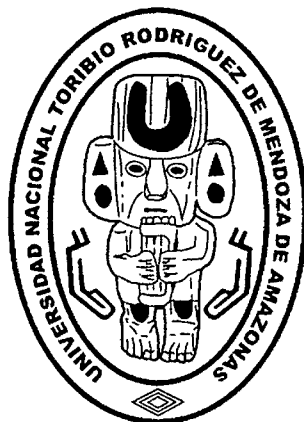


**UNIVERSIDAD NACIONAL
"TORIBIO RODRÍGUEZ DE MENDOZA DE AMAZONAS"**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**DESARROLLO SOCIOEMOCIONAL DE LOS NIÑOS
SEGÚN PERCEPCIÓN DEL CUIDADOR PRINCIPAL.
INSTITUCIÓN EDUCATIVA INICIAL N° 028 - MARZ- EL
PRADO, CHACHAPOYAS, 2014**

TESIS

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

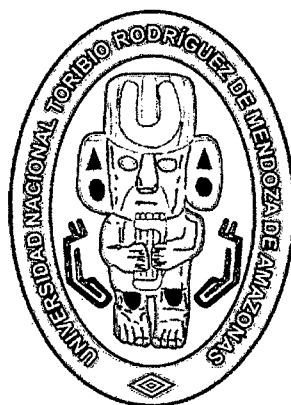
AUTORA : Br. MARILÚ JALK VALVIDIA

ASESOR : Mg. WILFREDO AMARO CÁCERES

**CHACHAPOYAS - PERÚ
2016**

**UNIVERSIDAD NACIONAL
TORIBIO RODRÍGUEZ DE MENDOZA DE AMAZONAS**

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**DESARROLLO SOCIOEMOCIONAL DE LOS NIÑOS
SEGÚN PERCEPCIÓN DEL CUIDADOR PRINCIPAL.
INSTITUCIÓN EDUCATIVA INICIAL N° 028-MARZ- EL
PRADO, CHACHAPOYAS, 2014**

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA

Autora : Br. MARILÚ JALK VALVIDIA

Asesor : Mg. WILFREDO AMARO CÁCERES

CHACHAPOYAS – PERÚ
2016

DEDICATORIA

A Dios por darme la vida y la salud para culminar mi carrera a pesar de los obstáculos que tuve durante el tiempo de formación universitaria.

A mis hijos, valió la pena hacer un paréntesis en mi formación profesional para dedicarme a su cuidado, ahora lo retomó con este trabajo de tesis para hacer de ellos hombres de bien.

A mi familia quien siempre estuvo presente en las buenas y malas, dándome ánimos para culminar mi formación profesional.

AGRADECIMIENTO

Al Lic. Wilfredo Amaro Cáceres, asesor de esta tesis, quien despertó en mí el interés en la investigación sobre la situación de los niños, sobre todo en las áreas que los servicios de salud descuidan, como lo es el área socioemocional.

A la Prof. Julia Arellanos Mendoza, directora de la I.E.I. N° 028 – Marz y a las profesoras de inicial de dicha institución por darme las facilidades para realizar este trabajo de investigación.

A los jurados de tesis, quienes me dieron valiosas sugerencias durante el proceso de revisión de la tesis.

Marilú

AUTORIDADES DE LA UNTRM

Ph.D. Jorge Luis Maicelo Quintana

Rector

Dr. Oscar Andrés Gamarra Torres

Vicerrector Académico

Dra. María Nelly Lujan Espinoza

Vicerrectora de Investigación

Dr. Policarpio Chauca Valqui

Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud

Dra. María del Pilar Rodríguez Quezada

Directora de la Escuela Profesional de Enfermería

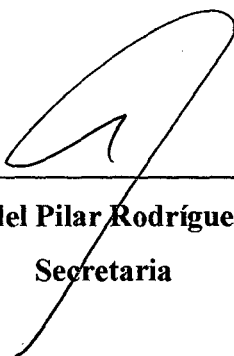
HOJA DE JURADO

(Resolución Decanatural N° 282-2015-UNTRM-VRAC/F.C.S)




Lic. Enf. María Esther Saavedra Chinchayán

Presidenta



Dra. María del Pilar Rodríguez Quezada

Secretaria



Lic. Enf. Sonia Celedonia Huyhua Gutierrez

Vocal

VISTO BUENO DEL ASESOR

Yo, Wilfredo Amaro Cáceres, con DNI N° 41983973, domiciliado en Jr. Hermosura 1050, de la ciudad de Chachapoyas, docente auxiliar a tiempo completo en la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas, doy visto bueno al informe de tesis titulado: DESARROLLO SOCIOEMOCIONAL DE LOS NIÑOS SEGÚN PERCEPCIÓN DEL CUIDADOR PRINCIPAL. INSTITUCIÓN EDUCATIVA INICIAL N° 028-MARZ- EL PRADO, CHACHAPOYAS, 2014, elaborado por la bachiller en enfermería MARILÚ JALK VALVIDIA.

Para lo cual firmo en conformidad.

Chachapoyas, 10 de Marzo del 2016



Mg. Wilfredo Amaro Cáceres

DNI N° 41983973

ÍNDICE DE CONTENIDO

	Pág
DEDICATORIA	i
AGRADECIMIENTO	ii
AUTORIDADES	iii
HOJA DE JURADO	iv
VISTO BUENO DEL ASESOR	v
ÍNDICE	vi
RESUMEN	x
ABSTRACT	xi
I. INTRODUCCIÓN	01
II. OBJETIVOS	05
III. MARCO TEÓRICO	06
IV. MATERIAL Y MÉTODO	29
4.1. Tipo y diseño de la investigación	29
4.2. Universo, población y muestra	29
4.3. Métodos, técnicas e instrumentos de recolección de datos	30
4.4. Análisis de datos	33
V. RESULTADOS	34
VI. DISCUSIÓN	38
VII. CONCLUSIONES	49
VIII. RECOMENDACIONES	50
IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	51
ANEXOS	

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág
Tabla 01: Desarrollo socioemocional de los niños según percepción del cuidador principal de la. Institución Educativa Inicial N° 028-Marz- El Prado, Chachapoyas, 2014.	34
Tabla 02: Desarrollo socioemocional de los niños por dimensiones, según percepción del cuidador principal de la. Institución Educativa Inicial N° 028-Marz- El Prado, Chachapoyas, 2014.	35

ÍNDICE DE FIGURAS

	Pág
Figura 01: Desarrollo socioemocional de los niños según percepción del cuidador principal de la. Institución Educativa Inicial N° 028-Marz- El Prado, Chachapoyas, 2014.	34
Figura 02: Desarrollo socioemocional de los niños por dimensiones, según percepción del cuidador principal de la. Institución Educativa Inicial N° 028-Marz- El Prado, Chachapoyas, 2014.	37

ÍNDICE DE ANEXOS

	Pág
Anexo 01: Instrumento de recolección de datos	52
Anexo 02: Matriz de consistencia	56
Anexo 03: Operacionalización de variables	58
Anexo 04: Validez y Confiabilidad del Instrumento	59
Anexo 05: tablas anexas	63

Tabla 03: Sexo de los niños y desarrollo socioemocional de los niños según percepción del cuidador principal de la. Institución Educativa Inicial N° 028-Marz- El Prado, Chachapoyas, 2014.

Tabla 04: Edad de los niños y desarrollo socioemocional de los niños según percepción del cuidador principal de la. Institución Educativa Inicial N° 028-Marz- El Prado, Chachapoyas, 2014.

RESUMEN

La presente investigación de enfoque cuantitativo, de nivel descriptivo, prospectivo de corte transversal, se realizó con el objetivo de determinar el desarrollo socioemocional de los niños según percepción del cuidador principal de la Institución Educativa Inicial N° 028 – Marz – El prado, Chachapoyas, 2014. La muestra estuvo conformada por los padres de familia que tienen sus niños entre los 4 a 5 años; para la recolección de datos se utilizó el método la encuesta, la técnica el cuestionario y como instrumento: el test Child Behavior Checklist (CBCL) for ages 1½-5, (Validez: 0.86 y confiabilidad 0.90). Los resultados evidencian que del 100% (33) de los niños considerados en el estudio, el 60.6 % (20) presenta un desarrollo socioemocional normal según percepción del cuidador principal; sin embargo el 24.2 % (8) presenta un desarrollo socioemocional en riesgo y un 15.2 % (5) un desarrollo socioemocional en rango clínico. En cuanto a las dimensiones se encontró los siguientes porcentajes de niños en rango clínico: ansiedad y depresión (30.3 %), quejas somáticas (15.2 %), conductas agresivas (30.3 %), problemas de sueño (3 %) y otros problemas (24.2 %). Se concluye que la mayoría de los niños menores de 5 años de la Institución Educativa Inicial N° 028 – Marz - El Prado presenta un desarrollo socioemocional normal según percepción del cuidador principal, sin embargo el porcentaje restante presenta desarrollo socioemocional en riesgo o en rango clínico, lo que resulta alarmante.

Palabras Claves: desarrollo socioemocional, percepción del cuidador principal, problemas socioemocionales

ABSTRACT

The present quantitative focus' investigation, from descriptive level, prospective of transversal court, was realized with the objective of determine the socioemotional knowledge from children according the perception of the main carer. The "028 March – El Prado –Educative Initial Institution", Chachapoyas 2014.

The sample was conformed by the family's parents who have children between 4 or 5 years old, for the data's recollection we used the survey's method, "the Questionary survey" and like instrument: the Child Behavior Check List Test for ages of 11/2 – 5, (Validity 0.86 and reliability 0.90).

