.-S. (Marzo de 2016). *researchgate.net.* Obtenido de ResearchGate: https://www.researchgate.net/publication/298427230_Parent-child_bed-sharing_The_good_the_bad_and_the_burden_of_evidence?enrichId=rgreq-9048e6c44982761127b6a56637ff77cb-XXX&enrichSource=Y292ZXJQYWdlOzI5ODQyNzIzMDtBUzozODA4NjczMjgzOTczMTJAMTQ2NzgxNzI1NTA1OA

Baumrind, D. B. (1967). *Socialization practices associated with dimensions of competence in preschool boys and girls.*

Bellak, L. (2013). *Test de Apercepción infantil con figuras animales CAT-A.* Buenos Aires: Paidós.

Bellak, L., & Abrams, D. M. (2000). *T.A.T., C.A.T. Y S.A.T.: Uso clínico.* México D.F.: El Manual Moderno S.A.

Benetti, S. (08 de Agosto de 2011). *Formación Integral* . Obtenido de http://formacion-integral.com.ar/website/?p=17

Camargo, D. (23 de Agosto de 2010). Obtenido de https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=2ahUKEwjz8arAypTgAhXOmuAKHR0vBywQFjAAegQIChAC&url=https%3A%2F%2Fdialnet.unirioja.es%2Fdescarga%2Farticulo%2F4781926.pdf&usg=AOvVaw2Ndm0IvecvZr_pVXmTM8fi

Campillo, S. (21 de Octubre de 2015). *Hipertextual*. Obtenido de https://hipertextual.com/2015/10/traumas-infantiles

Casas, J., Repullo, J., & Campos, J. D. (Mayo de 2003). *La encuesta como técnica de investigación. Elaboración de cuestionarios y tratamiento estadístico de los datos*. Recuperado el 3 de Diciembre de 2018, de ELSEVIER: http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-la-encuesta-como-tecnica-investigacion--13047738

Cazau, P. (Mayo de 1998). Obtenido de www.robertexto.com: http://www.robertexto.com/archivo2/mahler.htm

Chías, M. Z. (2009). *Emocionarte con los niños: el arte de acompañar a los niños en su emoción.* Desclee de Brouwer.

Chu, B. (2014). Obtenido de https://pdfs.semanticscholar.org/aa74/ec447a3d5e994d834ce6006a921b92c23989.pdf

Cortesi, F. (2008). *PubMed.* Obtenido de https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18443948

Cortesi, F. F. (2008). *ResearchGate.* Obtenido de www.researchgate.net: https://www.researchgate.net/publication/5408340_Cosleeping_Versus_Solitary_Sleeping_in_Children_With_Bedtime_Problems_Child_Emotional_Problems_and_Parental_Distress

Cruz, I. (02 de Febrero de 2018). Obtenido de https://www.aepap.org/sites/default/files/317-329_alteraciones_del_sueno_infantil.pdf

CUVA.UTA.CL. (21 de Septiembre de 2015). Obtenido de http://cuva.uta.cl/index.php?option=com_k2&view=item&id=1364:crisis-y-crecimiento-personal-erik-erikson&Itemid=204

Delgado, J. (2016). *Etapa Infantil*. Obtenido de https://www.etapainfantil.com/neurociencia-respalda-colecho

Domínguez, E. (19 de Mayo de 2016). *Lidefer.* Obtenido de https://www.lifeder.com/estilos-crianza/

Durrant, J. (2013). *Disciplina positiva en la crianza cotidiana.* Suecia: Save the children Sweden. Obtenido de https://resourcecentre.savethechildren.net/sites/default/files/documents/positive_discipline_in_everyday_parenting_sp_hi-res_final_2017.pdf

Emmerich, A. F. (2015). Obtenido de Universidad Nacional de la Plata: http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/55210/Documento_completo.pdf-PDFA.pdf?sequence=1

Engel, G. (07 de Marzo de 1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196:129-36. Obtenido de http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v35n127/original4.pdf

Engler, B. (1999). *Introducción a las teorías de personalidad.* México : McGraw Hill.

Enríquez, A. (2011). *Inteligencia emocional plena: Hacia un programa de regulación emocional basado en la conciencia plena.* Málaga: Universidad de Málaga.