The results show up that 100%(33) of the children considerate in the study, the 60.6%(20) present a normal socioemotional knowledge according of the main carer perception; however the 24.2% (8) present a socioemotional knowledge in risk and a 15.2% present a socioemotional knowledge in clinic range.

In count to the dimensions we found the following children's percentages in clinic range: anxiety and depression (30.3%), somatic complaints (15.2%), aggressive behaviors (30.3%), sleep's problems (3%) and another problems(24.2%).

We conclude that most of the minor children of 5 years from the "028 March – El Prado – Educative Initial Institution" present a normal socioemotional knowledge according their parents' perception, however the remaining percentages present a socioemotional knowledge in risk or in clinic range, which result alarming.

Key words: socioemotional knowledge, main carer perception, socioemotional problems.

I. INTRODUCCIÓN

El desarrollo socioemocional infantil es un constructo teórico que no se puede observar directamente, sino que se infiere a través del comportamiento de los niños y niñas. Específicamente, los indicios más evidentes se encuentran en la motricidad, el lenguaje, la cognición y el ámbito socioemocional. El desarrollo de los niños tiende a alterarse por varios motivos que van desde los problemas nutricionales, la afectividad, la poca estimulación de los padres hasta las experiencias que viven día a día (UNICEF, 2012, p. 34).

El desarrollo socioemocional temprano de los niños depende de una variedad de factores, incluyendo los genes y la biología (por ejemplo: salud física, salud mental y desarrollo del cerebro) y factores ambientales y sociales (por ejemplo: familia/comunidad, los padres y el cuidado del niño); estos factores pueden tener una influencia positiva o negativa en el desarrollo de los niños. Un niño social y emocionalmente saludable puede estar listo para empezar la escuela y así, participar completamente en las experiencias de aprendizaje y formar buenas relaciones con los cuidadores y los compañeros. El desarrollo social y emocional del niño repercute posteriormente en todos los ámbitos de la vida familiar, académico-laboral y social del mismo (UNICEF, 2012, p.36).

El desarrollo socioemocional en la primera infancia tiene muchas dimensiones, que abarcan múltiples aspectos del bienestar infantil. Su medición, por lo tanto, es una ciencia imprecisa. En el 2007, las estimaciones indicaron que más de 200 millones de niños menores de 5 años de los países en desarrollo no alcanzaban su pleno potencial. La estimación se basó en indicadores “aproximados” porque simplemente en ese momento no había otros indicadores del desarrollo socioemocional infantil en los países en desarrollo (UNICEF, 2012, p. 34).

Para los años 2000-2001, unos 473,663 niños y jóvenes con problemas emocionales recibieron servicios en las escuelas públicas de los Estados Unidos. Hasta el momento, las causas de los problemas emocionales no han sido adecuadamente determinadas. Aunque algunas causas pueden incluir factores tales como la herencia, desórdenes mentales, dieta,

presiones, y el funcionamiento familiar, ningún estudio ha podido demostrar que alguno de estos factores sea la causa directa de los problemas emocionales o del comportamiento tanto en niños como en jóvenes (Tripop, 2014, p. 16).

En la literatura internacional hay evidencia de altos porcentajes de niños con problemas socioemocionales. En la India se encontró que 45.6% presentaba problemas de conducta; en Uruguay, alrededor de 53%, y en Chile, 15%. También se han observado incrementos en los problemas de conducta de la población infantil en Estados Unidos; encontrando un aumento significativo entre 1979 a 1996 de todos los problemas psicosociales de los niños de entre 4 y 15 años de edad (6.80-18.70%), de los problemas de atención (1.40-9.20%), emocionales (0.20-3.60%) y del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en niños que recibían medicamentos (32-78%) (Oliva. et al, 2009, p.28).

En América Latina y el Caribe el problema del déficit de desarrollo en general en los niños es considerable y tiene índices similares o mayores; los datos sobre el desarrollo socioemocional en los niños son limitados comparando con los datos de crecimiento físico. Los estudios sobre los problemas conductuales y emocionales en la infancia temprana y edad preescolar “se encuentran treinta años atrasados en relación a (sic) las investigaciones de la psicopatología en la edad escolar y adolescente. Las alteraciones de las emociones o síndromes internalizantes están relacionadas con inestabilidad del estado de ánimo, obsesiones, problemas somáticos, nerviosismo, inseguridad, miedos, fobias, tristeza, apatía, disforia, inquietud, tensión, preocupación y culpabilidad entre otros síntomas (López. et al, 2010, p. 19).

No es conocido en la actualidad el número de niños peruanos que tienen retraso en el desarrollo mental, motor, social y emocional como consecuencia del deficiente estado de salud, nutrición y del ambiente físico desfavorable que rodea la gestación, el nacimiento y los primeros años de vida en condiciones de exclusión. Sin embargo, de acuerdo a los resultados de la última encuesta ENDES 2012, se sabe que el 17.9% de los menores de cinco años presenta desnutrición crónica y el 50.3% de las niñas y niños de 6 a 36 meses presentó anemia nutricional. Estos datos son suficientes para asumir que esta proporción

de niños tendrá deficiencias en el desarrollo, puesto que el retardo en el crecimiento físico y la presencia de anemia son dos marcadores importantes de ambientes desfavorables para el crecimiento y desarrollo (UNICEF, 2012, p. 14).

Además la valoración del desarrollo social y emocional de los niños en el sistema de salud esta reducido a pocos ítems que no ofrecen una evaluación completa del niño menor de 5 años en el área emocional, reduciéndose en el Perú a los aspectos físicos, y desarrollo psicomotor predominantemente. Las diferencias del medio ecológico y cultural afectan profundamente al desarrollo tanto físico como mental; la acción reciproca con el medio define el carácter de las aptitudes y conocimientos adquiridos y la forma en que se los valora. El retardo del crecimiento y desarrollo en niños menores de cinco años de edad provoca consecuencias irreversibles como déficit sensorial, motriz y/o mental, que dificulta su capacidad para cumplir las funciones básicas del desarrollo para su edad cronológica como caminar, hablar, aprender, mirar, escuchar, entre otras. Así lo advierte el Ministerio de Salud con el fin de evitar este déficit en el crecimiento y desarrollo de la niña y del niño del Perú (OMS, 2015, p. 4).

El Departamento de Amazonas es una de las regiones más pobres del país, según las evaluaciones realizadas, los indicadores generales de desarrollo en niños menores de 5 años muestran que más del 10% de niños presentan déficit en algún área del desarrollo, además se debe mencionar que existe un problema de subregistro y errores en el registro de estas actividades; tal como sucede a nivel nacional la valoración del crecimiento y desarrollo se reducen a la antropometría y en algunos casos al desarrollo psicomotor del niño, dejando de lado las áreas de lenguaje y desarrollo psicomotor (DIRESA, 2008, p. 21).

En los barrios urbanos marginales de la ciudad de Chachapoyas se puede observar una realidad donde confluyen diversos factores que pueden intervenir en el desarrollo socioemocional de los niños, frecuentemente se puede observar niños inhibidos, tímidos, con conductas reactivas, entre otros. En el sector del Prado donde se encuentra la Institución Educativa Inicial del lugar se puede escuchar en los padres que los niños

manifiestan diferentes tipos de conductas, desde positivas hasta negativas según la percepción de ellos mismos, además se sabe que existen situaciones familiares, sociales, culturales y económicas que pueden estar alterando el desarrollo de los niños, sobre todo en el área socioemocional.

Tomando en cuenta esta realidad problemática se plantea el siguiente problema de investigación: ¿Cómo es el desarrollo socioemocional de los niños según percepción del cuidador principal. Institución Educativa Inicial N° 028-Marz- El Prado, Chachapoyas, 2014?, teniendo en cuenta que es menos habitual contar con información relevante sobre un pilar del desarrollo infantil como lo es el desarrollo social y emocional, con estas aclaraciones que demuestran la importancia del desarrollo en la primera infancia con respecto a la formación de la inteligencia, la personalidad y el comportamiento social, se hace necesario e importante que el profesional de enfermería aborde la valoración del área socioemocional del niño, con la finalidad de realizar el cuidado del niño en todo su dimensión.

En los siguientes capítulos se presentan la base teórica utilizada para la investigación, los materiales y métodos, los resultados y discusión así como las conclusiones y recomendaciones.

II. OBJETIVOS

Objetivo general:

- Determinar el desarrollo socioemocional de los niños según percepción del cuidador principal de la Institución Educativa Inicial N° 028 – Marz - El Prado, Chachapoyas, 2014.

Objetivos Específicos:

- Identificar el desarrollo socioemocional de los niños según percepción del cuidador principal en cuanto a las dimensiones reactividad emocional, ansiedad/ depresión, quejas somáticas, ensimismamiento, problemas atencionales, conductas agresivas, problemas de sueño y otros problemas de la Institución Educativa Inicial N° 028 – Marz - El Prado, Chachapoyas, 2014.
- Identificar el desarrollo socioemocional de los niños según la percepción del cuidador principal en cuanto a edad y sexo de la Institución Educativa Inicial N° 028 – Marz - El Prado, Chachapoyas, 2014.

III. MARCO TEÓRICO

3.1. Antecedentes del problema

A Nivel Internacional

Mathiesen et al (2013). Chile. En su estudio: “Diferencias en el desarrollo cognitivo y socioemocional según sexo”; el propósito del trabajo fue comparar por sexo el desarrollo cognitivo y socioemocional de 100 estudiantes chilenos que pertenecían al programa de Talentos y que cursaban en su mayoría el último año de primaria. En el año 2004, los alumnos habían sido preseleccionados por sus profesores para participar en tal programa sobre la base de su talento académico. Durante el 2010, se les midió y comparó rendimiento escolar, comprensión lectora, logro en matemáticas, puntajes en la Prueba de Selección Universitaria (PSU), motivación académica, adaptación socioemocional, responsabilidad social, comportamiento social y conducta prosocial y antisocial. Se encontraron diferencias en el desarrollo socioemocional que favorecen a las mujeres. En el ámbito cognitivo, solo se observaron diferencias significativas en dos de los dieciséis indicadores; finalmente, se pudo concluir que no se presentan diferencias según sexo en los ámbitos estudiados.