Erickson, E. (1950). *The life cycle completed.* New York: Norton .

Espacio Logopédico. (2018). Obtenido de https://www.espaciologopedico.com/recursos/glosariodet.php?Id=228

Esquinas, S. (30 de Junio de 2016). *Instituto del sueño Madrid*. Obtenido de https://www.iis.es/los-ciclos-del-sueno-soniaesquinas-clinica-salud-instituto-del-sueno/

Faros. (09 de Abril de 2017). *FAROS*. Obtenido de https://faros.hsjdbcn.org/es/articulo/principales-trastornos-sueno-ninos-como-tratarlos

Fernandez, C. (18 de Noviembre de 2014). Obtenido de http://carlosfernandezgallardo.com/el-listo-el-loco-el-calculador/

Font, P. (2009). Obtenido de http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd90/0301fondes.pdf

Freud, S. (1905). *Tres ensayos sobre la teoría sexual.* Madrid: Alianza Editorial.

Fuster, V. (2010). *Monstruos super sanos: habitos saludables para toda la vida (Barri o Sesamo).* Editorial Planeta.

Gama, I. (12 de Octubre de 2015). *Revista Familia.* Obtenido de http://revistafamilia.com.mx/web/?p=1961

García, J. (18 de Abril de 2017). Obtenido de https://prezi.com/g3nmcmv9iqs9/caracteristicas-del-desarrollo-de-la-afectividad-infantil/

García, N. e. (2016). Obtenido de https://revistas.iberoamericana.edu.co/index.php/ripsicologia/article/view/970

Goleman, D. (1996). *Inteligencia emocional.* Barcelona: Editorial Kairós.

Gomez, R. e. (Septiembre de 2016). *Scielo.* Obtenido de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2174-51452016000300011

Gorski, A. (28 de Abril de 2017). Obtenido de https://www.infobae.com/tendencias/2017/04/28/colecho-un-debate-que-no-cesa-donde-deben-dormir-los-hijos/

Gross, G. (15 de Agosto de 2016). *LIFE Parents*. Obtenido de https://www.huffpost.com/entry/the-power-of-parental-influence-in-child-development_b_57a6a8b5e4b0c94bd3c9a60a

Grunsec, J. (Diciembre de 2014). *Enciclopedia sobre el desarrollo de la primera infancia.* Obtenido de http://www.enciclopedia-infantes.com/habilidades-parentales/segun-los-expertos/actitudes-y-creencias-parentales-su-impacto-en-el

Healthwise. (2018). Obtenido de https://www.northshore.org/healthresources/encyclopedia/encyclopedia.aspx?DocumentHwid=ue5316&Lang=es-us

Hidalgo, N. (2015). *Lifeder.* Obtenido de https://www.lifeder.com/desarrollo-psicosexual/

Karka, F. (27 de Enero de 2015). Obtenido de https://findpsychology.wordpress.com/2015/02/22/los-mecanismos-de-defensa-psicoanalisis/

Kaymaz, N. (21 de Noviembre de 2014). *De Gruyter.* Obtenido de https://www.degruyter.com/view/j/ijamh.2015.27.issue-4/ijamh-2014-0045/ijamh-2014-0045.xml

Keller, M. G. (14 de Diciembre de 2004). *Wiley Online Library.* Obtenido de https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/icd.365

Keneth, R. T. (1976). Free play behavior in midle and lower class preschoolers: Parten and Piaget revisited. *Child development* , 414-419.

Luijk, M. (Marzo de 2016). *Research gate.* Obtenido de https://www.researchgate.net/publication/298427230_Parent-child_bed-sharing_The_good_the_bad_and_the_burden_of_evidence?enrichId=rgreq-9048e6c44982761127b6a56637ff77cb-

XXX&enrichSource=Y292ZXJQYWdlOzI5ODQyNzIzMDtBUzozODA4NjczMjgzOTczMTJAMTQ2NzgxNzI1NTA1OA

Mahler, M. (1971). *El nacimiento psicológico del infante humano.* Buenos Aires: Marymar.

Merino, M. e. (2016). *www.neorologia.com.* Obtenido de http://ses.org.es/docs/rev-neurologia2016.pdf

Mora, P. R. (2013). Neurobiología del sueño y su importancia: antología para el estudiante universitario. *Scielo*.

National Geographic. (03 de Febrero de 2011). *National Geographic.* Obtenido de https://www.nationalgeographic.es/ciencia/encefalo

National Institutes of Health. (Mayo de 2012). Obtenido de https://www1.nichd.nih.gov/espanol/salud/temas/sleep/informacion/Pages/default.aspx

NIH. (Abril de 2013). *National institues of health*. Obtenido de https://salud.nih.gov/articulo/los-beneficios-de-dormir/

Ocampo, M. (01 de Diciembre de 2017). *Medium*. Obtenido de https://medium.com/teor%C3%ADas-y-sistemas-psicoterapéuticos-2018-1/winnicott-principales-aportes-9058794ea743

Ojeda, M. (Mayo de 2012). El sueño en la edad preescolar y su repercusión en el desarrollo, la conducta y el aprendizaje.

OMS. (1992). *CIE10 Trastornos menatles y del comportamiento: descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico.* Madrid: Técnicas Gráficas Formas SA.

OMS. (2018). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de http://www.who.int/topics/gender/es/

OMS. (2019). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de https://www.who.int/topics/breastfeeding/es/

Organización Mundial de la Salud. (1992). *Trastornos mentales y del comportamiento CIE-10.* Madrid: Técnicas gráficas FORMA SA.

Oxford Spanish. (2018). Obtenido de https://es.oxforddictionaries.com/definicion/crianza

Palma, J. (23 de Mayo de 2017). Obtenido de https://hera.ugr.es/tesisugr/26657089.pdf

Palmer, C. (Enero de 2018). *Research Gate.* Obtenido de https://www.researchgate.net/publication/322267914_Co-Sleeping_among_School-Aged_Anxious_and_Non-Anxious_Children_Associations_with_Sleep_Variability_and_Timing?enrichId=rgreq-49945efc5a0789626dc10e888db86666-XXX&enrichSource=Y292ZXJQYWdlOzMyMjI2NzkxNDtBU

Papalia, D. W. (2009). *Psicología del desarrollo de la infancia a la adolescencia.* México DF: McGraw-Hill.

Pérez, J. (Enero de 2015). Obtenido de https://elordenmundial.com/introduccion-al-concepto-de-desarrollo/

Perez, J. (2016). Obtenido de www.definición.de: https://definicion.de/colecho/

Piaget, J. (1969). *The psychology of the child.* New York: Basic Books.

Quicios, B. (24 de Julio de 2018). *Guia infantil*. Obtenido de https://www.guiainfantil.com/salud/suenos/colecho-con-ninos-mayores-si-o-no/

RAE. (2018). Obtenido de http://dle.rae.es/srv/fetch?id=UWfndCk

RAE. (2018). Obtenido de http://dle.rae.es/?id=E9e9ZKl

RAE. (2018). Obtenido de http://dle.rae.es/?id=EjXP0mU

Redpsicología. (27 de Marzo de 2018). Obtenido de https://glosarios.servidor-alicante.com/psicologia/desarrollo-psicosexual

Reevé, J. (1994). *Motivación y emoción.* Madrid: Mc Graw-Hill.

Romo, A. (2008). Obtenido de https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/3765/1/PowerPoint%20-%20TEMA4.pdf

Runiahue, V. (30 de Septiembre de 2012). *Slideshare.* Obtenido de https://es.slideshare.net/Laperfectailusion/quinta-teoria-del-desarrollo-de-piaget-1

Santos, A. P. (02 de Febrero de 2014). *ASENARCO*. Obtenido de http://asenarco.es/psicologia-y-sueno/

Santos, I. B. (15 de Enero de 2017). *Science Direct.* Obtenido de https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032716307881#bib23

Sarmiento, S. (2016). *Cepsim Madrid*. Obtenido de https://www.psicologiamadrid.es/blog/articulos/problemas-psicologicos/cuando-los-ninos-sufren-consecuencias-del-trauma-en-la-infancia

Smilansky, S. (1968). *The effects of sociodramatic play on disadvantaged preschool children.* New York: Wiley.