Oliva, L. et al (2009). México. En su estudio, cuyo objetivo fue realizar la adaptación del Cuestionario del Comportamiento para Niños de 1½ y 5 en niños de entre 4 y 5 años de edad para la evaluación socioemocional, considerando para ello una muestra de 535 niños asistentes a veinte jardines infantiles de diversos estratos socioeconómicos. Los resultados indican que en la escala interna del desarrollo socioemocional, entre 84.8 y 77.19% de los niños se ubicaron dentro del rango normal (N) en cada uno de los síndromes, mientras que en los rangos limítrofe (L) y clínico (C) se localizó entre 1.86 y 14.95% de los sujetos, notándose que el porcentaje más alto (14.95%) del rango clínico corresponde al síndrome IV (Introversión). Los resultados muestran que una versión adaptada, como resultado del trabajo de validez de contenido, es más adecuada para la evaluación de los niños entre estas edades. Los autores sugieren la posibilidad de aplicar esta adaptación en otras poblaciones culturalmente similares a la empleada.

3.2.Base teórica

3.2.1.Desarrollo infantil

El desarrollo infantil temprano (DIT) se refiere al desarrollo físico, cognitivo, lingüístico y socio-emocional de los niños y niñas de 0 a 8 años, de una manera integral para el cumplimiento de todos sus derechos.

El DIT comprende cuestiones relacionadas con la salud, el aprendizaje, la educación, el apoyo familiar, así como la atención a la protección y bienestar social de ellos y ellas desde que nacen hasta los primeros años de la escuela primaria (aproximadamente hasta los ocho años).

La Convención sobre los Derechos del Niño (CDN) es el primer instrumento internacional jurídicamente vinculante que incorpora toda la gama de derechos humanos: civiles, culturales, económicos, políticos y sociales. En 1989, los dirigentes mundiales decidieron que los niños y niñas debían de tener una Convención especial destinada exclusivamente a ellos, ya que precisan de cuidados y protección especiales, que los adultos no necesitan. De esta manera el mundo reconoce que los niños y niñas tienen también derechos humanos. Todos los niños tienen derecho a ser registrados cuando nacen, a recibir atención de la salud, una buena alimentación, educación y protección contra las lesiones, el maltrato y la discriminación. Es la obligación de los padres o tutores y de los gobiernos, asegurar que estos derechos se respeten, se protejan y se pongan en práctica (UNICEF, 2012, p. 13).

3.2.2.Desarrollo socioemocional del niño.

a) Conceptos y generalidades

El desarrollo socio-emocional es la capacidad de un niño de comprender los sentimientos de los demás, controlar sus propios sentimientos y comportamientos y llevarse bien con sus compañeros. Para que los niños puedan adquirir las habilidades básicas que necesitan, tal como

cooperación, seguir instrucciones, demostrar control propio y prestar atención, deben poseer habilidades socioemocionales. Los sentimientos de confianza, seguridad, amistad, afecto y humor son todos parte del desarrollo socio-emocional de un niño (Centro Mid Sate, 2009, p. 6).

Dentro del desarrollo emocional en el niño se deben abordar algunos aspectos, el desarrollo socio-emocional implica la adquisición de un conjunto de habilidades. Entre ellas las más importantes son la capacidad de:

- Identificar y comprender sus propios sentimientos
- Interpretar y comprender con exactitud el estado emocional de otras personas
- Manejar emociones fuertes y sus expresiones de una forma constructiva
- Regular su propio comportamiento
- Desarrollar la capacidad para sentir empatía por los demás
- Establecer y mantener relaciones

Cada una de estas habilidades se desarrolla a un ritmo propio y se sustentan una sobre la otra. El fundamento del desarrollo socio-emocional se inicia en la infancia, un bebé de dos meses de edad se tranquiliza y sonríe al oír la voz de uno de sus padres, cuando la persona que cuida al niño le habla, él/ella fija su atención en la cara de la persona amada. Saber leer las señales de su niño y prestarle atención desde el momento en que nace, da inicio a la formación de su desarrollo socio-emocional, desarrollando así una relación de seguridad, confianza y amor (Centro Mid Sate, 2009, p. 8).

b) Importancia del desarrollo socio-emocional

El desarrollo socio-emocional de un niño es tan importante como su desarrollo cognitivo y físico. Es importante saber que los niños no nacen con habilidades socio-emocionales. El rol de sus padres, las personas que los cuidan y sus maestros, es enseñar y promover estas habilidades. El desarrollo socio-emocional provee al niño un sentido de quién es él en el mundo, cómo

aprende y le ayuda a establecer relaciones de calidad con los demás. Esto es lo que impulsa a un individuo a comunicarse, conectarse con otros y lo que es aún más importante, le ayuda a resolver conflictos, adquirir confianza en sí mismo y lograr sus metas. Establecer una firme base socio-emocional desde la niñez ayudará al niño a prosperar y ser feliz en la vida. Así como estar preparado para manejar el estrés y perseverar durante los momentos difíciles de su vida adulta. Los aspectos siguientes, ya sea en el niño o en el ambiente, influyen en el desarrollo social y emocional de los niños pequeños en los primeros 5 años de vida:

- Salud física general del niño
- Temperamento del niño (estilo de conducta con la cual nació el niño)
- Tensión familiar
- Tensión y recursos de la comunidad
- Calidad de adaptación entre el niño y los padres
- Abuso del niño
- Exposición a la violencia en el hogar o en la comunidad
- Relación padre-hijo
- Habilidad de los padres para enfrentar las demandas de ser padre
- Auto-estima de los padres
- Capacidad para proteger al niño de la sobre estimulación
- Apoyo social (Centro Mid Sate, 2009, p. 4).

c) Algunos aspectos que se consideran dentro del desarrollo socioemocional

- **La autoestima.-** Autoestima es el afecto que uno siente por su propia persona, independientemente de nuestra condición. Es el amor y el respeto que nos damos, a partir del que recibimos de los demás en los primeros años de formación. Es necesario enseñar a los niños y niñas a quererse y valorarse, esto se logra transmitiéndoles el amor que se les tiene, el valor que se les da y el respeto que se siente hacia ellos. Para fortalecer la autoestima de los niños es necesario que los padres

y las madres sepan demostrar su amor con caricias, besos, abrazos y palabras. No se debe dar por sentado que los niños saben que los queremos. Pocos niños y niñas tienen exacto conocimiento de sus habilidades o de sus cualidades. Los niños necesitan sentir que son capaces de hacer cosas, para ello es necesario asignarles responsabilidades. Las responsabilidades, por pequeñas que sean, constituyen un reto. Nadie puede sentirse responsable si no asume obligaciones y las consecuencias de las propias decisiones.

Los niños y niñas deben aprender a tomar decisiones. Si son buenas, saben que optaron bien. Si la decisión no es la mejor, aprenderán que los fracasos ayudan a construir futuros éxitos. Los padres y las madres deben evitar ayudar demasiado a los niños y niñas, cuando los sobreprotegen generalmente les hacen sentir que no son capaces. Un elemento fortalecedor de la autoestima es hacer sentir a nuestros hijos que pueden hacer las cosas por sí mismos y que lo pueden hacer bien. Los padres y las madres deben recordar que no siempre estarán allí para solucionar las dificultades de sus vástagos (Dávila, 2006, p. 8).

- **Resiliencia.-** El vocablo tiene su origen en el idioma latín, en el término resilio que significa volver atrás, resaltar, rebotar. El término fue adaptado a las ciencias sociales para caracterizar aquellas personas que a pesar de haber nacido y vivir en situaciones de alto riesgo, se desarrollan psicológicamente sanos y exitosos. La Resiliencia es importante porque es la capacidad humana para hacer frente a las adversidades de la vida, superarlas y salir de ellas fortalecido o incluso transformado. La forma en que los padres o personas que cuidan a los niños responden a situaciones y la forma en que ayudan a los niños a responder distingue a los adultos que fomentan la resiliencia o que la destruyen (Dávila, 2006, p. 19).

- **Disciplina positiva.-** Los niños no son adultos en miniatura, son seres en proceso de crecimiento y necesitan constantemente de la ayuda de su padre, su madre y de quienes los cuidan, para incorporar valores, hábitos, costumbres y prácticas. Promover conductas positivas, en niños y niñas es un reto, para lograrlo es importante: que las personas que los cuidan entiendan el por qué los niños y niñas actúan de la forma que lo hacen y que les respondan siempre de una manera positiva mostrándoles amor, además de hacerles sentir su apoyo incondicional. Es necesario ayudar a niños y niñas a ser gentiles, correctos y solidarios con los otros, a respetar las cosas de los demás, a pensar por sí mismos, a aceptarse y a valorarse ellos mismos. Para esto es necesario establecer reglas pues ayudan a los niños a aprender cosas y evitar el peligro.

Las reglas deben ser simples y deben adecuarse a la edad del niño o niña. Ellos necesitan reglas para cosas como:

- Hora de dormir.
 - Deberes o tareas escolares.
 - Dónde pueden o dónde no pueden ir.
 - Qué palabras pueden o no deben usar.
 - Qué programas de televisión pueden ver, cuándo y cuántos
- (Dávila, 2006, p. 35).

- **Las rabietas o pataletas.-** Las rabietas o pataletas son un rasgo típico de la primera infancia y varían de niño a niño. Surgen, aproximadamente, cuando los niños cumplen el primer año de edad y se hacen menos frecuentes entre los cuatro y cinco años. Las rabietas se manifiestan a través de: gritos y llantos, contener la respiración, lanzar y romper objetos, golpearse contra las paredes o el piso, tirarse al piso o ser agresivo con los demás. Los niños tienen rabietas como

una forma de expresar su frustración y su enojo, pues muchas veces les resulta difícil expresar a través de las palabras sus sentimientos y emociones (Dávila, 2006, p. 23).

Las rabietas suelen expresar cómo se siente un niño con ira. Es su manera de decir si tiene hambre, está cansado, enojado, aburrido. Muchas veces son la forma de liberar presión de la manera que conocen. Las rabietas pueden colocar a las personas que cuidan a los niños en el límite de la paciencia. Es necesario lidiar con ellas de forma positiva (Dávila, 2006, p. 23).

- **Aprendiendo a ir al baño.-** El control de los esfínteres, contrariamente a lo que muchos padres y muchas madres piensan, no depende de si los niños y las niñas son colocados a tiempo en la bacinilla o en el inodoro, de su voluntad de cooperación, o de decidir cuándo sí o cuando no quieren hacer sus necesidades fisiológicas.

El control de los esfínteres depende del desarrollo de algunas conexiones” del sistema nervioso que toman su tiempo en madurar. En el desarrollo del control de los esfínteres hay marcadas variaciones individuales. Se podría decir que el proceso de control empieza, aproximadamente, a los 2 ½ años y termina cerca de los cinco años. Los padres y las madres, al igual que en otras facetas del crecimiento y desarrollo no deben presionar a sus hijos debido a que el control de esfínteres se logra poco a poco. Muchas habilidades no se desarrollan simultáneamente ni a igual velocidad.

Así como hay infantes que caminan “temprano” pero hablan “tarde”, hay los que controlan perfectamente sus esfínteres antes de que su padre y su madre piensen en el tema, pero que desarrollan su parte social y afectiva después. Por otro lado hay niños que están más

avanzados en su conducta social con relación a otros de su misma edad pero que mojan la cama después de los cinco años o manchan su ropa interior; verifique si es por higiene deficiente o por pérdida del control de los esfínteres (Dávila, 2006, p. 24).

- **Conductas e intereses sexuales.-** Como en todos los temas que hemos tratado, en el área sexual existen las diferencias individuales. Estas diferencias son producto de las diferencias de temperamento, carácter, intereses o de la edad de niños y niñas. Hay niños y niñas que tienen gran interés en los temas sexuales y que lo manifiestan desde muy pequeños. No sólo preguntan sino que intentan obtener información y experimentar cosas por sí mismos.

Otros tienen mediano interés en el tema y preguntan muy poco al respecto. Hay los intelectuales que necesitan mucha información temprana. Algunos niños y niñas prefieren una aproximación directa. Estos niños quieren y necesitan respuestas cortas y directas; hay los que no se aproximan de manera directa a ningún tema y preguntan un poco hoy, otro poco un mes después y aceptan mejor la información sobre la sexualidad de los animales que de las personas (Dávila, 2006, p. 25).

- **La hora de dormir.-** Hacer que un niño o niña se vaya a la cama y hacerlo dormir, puede ser una tarea ardua y exasperante para cualquier padre o madre. Algunas niñas y niños se duermen en el momento en que sus cabezas tocan la almohada y duermen profundamente la noche entera. Otros niños y niñas desde su más temprana infancia tienen dificultades para dormir. Particularmente tienen dificultades para la transición entre estar despiertos y empezar el sueño. Se debe tener siempre presente que esta “dificultad” para dormir es una real dificultad y no un percance intencional que el niño

o niña colocan para mantenerse despiertos. Teniendo esto siempre en mente, el papel del padre o la madre debe ser ayudar a su hijo a suavizar esta transición y no castigarlo por no poder dormir. La mejor manera de “poner a dormir” o meter a la cama al niño o niña varía dependiendo de las diferencias individuales de cada uno de los infantes y de su edad (Dávila, 2006, p. 26).

- **Los miedos.-** La mayoría de niños y niñas tienen miedos generalizados o algún miedo específico. Estos miedos pueden entrar a sus vidas producto de incidentes inesperados o de infelicidad. Los niños y niñas pueden presentar miedo a perder al padre o a la madre, sobre todo si han pasado por la experiencia de perder una mascota o un ser querido. Resulta imposible proteger a los niños y niñas de todos sus miedos. En la medida en que crecen, ellos atravesarán una serie de miedos que irán superando. Cada niño es diferente con relación a sus miedos y a las edades que los enfrenta y los supera. Pero en general cada edad trae, muchas veces, sus miedos característicos (Dávila, 2006, p, 28).

d) Proceso de desarrollo social y emocional en un niño en edad preescolar (3 a 5 años)

Las personas más importantes en la vida de los niños en edad preescolar es su familia. Durante los primeros años preescolares, los niños desean complacer a los demás, con frecuencia necesitan aprobación, reafirmación y atención. Pueden sentir miedo cuando se separan de los padres o de las personas que los cuidan, pero generalmente se consuelan y se ajustan fácilmente a nuevos ambientes en unos cuantos minutos, los niños en edad preescolar empiezan a aprender cómo interactuar con sus compañeros (Centro Mid Sate, 2009, p. 6).

Los niños a la edad de 3 a 5 años tienen más capacidad para adquirir habilidades socio-emocionales porque ya se han desarrollado más mental y físicamente. Tienen mayor capacidad para autorregularse y han aprendido a interpretar las emociones de las demás personas. A los tres años de edad, el niño da un gran salto al mundo de la socialización, cuando los niños de esta edad se exponen a oportunidades sociales, estarán atraídos naturalmente hacia el juego social. La función de los padres y de las personas que los cuidan es “orientar” al niño durante las interacciones sociales, cuando lo necesiten. Los padres y adultos deben enseñarles a los niños palabras para que participen en el juego y deben darles opciones sobre cómo resolver conflictos. Empezar a aprender estas habilidades en este momento desarrollará la confianza en sí mismos y los hará sentirse positivos al jugar con otros niños (Centro Mid Sate, 2009, p. 5).

La imaginación de los niños aumenta a esta edad. Es importante dejar que sea creativo y motivar su imaginación. “Con toda esta imaginación burbujeante, aparecen dos nuevos atributos. Lo más probable es que aparezca el sentido del humor y será evidente su capacidad de demostrar empatía por los demás”. A los cuatro años de edad, los niños en edad preescolar pasan mucho tiempo divirtiéndose con juegos de fantasía. El propósito detrás de este tipo de juego es entender la función de los adultos en sus vidas. La personalidad y el control emocional del niño se desarrollan mucho durante los años preescolares. Enseñarle y ayudarlo a comprender y a reconocer sus sentimientos, le ayudará mientras continúa creciendo (Centro Mid Sate, 2009, p.7).

Se está creando la base fundamental para las interacciones sociales de toda la vida, conforme los niños preescolares crecen, empiezan a depender menos de los demás. Tienen más confianza y son más independientes, empiezan a comprender cómo comportarse en situaciones sociales, cooperando, compartiendo y cumpliendo con las reglas. Notará que su niño discutirá más

con usted para justificar sus deseos e ideas. Se dará cuenta que ellos pueden usar la lógica para justificar la razón por la cual deberían poder hacer algo con lo que usted anteriormente no estaba de acuerdo que hicieran. Las habilidades socio-emocionales permanecerán con el niño durante toda su vida (Centro Mid Sate, 2009, p. 8).

e) Dimensiones para evaluar el desarrollo socioemocional de los niños desde los problemas en estas áreas.

- ✓ **Reactividad emocional.-** La emoción es una reacción afectiva que surge súbitamente ante un estímulo, duran un corto tiempo y comprende una serie de repercusiones psicocorporales. El componente expresivo de las emociones es indispensable para su definición y en el entendimiento de las interacciones sociales. Cada emoción es única y ello favorece la comprensión de lo que los demás experimentan, predecir su comportamiento futuro y promover una interacción social más eficaz y adecuada. La afectividad es aquel conjunto del acontecer emocional que ocurre en la mente del hombre y se expresa a través del comportamiento emocional, los sentimientos y las pasiones. La afectividad es el conjunto de sentimientos inferiores y superiores, positivos y negativos, fugaces y permanentes que sitúan la totalidad de la persona (Martínez. et al, 2011, p. 47).

- ✓ **Ansiedad/ Depresión.-** Hay muchas definiciones de la ansiedad, pero una que es útil es la aprensión o el temor excesivo sobre circunstancias reales o imaginarias. La característica más importante de la ansiedad es la preocupación, que es la inquietud excesiva sobre situaciones con resultados inciertos. La preocupación excesiva es improductiva porque puede interferir con la habilidad de tomar acción para resolver un problema. Los síntomas de la ansiedad pueden reflejarse en el pensamiento, comportamiento, o reacciones físicas (Huberty, 2014, p. 14).

- Trastornos de ansiedad en edad adulta.

Cuando la ansiedad se torna excesiva, yendo más allá de lo esperado en determinadas circunstancias y del nivel de desarrollo del niño o niña, entonces pueden surgir problemas en el funcionamiento social, personal y académico, resultando en un trastorno de ansiedad. Los signos de los trastornos de ansiedad son similares en niños y adultos, a pesar de que los niños pueden mostrar más signos de irritabilidad y falta de atención. La frecuencia de los trastornos de ansiedad fluctúa entre el 2 y el 15% en los niños y ocurre con algo más de frecuencia en las mujeres. Hay muchas clases de trastornos de la ansiedad, pero los más comunes se enumeran a continuación (Huberty, 2014, p. 15).