Soteras, A. (13 de Julio de 2016). *EFE Salud*. Obtenido de https://www.efesalud.com/melatonina-la-hormona-de-la-oscuridad/

Torres, A. e. (2014). Obtenido de https://repository.unad.edu.co/bitstream/10596/2684/4/41946256.pdf

UNESCO. (2018). Obtenido de https://es.unesco.org/themes/atencion-educacion-primera-infancia

Unicef. (Octubre de 2014). *www.unicef.org.* Obtenido de https://www.unicef.org/paraguay/spanish/unicef-guiaagentesformadores.pdf

UNID. (s.f.). Obtenido de http://www.colegioimi.net/uploads/2/3/2/3/23231948/etapas_desarrollo_piaget2.pdf

Universidad de Alicante. (2009). Obtenido de https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/12917/6/Tema%206.%20Memoria..pdf

Universidad de Granada. (2017). *StuDocu.* Obtenido de https://www.studocu.com/en/u/1302800

UPAEP. (s.f.). Obtenido de http://online.upaep.mx/campusvirtual/ebooks/DesarrolloCognitivoeInteligencia.pdf

Uriz, N. L. (2011). *El desarrollo psicológico de 3 a 6 años* . Pamplona: Fondo de publicaciones del gobierno de Navarra. Obtenido de https://www.educacion.navarra.es/documents/713364/714655/desarrollo.pdf/298a5bed-2c05-4bcb-b887-7df5221d6a1e

Valero, F. (24 de Noviembre de 2014). *Psicovalero.* Obtenido de https://psicovalero.com/2014/11/24/fases-del-desarrollo-psicologico-segun-margaret-mahler/

Vargas, L. (1994). Sobre el concepto de percepción. *Redalyc*, 47-53.

Weimer SM, D. T. (Julio de 2002). *ncbi.nilm.nih.gov*. Obtenido de PubLMed.gov: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12166796

West, J. (1996). *Terapia de juego centrada en el niño.* México DF: Manual Moderno.

Winnicott, D. (1972). *Realidad y Juego.* Buenos Aires: Gedisa.

# ANEXOS

**Anexo N°1**

**ENCUESTA "PATRONES DEL SUEÑO" - NIÑOS CEIAP**

**DATOS DEL PADRE:**
**Nombre _____ Edad: _____**
**Profesión/Escolaridad: _____**

**DATOS DE LA MADRE:**
**Nombre: _____ Edad: _____**
**Profesión/Escolaridad: _____**

**DATOS DEL NIÑOS**
**Nombre: _____ Edad: _____**
**Número de hijo *(primero, segundo, tercero):* _____**
**Número de hermanos *(cuantos hijos tiene incluyéndolo/a)*: _____**

1. **¿Su hijo/a duerme solo?**

   **SI NO**

2. **¿Desde cuando duerme solo *(edad)* y en dónde *(lugar)*?**

   _____

**Si su respuesta es NO, por favor continúe con las siguientes preguntas:**

3. **¿Su hijo/a duerme acompañado por uno o dos de los progenitores?**

   **SIEMPRE A VECES NUNCA**

   **Especificar si duerme acompañado toda la noche o si solo necesita un momento de compañía para dormirse:**
   _____

4. **¿Su hijo/a duerme en el mismo cuarto que usted(es), o en la misma cama?**

   **MISMO CUARTO MISMA CAMA**

   **Especificar si uno de los progenitores se va a dormir en el cuarto del niño(a):**
   _____

5. **Ha mantenido o mantiene intimidad con su pareja mientras su hijo/a duerme con ustedes?**

**SI** **NO** **OCASIONALMENTE**

6. **¿Su hijo/a duerme acompañado por otra persona *(hermanos/as, abuelos/as, cuidadoras)* a parte de sus progenitores?**

   **SIEMPRE** **A VECES** **NUNCA**

   **Especificar con quién duerme:**

   _____

7. **Señale las causas por las cuales su niño duerme acompañado:**

   - Hábito/Costumbre
   - Enfermedad del niño
   - Seguridad
   - Comodidad
   - Compañía
   - Factores socioeconómicos
   - Falta de tiempo para entrenar a su hijo/a para dormir solo/a
   - Otras (Especifique)

     _____

     _____

8. **¿Alguno de los padres, cuando era niño durmió con sus padres por periodos prolongados?**

   **SI** **NO**

   **Especificar cuánto tiempo:**

   _____

9. **¿Qué consecuencias positivas o negativas, creen que se han generado a partir de dormir con su hijo/a? *(problemas en su relación de pareja, inseguridad o seguridad en su hijo/a, problemas conductuales, cercanía en la relación paterno-filial, entre otros)***

   _____

   _____

10. **¿Su hijo/a ha experimentado o sufrido un suceso vital intenso en los últimos 6 meses *(muerte de un familiar, cambio de casa, nacimiento de un hermano, etc.)?***

    **SI** **NO**

    **Especificar que hecho:**

    _____

11. **¿Su hijo/a ha padecido o padece algún trastorno psicológico diagnosticado?**

    **SI** **NO**

    **Especificar que trastorno:**

_____

12. **¿Algún familiar del niño/a (madre, padre, tíos/as, abuelos/as) ha padecido o padece algún trastorno psicológico?**

    **SI NO**

    **Especificar que trastorno:**

    _____

    **GRACIAS ESTIMADOS PADRES DE FAMILIA**

**Anexo N°2**

**CASO 1**

**Historia 1._**

La gallina aquí está… los pollitos… uno, dos, tres, cuatro, cinco, seis y había una comida. Había un pollo que le estaban comiendo, estaba pobrecillo pero no estaba triste, estaba feliz cuando la gallina no estaba, cuando la gallina no se pinto, la gallina no está aquí, no está pintada pero los pollitos si están pintados. Los pollitos no construyen una casita pero los chanchitos si construyen y ya viene el lobo que les va a comer… los pollitos… de los 2 si tienen cucharita y el otro no tiene cucharita y la gallina no se ha pintado **(se ríe mientas se le va a presentar la siguiente lámina)**.

**Historia 2._**

Pero había un lobo, pero no había un lobo… habían unos osos que estaban jalando eso, él estaba enojado y él estaba triste **(señalando a los osos que están juntos)** porque el pequeñito se puso muy bravísimo porque estaba jalando muy duro esto, porque querían saltar y entonces se cayó, se golpeó la cabeza ¡ayyy pobresito!, mañana le vamos a poner una curita pero no le dolían los piecitos.

**Historia 3._**

Pero mi mamá ya me conto un cuento de la caperucita Roja, un león **(se ríe ante la lámina)** tiene unas uñas **(vuelve a reír)** el león tiene pelo, tiene una cuchara, un día el león no estaba muy enojado, estaba muy feliz pero no le gusta que le jalen al león, así el cuello, al león le jalan, los chicos le jalan al león el cuello así y no le gusta que le jalen el cuello, se pone bravísimo. Le empiezan a doler sus patitas y empieza a rasguñar con sus patas así.

**Historia 4._**

**(ríe al mostrarle la lámina)** Mira eso es un… yo veo un… pero a eso no le gusta que le jalen la patita, no a los chicos no les gustan que les jalen su patita… mira ella es la mamá y él es el

hijito. Mira también… pero mira aquí en la pancita… pero como se llama eso… ellos no tienen unas caras… el hijo y la mamá están aruñando, tenía unas uñas el pequeñito y el grande tiene unas uñas más grandes… pero mira lo que tiene la mamá… tiene… uno tiene orejas… tiene una tienda… pero tiene un sombrero de eso… pero se puso muy bravísima porque su hijo no comió toda la comida porque el hijo si tenia una bicicleta pero le quito a su mamita. La mamá le quitó la bicicleta porque no comió pero su mamá le dijo que no tenía fuerza y no estaba comiendo porque ya se fue. Su mamá le dijo que no puede jugar con el carro de su bebé, porque ella es su bebé.