En cuanto a la depresión, que antes solo se diagnosticaba en personas adultas, está cada día haciendo sufrir también a los niños. Ya no son sólo los adultos los que se deprimen. La depresión infantil puede surgir a causa de "cambios importantes y estrés" como resultado de la pérdida de los padres, un divorcio, problemas familiares, etc.

Según la OMS la depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. La depresión puede llegar a hacerse crónica o recurrente, y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria. En su forma más grave, puede conducir al suicidio. Si es leve, se puede tratar sin necesidad de medicamentos, pero cuando tiene carácter moderado o grave se pueden necesitar medicamentos y psicoterapia profesional. La depresión es un trastorno que se puede diagnosticar de forma fiable y que puede ser tratado por no especialistas en el ámbito de la atención primaria (OMS, 2015, p. 3).

El estado de ánimo depresivo es una parte común y universal de la experiencia humana. Puede ocurrir a cualquier edad y tener muchas causas. Los niños pueden comunicar o mostrar sentimientos de infelicidad, tristeza, desaliento o irritabilidad, pero la mayoría de los niños se recuperan rápidamente de estos estados de ánimo. Sin embargo, para otros la depresión puede ser severa y de larga duración, y puede interferir con todos los aspectos de la vida diaria, desde el rendimiento académico hasta las relaciones familiares (Saklofske, 2014, p. 34).

La incidencia de depresión severa en los niños es probablemente del 5% al 6%, aunque no se saben las cifras exactas. Aunque en la niñez no existen diferencias entre los géneros en relación a los trastornos del estado de ánimo, las niñas son más propensas que los niños a sufrir de depresión durante la adolescencia y la etapa adulta. La depresión y el riesgo de suicidio que la acompaña aumentan significativamente durante la adolescencia (Saklofske, 2014, p. 33).

- ✓ **Quejas Somáticas.-** Las quejas somáticas constituyen un problema frecuente en los niños, aunque sólo en algunos casos es posible encontrar una causa médica clara. Por ello, existe una atención creciente hacia los factores psicológicos que podrían estar relacionados. Dos áreas del funcionamiento emocional son los principales: los estados de ánimo negativo y conciencia emocional.

Las quejas somáticas son frecuentes en la infancia. La investigación ha puesto de manifiesto su relación con la conciencia emocional y la inadaptación. Las investigaciones indican que la prevalencia de quejas somáticas en la infancia es alta, siendo el cansancio, el dolor de cabeza y el dolor de estómago los más frecuentes. Los mareos y el dolor de cabeza son superiores en niñas y las quejas disminuyen con la edad. Las

quejas somáticas se relacionan negativamente con la conciencia emocional y positivamente con la inadaptación. Las variables que más contribuyen en la predicción de las quejas somáticas son la inadaptación personal y diferenciar emociones.

- ✓ **Ensimismamiento/ retraimiento.-** El ensimismamiento se refiere a uno mismo, yo mismo o expresiones similares, pueden referirse a estar solo, pensando en uno mismo. También se puede entender como ensimismamiento la abstracción del hombre con el exterior, concentrándose en los propios pensamientos, de esos pensamientos que solo el hombre puede figurarse. “Cuando la conducta de ensimismarse o apartarse es sostenida durante la infancia, nos encontramos frente a una importante señal de alarma que nos hace dirigir la atención hacia los trastornos orgánicos y los que se presentan dentro de una relación (Gorodisch, 2012, p. 18).

El retraimiento social se caracteriza porque el niño tiene una frecuencia relativamente baja de interacciones con sus compañeros, bajos niveles de aceptación, y de altos niveles de rechazo por parte de sus iguales. Sin embargo, no es retraimiento social el aislamiento que vive un niño a consecuencia del rechazo de sus compañeros, ya que el niño no lo busca.

Se define entonces el retraimiento como la disminución de la interacción social del niño con sus cuidadores primarios. Es la acción de replegarse sobre sí mismo con el objetivo de defenderse y preservar la personalidad. Hay herramientas que permiten medir el grado de retraimiento relacional de los niños, y objetivar la preocupación sobre el desarrollo emocional. Las causas del retraimiento son diversas: depresión, síndromes autísticos, problemas de apego, trastornos de la regulación, problemas de nutrición, dolor crónico, trastornos sensoriales

y cuadros de ansiedad. Los ítems que la conforman son ocho: la expresión facial, el contacto visual, el nivel general de actividad, los gestos de autoestimulación, las vocalizaciones, la vivacidad de la reacción a la estimulación, la capacidad de entablar una relación y la capacidad de atracción del bebé (Gorodisch, 2012, p. 35).

- ✓ **Problemas atencionales.-** El déficit de atención, trastorno más conocido en el pasado por hiperactividad o síndrome hiperkinético, es objeto actualmente de especial preocupación tanto para padres y educadores como también para psicólogos clínicos, psiquiatras, neurólogos e investigadores. No hay demasiada claridad sobre lo que se viene llamando hiperactividad.

En los años 70 se enfatizaba la inquietud motora, o sobreactividad, del hiperactivo. La inquietud en sí misma considerada, no podría considerarse alarmante en los niños, pero puede ser motivo de preocupación cuando va acompañada de otros síntomas que caracterizan lo que se conoce como “síndrome del niño hiperactivo”. Lo típico del niño con este síndrome es que esté en continuo movimiento, que sólo se concentró durante un momento, que actúe y hable dejándose llevar de sus impulsos, así como que se impaciente y se desconcierte fácilmente. En casa tiene constantemente problemas a causa de su agitación, alboroto y desobediencia (ECI, 2012, p. 10).

Los problemas por Déficit Atencional, se caracterizan por distracción, corto tiempo de concentración, impulsividad, deficiente control de su conducta e hiperactividad. Son presas de una actividad improductiva, con gran riqueza de movimiento, sin una finalidad aparente. A esta sintomatología se la denomina hiperactividad o hiperquinesia. En estos niños la hiperactividad, junto al déficit atencional, son los integrantes más llamativos de síndrome de disfunción cerebral mínima, y que en un

80% de los casos clínicos, van asociados. Es imperioso para ellos moverse, prefieren correr a andar, cambian permanentemente de actividades, que abandonan casi de inmediato (ECI, 2012, p. 6).

- ✓ **Conductas agresivas.-** Por Conducta Agresiva se entiende, un modo de actuar de los niños caracterizada por: excesos de cólera, actos de desobediencia ante la autoridad y las normas del hogar, amenazas verbales, daños a cosas materiales, deterioros en la actividad social y académica por episodios de rabias, discusiones con los hermanos, con los padres y otros integrantes de la familia, gritos, molestar a otros integrantes de la familia, mostrarse iracundo o resentido, pleitos (Hernández, 1999, p. 15).

La familia constituye el lugar por excelencia en donde los niños aprenden a comportarse consigo mismos y con los demás, es decir es un agente de socialización infantil. Es la agresividad, una de las formas de conducta que se aprenden en el hogar, y en donde las relaciones intrafamiliares ejercen una influencia en su generación y mantenimiento. Cuando los niños exhiben conductas agresivas en su infancia y crecen con ellas formando parte de su repertorio conductual, se convierten en adolescentes y adultos con serios problemas de interrelación personal, que pueden generar conductas antisociales, alcoholismo, dificultades en la adaptación al trabajo y a la familia, y en el peor de los casos llegan a exhibir una conducta criminal y a sufrir afectación psiquiátrica grave (Hernández, 1999, p. 42).

Las teorías sobre las causas de la agresión son múltiples, van desde: considerar la presencia de factores biológicos en el origen de estas conductas. Se apoyan en tres investigaciones: a) una disfunción de los mecanismos inhibitorios del sistema nervioso central; b) el surgimiento de una emocionalidad diferente; y c) efectos de los andrógenos sobre la

conducta de los humanos. Las teorías psicodinámicas, que consideran que existen factores innatos en el individuo que lo llevan a presentar una conducta agresiva. Es una búsqueda de placer, es un instinto primario (destrucción o muerte) (Hernández, 1999, p. 23).

- ✓ **Problemas de sueño.-** Uno de los problemas más frecuentes en bebés y niños pequeños es la falta de sueño. El niño puede tener dificultades para conciliar el sueño o se despierta y quiere ver a los padres. Los niños muy pequeños suelen temer el ser dejados solos por la noche. Esta “ansiedad de separación” es normal en esta edad temprana. Los problemas para dormir son debidos a una serie de causas, como dormir demasiado durante el día, miedos nocturnos y orinarse en la cama. Los niños mayores y adolescentes también pueden tener dificultades para dormir. A veces, los problemas para dormir son parte de una depresión grave (Alberola, 2010, p. 33).

Los problemas relacionados con el sueño tienen una alta prevalencia entre los niños y adolescentes en todo el mundo, según los diversos estudios recogidos en la literatura. La importancia de los trastornos del sueño reside en que cada vez hay más evidencias disponibles acerca de la influencia de estos trastornos en el desarrollo físico, cognitivo, emocional y social de los niños (Alberola, 2010, p. 34).

- ✓ **Otros problemas.-** Existe una tendencia, bastante generalizada hoy en día, a atribuir a todos los trastornos psíquicos causas biológicas (incluidas las genéticas, que también son biológicas), con lo que éstos ya no serían trastornos mentales sino trastornos cerebrales o neurológicos. La psiquiatría se reduciría así a una rama de la neurología y la psicoterapia perdería su razón de ser.

Sorprende muchas veces la ligereza con la que se afirma que tal o cual trastorno es de causa orgánica, cuando en realidad son muy pocos los trastornos psíquicos de probado origen orgánico. En la amplia mayoría de los casos el posible origen orgánico no pasa de ser una hipótesis.