**Historia 5._**

Tenía una camita de estas y una camita de estas, ahí no estaba su bebecito y ahí no estaba pero no estaba en su camita con su mamá. Se fueron al parque y les dejaron a la cunita y a su camita, en la cuna le dejaron a su bebecito su peluchito, pero no había su papá, no estaba mi papá se fue al trabajo; pero mi mamá me dijo que no me fuera al parque pero lo que le dejo a su papá, se puso triste porque se quería despedir de su hija y ya se fue. Su papá no se fue al trabajo pero ya el otro día ya se fue a su trabajo pero ya tenía que trabajar pero tal vez mi papá al otro día al parque conmigo a darme una vuelta con mi papi al parque porque no me da mucho miedo al parque.

**Historia 6._**

**(ríe al mostrarle la lámina)** pero unos osos… ¡ay mira pero si es un oso! Pero mira es un papá oso que vive en el túnel. Está durmiéndose pero el hijo ya se despertó porque el hijo oso ya se despertó porque tenía una cara de eso, tenía esa cara de cuando yo tenía esas caras, es el osito que es un papá oso que vive en una cueva y no regresaron a su casita, se quedaron en la cueva pero no tenía casita.

**Historia 7._**

¡Mira es un tigre que tiene unas caras! Se comió… se comió al mono porque tenía caras de eso. Tenía cara… el tigre le comió al mono.

**Historia 8._**

Pero si son eso… eso es un papá mono pero le cuidó porque a su… al monito… a su papá… "papi había un tigre que me estaba comiendo y habían unas garras que me estaban doliendo au au au, me estaba comiendo y no podía ir a la casita"… **(imita el sonido de los monos)** se subió a un árbol pero no podía, pero mira ahí está su… ahí está su… es el tío que le va a cuidar al hijo monito pero ahí está su abuelita pero mira ella si es la abuelita pero ella es la mamita.

**Historia 9._**

Pero si había un conejito saltarín **(ríe ante la lámina)** pero era de… de… del… del… pero estaba solito porque no le dejaban… estaba la puerta abierta cuando… había… estaba un lobo en la puerta porque habían unos lobos feroces pero el conejito se puso muy bravísimo por los lobos, los lobos le atacaron pero no le gustan a las chicas no le gustan que le… no le gusta que le jalen sus orejitas de aquí arriba, los lobos le estaban jalando con sus uñas y eso no le gustaba al conejo. Se puso muy bravísimo el conejito, cuando necesitaba ayuda dijo "mami mami los lobos me han atacado pero no me gustan que me ataque" y vino la mamá y los lobos se fueron y los lobos dijeron "mami loba nos atacan los conejitos" y vino la mamá de los lobos pero estaban muy enfermitos pero… había… un grande lobo feroz ayudándole al conejito pero el lobo ya le atacó al señor, ya le estaba atacando... le estaba matando.

**Historia 10._**

¡Ay, que bonito! Viste lo que vio, es un gran perrito que es un bebecito, quiere irse al bañito pero ahí está el bañito pero el perrito de la mamita "mami mami quiero ir al bañito" entonces van al baño, entonces ya le estaba… pero entonces no había un lobo que le estaba atacando al

perrito, pero estaba en su casita… no se fue al baño porque no le estaba avisando porque no se estaba haciendo pipi… en la casita de mi… de su mamita… no tenía ganas de hacer el bañito.

**Anexo N°3**

**<u>CASO 2</u>**

**Historia 1._**

Había una vez unos pollitos que estaban desayunando en la casa y después venía la mamá gallinita para ya… y ya desayunaron los pollitos que ya nacieron y ya comieron cuando el gallo sonó.

**Historia 2._**

Cuando los osos se pusieron a jalar la cuerda, pusieron mucha fuerza y jalaron tan fuerte y ganaron, ellos de acá **(señala a los osos que están juntos)**.

**Historia 3._**

El león no sabía que estaba un ratón al lado de la puerta, de la pared porque estaba hecho un hueco… que el león no le veía porque estaba muy muy mirando allá porque le gustaba el cielo.

**Historia 4._**

Mmm… cuando los… eh, no me acuerdo… de chiquita yo no me acuerdo cuando enseñaban eso… cuando los canguros se pusieron a tener una bicicleta, se fueron al bosque y buscaron una casa y cuando hubo un apagón, se hizo fuego la casa y llamaron a los bomberos y después apagaron.