Incluso el hallazgo de ciertas alteraciones bioquímicas que puedan presentarse, con relativa frecuencia estadística, asociadas a ciertos trastornos, no nos autoriza a afirmar que los originen. En ciencia las relaciones de simultaneidad no se confunden con las causas. Por ejemplo, el crecimiento del pelo y el de los dientes pueden ser simultáneos en un bebé, pero esto no significa que uno cause al otro, sino que ambos tienen una causa común (el programa genético) (Averbach, 2014, p. 15).

3.2.3. Percepción de los padres sobre el desarrollo socioemocional de los niños

La percepción obedece a los estímulos cerebrales logrados a través de los 5 sentidos, vista, olfato, tacto, auditivo y gusto, los cuales dan una realidad física del entorno. Es la capacidad de recibir por medio de todos los sentidos, las imágenes, impresiones o sensaciones para conocer algo. También se puede definir como un proceso mediante el cual una persona selecciona, organiza e interpreta los estímulos, para darle un significado a algo. Toda percepción incluye la búsqueda para obtener y procesar cualquier información. Es el proceso cognoscitivo que permite interpretar y comprender el entorno. Es la selección y organización de estímulos del ambiente para proporcionar experiencias significativas a quien los experimenta. La percepción incluye la búsqueda de, la obtención y el procesamiento de información.

La calidad de las relaciones interpersonales, incluyendo la interpretación de intenciones y emociones de los padres, cumple un rol fundamental en el desarrollo del niño. Los padres contribuyen al desarrollo de los hijos

clasificaciones que realizan los distintos autores sobre las prácticas, o en los distintos modos que utilizan los padres para controlar la conducta de sus hijos, para poner de relieve las diferencias entre unos padres y otros, así como los factores que inciden en estas diferencias (Ramírez, 2005, p. 10).

Un amplio conjunto de investigaciones sobre desarrollo de niños indican que las percepciones de padres y madres, junto con niveles razonables de crianza, tienden a producir resultados positivos en el niño. Pese a que estos resultados no son definitivos, sí son bastante consistentes. Al respecto, investigadores en la materia han señalado que lo que parece ser un nivel razonable de control varía como función del contexto cultural. Así, las actitudes hacia ejercer control son generalmente más positivas en contextos de estatus socioeconómico más bajos y en culturas no anglo europeas, como la china, en la que los efectos de un estilo autoritario serían menos perjudiciales en el desarrollo de los niños (Grusec, 2006, p. 56).

Con respecto a cogniciones parentales específicas, los padres buscan las causas de sus propias actitudes. Estas atribuciones, cuando son precisas, pueden facilitar una mayor eficiencia parental, pero también pueden interferir con un estilo efectivo de paternidad cuando provocan sentimientos de enojo o depresión (atribuyendo la mala conducta de los niños a una mala disposición o a un deseo intencional de hacer daño, al igual que al fracaso o la inadecuación de los padres). Estos sentimientos negativos los distraen de la tarea de la crianza, y les dificulta el reaccionar apropiada y efectivamente ante los cambios de socialización de sus hijos (Grusec, 2006, p.12).

3.2.4. Teorías relacionadas con el estudio

a) Desarrollo socioemocional en la infancia

Las teorías modernas del desarrollo emocional distinguen entre “estados emocionales”, “expresiones” y “experiencias emocionales”. Según el análisis estructural de las emociones, propuesto por Lewis y Michelson, el estado

emocional se refiere a los cambios internos en la actividad somática y/o fisiológica mientras que la expresión emocional se refiere a los cambios observables en la cara, cuerpo, voz y nivel de actividad que se producen cuando el SNC es activado por estímulos emocionales importantes. (Pérez, 2014, p. 31)

La experiencia emocional se refiere a las consecuencias de la valoración y la interpretación cognitivas por parte de los individuos de la percepción de sus estados y expresiones emocionales. Requiere un sentido de sí mismo para evaluar los cambios dados en sí mismo y un nivel cognitivo que le permita percibir, discriminar, recordar, asociar y comparar. Así las expresiones emocionales de los lactantes nos dicen poco sobre su experiencia emocional, sin embargo las personas de su alrededor responden a las mismas como si fueran fiel reflejo a una experiencia subjetiva. De este modo mediante la interpretación y evaluación de su expresión emocional, el entorno social le proporciona normas con las que aprende a evaluar e interpretar, es decir a experimentar sus propias conductas y estados (Pérez, 2014, p. 35).

El ser humano nace en un mundo social donde las características físicas y los patrones de comportamiento del bebé atraen el cuidado de la gente a su alrededor. Bolwby estudió el desarrollo del vínculo afectivo con los adultos e inspirándose en trabajos con primates propuso que tenía su origen en comportamientos heredados y propios de la especie conocidos como sistemas de respuesta innatos. El “babyness” o encanto por los niños muy pequeños es universal. Sus patrones conductuales aseguran la proximidad del cuidador, necesaria para la supervivencia física. De entre estos sistemas de respuesta innatos, la afectividad es esencial. El repertorio conductual del más joven de los niños ya incluye un componente emocional (Pérez, 2014, p. 36).

La afectividad es considerada por algunos autores como un factor fundamental facilitador de las primeras experiencias comunicativas en niños. El recién nacido dispone de una gama expresiva muy variada. Como ya se ha

dicho anteriormente, entre la madre y el niño se establece un sistema de interacción afectivo que da lugar al apego, establecido con las personas que interactúan con él de forma privilegiada. Conlleva determinadas conductas que tienen como fin mantener al cuidador cerca para garantizar la supervivencia. Las conductas motoras de aproximación y seguimiento son las más frecuentes. Además conlleva sentimientos por parte del niño de seguridad, bienestar y placer ante su proximidad y de la ansiedad ante situaciones de distanciamiento (Pérez, 2014, p. 20).

b) Las teorías de la percepción

El funcionalismo de William James se dio cuenta de que tan importante como saber en qué forma la estructura de nuestros preceptos reflejaba la estructura de los estímulos correspondientes, era averiguar por qué muchos de estos quedaban fuera del proceso perceptivo; el esclarecimiento de por qué se perciben unas cosas y no otras, estando todas presentes por igual en los sentidos, llevó a James a señalar la importancia de los factores motivacionales y del interés subjetivo en la percepción.

Para Meinong, las impresiones sensoriales primarias constituyen la base de la percepción de los objetos superiores de segundo orden; así las líneas de un triángulo constituyen el fundamento sensorial de la percepción del objeto triángulo, que tiene una entidad ideal perceptible. (Camarillo, 2014, p.14)

IV. MATERIALES Y MÉTODOS

4.1. Diseño de contrastación de la hipótesis.

El diseño de investigación que se utilizó en el presente trabajo de investigación fue de enfoque cuantitativo, de nivel descriptivo, prospectivo de corte transversal. (Hernández, 2008, p. 67)

El diagrama de estudio fue el siguiente:



Dónde:

M: Representa la muestra del cuidador principal de niños entre los 4 a 5 años

O: Medición del desarrollo socioemocional

4.2. Universo muestral:

Se consideró a los padres de familia o cuidador principal que tienen sus niños entre los 4 a 5 años en la institución educativa inicial el Prado de la ciudad de Chachapoyas con la finalidad de recoger sus percepciones sobre el desarrollo socioemocional de sus hijos, los cuales fueron en número de 33 considerando a las secciones de 4 a 5 años, de acuerdo al siguiente cuadro:

Sección	Número de niños
4 años	16
5 años	17
Total	33

Fuente: Dirección de la I.E.I EL Prado, 2014

Criterio de inclusión:

- Cuidador principal, cuyos niños estén matriculados en el momento del estudio.

- Cuidador principal que ha consentido la investigación

Criterio de exclusión:

- Cuidador principal, cuyo niño presenten alguna enfermedad que haya retardado su desarrollo.
- Cuidador principal, cuyo niño haya presentado problemas mentales.

4.3. Método, técnica e instrumento de recolección de datos.

- 4.3.1. Para la presente investigación se utilizó como método la encuesta. (Canales, 1994, p. 25)
- 4.3.2. **Técnica:** Se utilizó como técnica el **cuestionario**. (Canales, 1994, p. 25)
- 4.3.3. **Instrumento:** Se utilizó como instrumento un test de la versión española Child Behavior Checklist (CBCL) for ages 1½-5.

El test Child Behavior Checklist (CBCL) for ages 1½-5, fue diseñado por Achenbach y Rescorla, 2000 en Estados Unidos para investigar la conducta como expresión del desarrollo socioemocional. Sirve para obtener información de los niños a partir de sus padres o cuidadores. Se obtiene dos tipos de información: sobre las habilidades o competencias de los niños (Escala de Competencia social) y acerca de sus comportamientos problemáticos (Escala de Problemas). El instrumento consta de 100 ítems con una escala de no es cierto (0), algo o a veces cierto (1), frecuentemente o Muy cierto (2).

El instrumento se organiza con fundamento en diferentes test que se utilizan con el mismo objetivo como el Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Sociedad Americana de Psiquiatría (1994), el Child Behavior Checklist 1 ½ - 5 (CBCL) de 1998, los mismos que son utilizados ampliamente en todos los países a nivel mundial. El instrumento consideró las siguientes dimensiones diagnósticas del DSM IV:

- Reactividad Emocional
- Ansiedad/ Depresión
- Quejas Somáticas

- Problemas Atencionales
- Conductas Agresivas
- Problemas del Sueño
- Otros problemas

El test midió el desarrollo socioemocional de la siguiente manera:

- Desarrollo socioemocional normal: (Puntaje T bajo 60)
- Desarrollo socioemocional en riesgo: (Puntaje T entre 60 y 63)
- Desarrollo socioemocional en rango clínico: (Puntaje T mayor a 63)

Validez del instrumento:

La validez de contenido se apoyó en que casi todos los ítems del CBCL brindan la posibilidad de discriminar significativamente entre poblaciones de niños referidos por problemas de salud mentales y aquéllos que no los presentan. La validez de constructo se evaluó mediante la correlación de las puntuaciones de escala CBCL con las puntuaciones de las escalas de Conners (1973) Cuestionario para Padres y con la Escala Quay-Peterson (1983) Revised Problem Behavior Checklist, obteniéndose una muestra de 60 derivados a la clínica de 6 a 11 años de edad. Las correlaciones entre el CBCL y el Conners oscilaron de 0.59 a 0.86. Las correlaciones entre el CBCL y la escala de Quay-Peterson fueron similares, desde 0.59 hasta 0.88. (Anexo 04)

Confiabilidad del instrumento.

La confiabilidad o fiabilidad de un instrumento indica la capacidad del mismo para obtener resultados consistentes en mediciones sucesivas del mismo fenómeno o mediciones efectuadas por distintas personas. Esto quiere decir, cuando se apliquen varias veces un instrumento de medición (por ejemplo, un test a una persona varias veces) los resultados obtenidos sean parecidos, lo que implicaría una alta fiabilidad del instrumento utilizado.

La fiabilidad de acuerdo entre entrevistadores y la fiabilidad test-retest fueron abaladas por correlaciones de 0.90 para las puntuaciones promedio obtenidas por diferentes evaluadores y por informes de padres en dos ocasiones con un intervalo de 7 días. La fiabilidad test-retest obtuvo coeficientes de correlación de 0,87 para la Escala de Competencia Social y 0.89 para la Escala de Problemas. El acuerdo entre padres obtuvo correlaciones de 0.74 a 0.76 para la Escala de competencias para los 4 grupos de edad y sexo y de 0.65 a 0.75 para la Escala de problemas.

Alfa de Cronbach: es un parámetro que sirve para medir la fiabilidad de una escala de medida. Cuanto más se aproxime a su valor máximo, 1, mayor es la fiabilidad de la escala. Además, en determinados contextos y por acuerdo, se considera que valores del alfa superiores a 0,7 o 0,8 son suficientes para garantizar la fiabilidad de la escala. Los valores Alfa de Cronbach para las distintas escalas varió de 0.46 En la Escala de Actividades y 0.93 en la subescala de externalización para niños de edad 4-11 (N = 582), y de 0,54 en la subescala de Actividades y 0,93 en la subescala de externalización para niñas en edad 4-11 (N = 619). Entre los ocho síndromes, alfa de Cronbach osciló entre valores de 0.62 a 0.92 para los niños de edad 4-11 y 0.66 a 0.92 para las niñas en edad 4-11. (Anexo 04)

4.3.4. Procedimiento de recolección de datos:

- Se seleccionó los instrumentos de recolección de datos teniendo en cuenta la operacionalización de las variables.
- Se realizó la solicitud a la decanatura de la Facultad de Ciencias de la Salud con la finalidad de que realicen los trámites formales de permiso con la directora de la institución educativa inicial en estudio.
- Se coordinó con la encargada de la dirección de la Institución Educativa Inicial el Prado para la ejecución del estudio.
- Se coordinó en una reunión con los padres de familia de los niños que participaron en el estudio respectivo.

- Se procedió a aplicar el instrumento de medición a los cuidadores principales de los niños, en la institución a los que fue posible y los demás se les realizó una visita domiciliaria para su comodidad.
- Como última etapa del proceso de recolección de datos se elaboró la tabulación de las mediciones obtenidas para su respectivo análisis estadístico.

4.4. Análisis de Datos:

La información fue procesada utilizando el programa estadístico SPSS versión 15 para Windows y el paquete de Excel 2010. La estadística que se utilizó para el análisis de los datos fue la descriptiva, aplicando distribuciones porcentuales y absolutas.

Los resultados obtenidos se presentan a continuación en tablas simples y figuras estadísticas de barra.

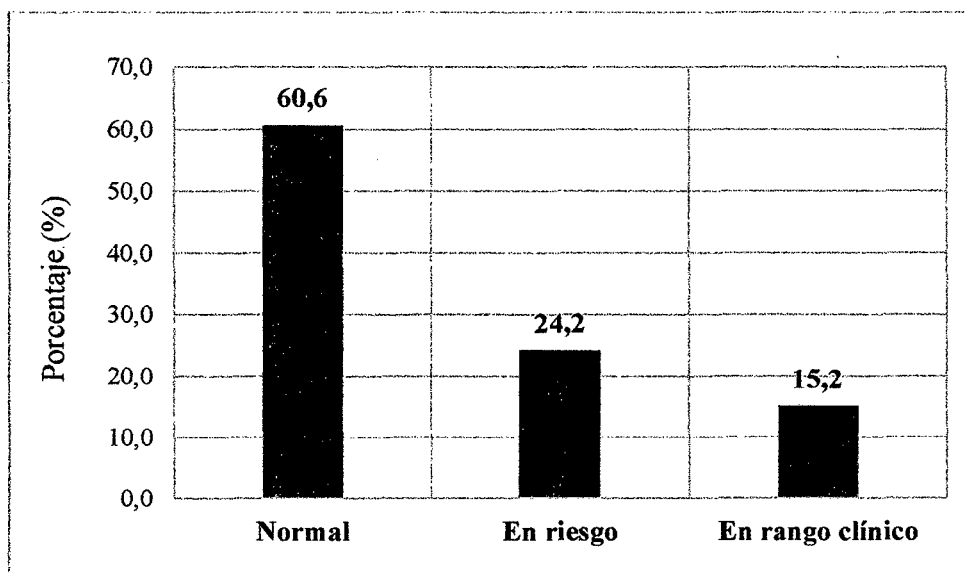
V. RESULTADOS

Tabla 01: Desarrollo socioemocional de los niños según percepción del cuidador principal. Institución Educativa Inicial N° 028-Marz- El Prado, Chachapoyas, 2014.

Desarrollo Socioemocional	fi	%
Normal	20	60.6
En riesgo	8	24.2
En rango clínico	5	15.2
Total	33	100

Fuente: Test Child Behavior Checklist (CBCL 1½-5) aplicado

Figura 01: Desarrollo socioemocional de los niños según percepción del cuidador principal. Institución Educativa Inicial N° 028-Marz- El Prado, Chachapoyas, 2014.



Fuente: tabla 01

Interpretación

En la tabla y gráfico 01, se observa que del 100% (33) de los niños considerados en el estudio, el 60.6 % (20) presenta un desarrollo socioemocional normal según percepción del cuidador principal; sin embargo el 24.2 % (8) presenta un desarrollo socioemocional en riesgo y un 15.2 % (5) un desarrollo socioemocional en rango clínico, lo que resulta preocupante.

Tabla 02: Desarrollo socioemocional de los niños por dimensiones, según percepción del cuidador principal de la Institución Educativa Inicial N° 028-Marz- El Prado, Chachapoyas, 2014.

Desarrollo Socioemocional	Reactividad emocional		Ansiedad/ Depresión		Quejas Somáticas		Ensimismamiento		Problemas Atencionales		Conductas Agresivas		Problemas de sueño		Otros problemas	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
	Normal	33	100	23	69.7	26	78.8	32	97.0	28	84.8	20	60.6	27	81.8	19
En riesgo	0	0.0	0	0.0	2	6.1	1	3.0	5	15.2	3	9.1	5	15.2	6	18.2
En rango clínico	0	0.0	10	30.3	5	15.2	0	0.0	0	0.0	10	30.3	1	3.0	8	24.2
Total	33	100	33	100	33	100	33	100	33	100	33	100	33	100	33	100