**Historia 5._**

Eh… cuando los ositos bebés no estaban sus papás lloraron en la casa y no pudieron encontrar ningunos papás. Después buscaron a los papás y también se fueron al bosque para buscar a sus papás, ellos estaban en el bosque en un… en una casa del lobo feroz. Estaban tomando una sopita caliente y una tibia.

**Historia 6._**

Y cuando el oso estaba durmiendo, se puso a dormir cuando ya estaba dormido el chiquito oso se despertó y después salió de la cueva y salió tanto tanto tiempo que no pudo encontrarlo el oso.

**Historia 7._**

Cuando el tigre le atacó al mono, que no sabía que estaba ahí. Estaba dormido tanto tiempo que se despertó y el mono huyó por ayuda de sus amigos de la selva, ellos le ayudaron y se escapó y pusieron una trapa para ya salirse del tigre.

**Historia 8._**

Me sé todo de los monos… cuando los monos le extrañaban a su abuelito que… que no volvió porque estaba muerto… y después que le salvaron al monito hijito ellos le ocurrieron una idea para salvarlo de un tigre… tuvieron que tomar una cuerda y una red para atrapar al tigre para que escapará, le atraparon porque usaron una cuerda rápida.

**Historia 9._**

Y cuando el conejito se despertó de la camita, no le vieron a sus papás porque salieron de la puerta, subieron que tener… una… viendo las estrellas, y ahí le encontró. Después se vieron a vacaciones cuando ya nació el sol y ya… sonó el gallo para despertarlos tan fuerte.

**Historia 10._**

Y los perritos cuando fueron a molestar al lobo, se fueron corriendo a su casita para no molestarle al lobo.

**Anexo N°3**

**CASO 3**

**Historia 1._**

El primero significa que unos pajaritos estaban comiendo su comida en una ollita grande y sus platitos. Ya terminaron la comida y la mamá les mando a jugar.

**Historia 2._**

Un día estaban jugando un lobo, un osito pequeño y un zorro y estaban jugando a jalar la soga, el lobo estaba ganando pero luego ya se cansó y los ositos iban ganando.

**Historia 3._**

Un día un león que estaba muy bravo y era el rey de la selva, pidió que le traigan una sopa y luego él ya terminó la sopa y descansó.

**Historia 4._**

Este es que un día, unos canguritos fueron a pasear en una bicicleta, la hermana estaba paseando en una bicicleta y el pequeño estaba en la bolsa de su mamá y estaban llevando comida para hacer un picnic.

**Historia 5._**

En esta de aquí estaban dos ositos pequeños, que estaban durmiendo en su cunita. No… estaban los papás dormidos y luego los ositos se despertaron por un ratito. Los padres empezaron a hacer que los ositos se duerman de nuevo y se durmieron.

**Historia 6._**

Un día un… unos… ¿cómo es?... un osito estaba en su cueva acurrucándose para dormir en la noche y el pequeño estaba jugando con las lindas hojas. Su papá se quedó dormido y él despierto y fue a más allá de la casa del papá y luego él se encontró con su cuarto y él jugó en su cuarto y tuvo sueño y durmió.

**Historia 7._**

Un día cuando un tigre apareció en la selva cuando los monos estaban escalando, él salto con los monos y uno… él se agarró y pudo rescatarse en el árbol esperando a que él se vaya y luego se fue y cogió la banana que pudo dejar.

**Historia 8._**

Esta de aquí, un día los simios estaban ahí y luego ellos estaban haciéndose de trajes como si fueron sus tías y tíos y her… y tías y entonces… luego les engaño y luego ellos se burlaron de él tomando café. Ellos le engañaron a él.

**Historia 9._**

Un día un pobre conejito estaba en su casa durmiendo y descansando, se despertó y no vio a sus padres. Abrió la puerta e hizo frío y fue a buscarlos; luego como no había sus padres, los padres se fueron a una visita y luego volvieron de la tarde a la noche.

**Historia 10._**

Un día un pequeño perrito no se quiso bañar y la mamá le dijo que se bañe, y luego él se bañó y disfruto la bañada y vio que bañarse era muy divertido.