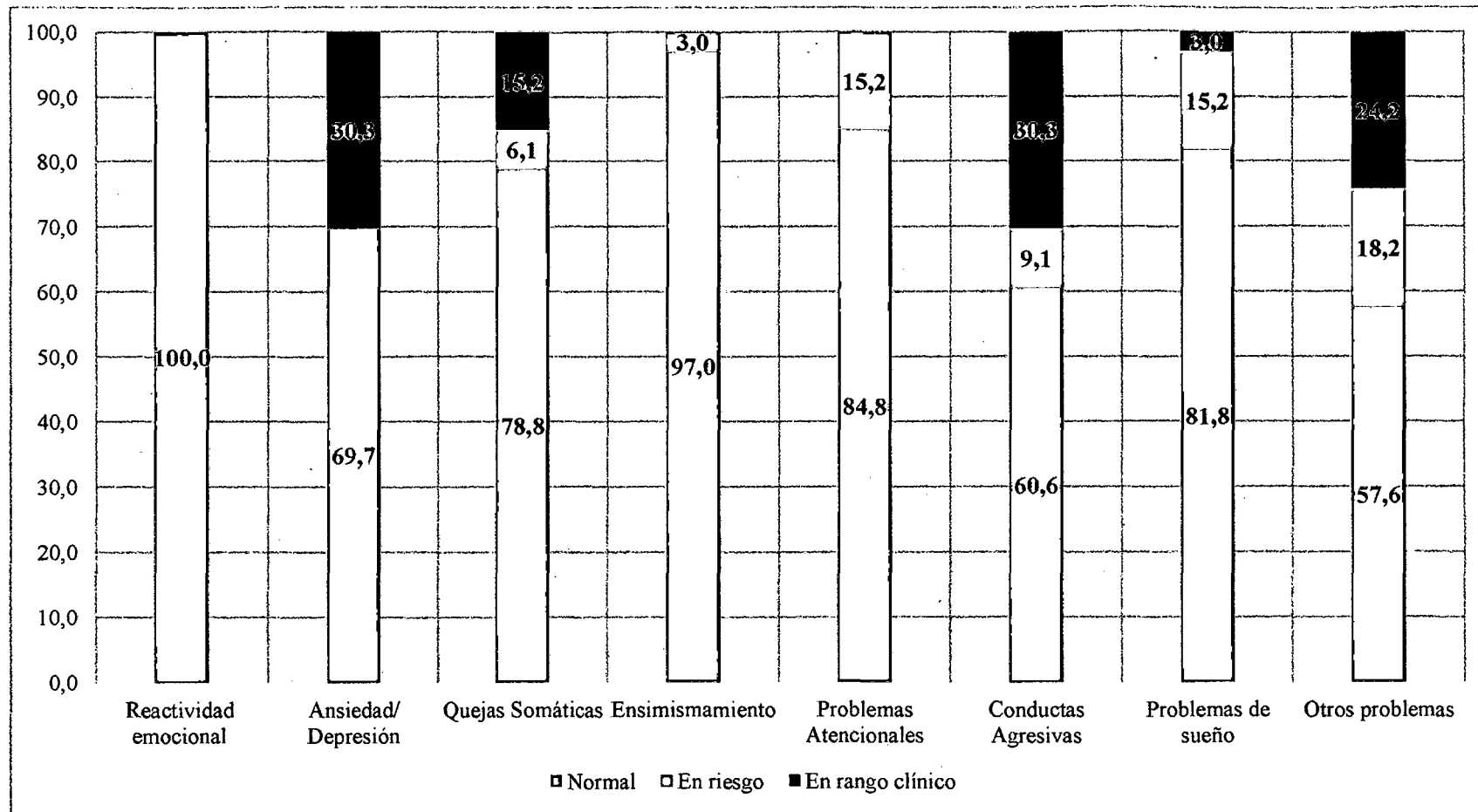
Fuente: Test Child Behavior Checklist (CBCL 1½-5) aplicado.

Interpretación:

En la tabla y gráfico 02, se observa el desarrollo socioemocional de los niños en estudio según dimensiones.

En la dimensión **reactividad emocional**, se observa que el 100% (33) de los niños presenta un desarrollo socioemocional normal. En cuanto a la dimensión **ansiedad y depresión** se observa que el 69.7 % (20) de niños presenta un desarrollo socioemocional normal según percepción de sus padres y el 30.3 % (10) presenta un desarrollo socioemocional en rango clínico, lo que resulta alarmante; respecto a la dimensión **quejas somáticas**, se observa el 78.8 % (26) de niños presenta un desarrollo socioemocional normal según percepción de sus padres; así mismo el 6.1 % (2) presenta un desarrollo socioemocional en riesgo y un 15.2 % (5) en rango clínico; por otro lado con relación al **ensimismamiento** en los niños en estudio se observa el 97 % (32) de niños presenta un desarrollo socioemocional normal según percepción de sus padres y un 3 % (1) en riesgo. En cuanto a los **problemas atencionales** el 84.8 % (28) de los niños presenta un desarrollo socioemocional normal y un 15.2 % (5) en riesgo. En la dimensión **conductas agresivas** llama la atención que el 60.6 % (20) de los niños presentan desarrollo socioemocional normal, sin embargo el 9.1% (3) se encuentra en riesgo y 30.3 % (10), presentan desarrollo socioemocional en rango clínico; en cuanto a los **problemas de sueño** el 81.8 % tiene desarrollo socioemocional normal, sin embargo el 15.2 % (5) se encuentra en riesgo y el 3 % (1) en rango clínico. Finalmente en cuanto a la dimensión **otros problemas** solo el 57.6 % (19) de los niños presenta desarrollo socioemocional normal, el 18.2 % (6) desarrollo en riesgo y el 24.2 % (8) en rango clínico, lo que también resulta preocupante.

Gráfico 02: Desarrollo socioemocional de los niños por dimensiones, según percepción del cuidador principal de la Institución Educativa Inicial N° 028-Marz- El Prado, Chachapoyas, 2014.



Fuente: tabla 02

VI. DISCUSIÓN

En la tabla y gráfico 01, se observa que el 60.6 % (20) de los niños de la institución educativa inicial N° 028 Marz-el Prado presenta un desarrollo socioemocional normal según percepción del cuidador principal; sin embargo el 24.2 % (8) presenta un desarrollo socioemocional en riesgo y un 15.2 % (5) desarrollo socioemocional en rango clínico, lo que resulta preocupante.

Con respecto al desarrollo socioemocional según sexo de acuerdo a la percepción del cuidador principal, se obtuvo que el 21.2 % (7) de niños tiene un desarrollo socioemocional normal y son de sexo masculino, así mismo el 39.4 % (13) tiene un desarrollo socioemocional normal y son de sexo femenino; notándose un mayor porcentaje de niñas en condición de normalidad a diferencia de los niños; por otra parte en el caso de los niños con desarrollo socioemocional en riesgo o en rango clínico se puede observar una tendencia de mayores porcentajes en niños (15,2 %) (9.1 %) a diferencia de las niñas (9.1%) (6.1 %) respectivamente, de estos resultados se puede indicar que en mayor proporción los niños tienen desarrollo socioemocional en riesgo o rango clínico a diferencia de las niñas. (Anexo 05).

Así mismo, con respecto al desarrollo socioemocional según edad de acuerdo a la percepción del cuidador principal, se obtuvo que el 45.5 % (15) de tiene un desarrollo socioemocional normal y tienen 4 años, así mismo el 15.2 % (5) tiene un desarrollo socioemocional normal y tienen 5 años; notándose un mayor porcentaje de niños de 4 años en condición de normalidad a diferencia de los niños de 5 años; por otra parte en el caso de los niños con desarrollo socioemocional en riesgo o en rango clínico se puede observar una tendencia de mayores porcentajes en niños de 4 años (15,2 %) (9.1 %) a diferencia de los niños de 5 años (9.1%) (6.1 %) respectivamente, de estos resultados se puede indicar que en mayor proporción los niños de 4 años tienen desarrollo socioemocional en riesgo o rango clínico a diferencia de las niños de 5 años, sin embargo no hay una relación concluyente, puesto que no se abordó un estudio correlacional en la presente investigación. (Anexo 05).

Considerando los resultados antes mencionados, se observan similitudes con los resultados de Oliva et al (2009), cuyo estudio realizado con niños entre 4 y 5 años en México; señala como resultados que entre 84.8 % y 77.19 % de los niños se ubicaron dentro del rango normal (N) en cada uno de los síndromes relacionados al desarrollo socioemocional, mientras que en los rangos limítrofe (L) y clínico (C) se localizó entre 11.86 y 14.95% respectivamente, los datos para arribar a estos diagnósticos también fueron recogidos de los padres, es decir según su percepción; como se puede apreciar estos resultados se asemejan a los hallados en la presente investigación.

Por otro lado al realizar la búsqueda de investigaciones relacionadas al desarrollo socioemocional en niños menores de 6 años según sexo y edad, no se pudo encontrar tal información; sin embargo López et al (1995), en su estudio realizado en España en una muestra clínica infantil de 8 a 12 años encontró que la prevalencia en ansiedad-depresión y quejas somáticas es de 18%, y del 14% en retraimiento-depresión, en todos los casos superior en niños que en niñas, concluyendo que estos problemas emocionales se presentan más en los niños, Así mismo Mathiesen et al (2013), en un estudio realizado en escolares de Chile encontró diferencias en el desarrollo socioemocional de los niños que favorecen a las mujeres, y a los niños mayores, concluyendo que los niños de menor edad se encuentran más susceptibles a tener problemas socioemocionales.

Como se puede ver los resultados de Lopez et al (1995) y de Mathiesen et al (2013) se asemejan a los resultados de la presente investigación, evidenciándose que un mayor porcentaje de niños presentan desarrollo socioemocional en riesgo o en rango clínico a diferencia de las niñas. En el caso de la edad también el segundo autor concluye que los niños de menor edad se encuentran más susceptibles a tener problemas socioemocionales, lo que se asemeja al presente estudio en el cual una mayor proporción de niños de 4 años tuvieron desarrollo socioemocional en rango clínico a diferencia de los niños de 5 años.

Es necesario mencionar que en América Latina la existencia de diferencias de desarrollo entre un niño y una niña depende del tipo de población, la condición educativa, el nivel socioeconómico y la calidad de las instituciones educativas a la que acceden. De esta manera, se estableció que una persona tiene menos oportunidades de desarrollo si es mujer, o de menor edad o si vive en contextos de pobreza, si pertenece a una etnia indígena y si tiene una lengua materna indígena, por lo tanto, un grupo que tenga una o más de estas características tendrá que ser prioridad para abordar la problemática y favorecer sus potencialidades de desarrollo de acuerdo a sus posibilidades, intereses y habilidades. (Mathiesen et al, 2013, p. 34)

Como se puede apreciar en los estudios citados también se encuentra un porcentaje considerable (alrededor de 15 %) de niños con desarrollo socioemocional en rango clínico, lo que debe abordarse a la brevedad dado que esto puede tener un impacto negativo en la vida futura del niño; tomando en cuenta que el desarrollo socioemocional infantil, es la capacidad que tiene un niño de comprender los sentimientos de los demás, controlar sus propios sentimientos y comportamientos y llevarse bien con sus compañeros. Para que los niños puedan adquirir las habilidades básicas que necesitan, tal como cooperación, seguir instrucciones, demostrar control propio y prestar atención, deben poseer habilidades socioemocionales. Los sentimientos de confianza, seguridad, amistad, afecto y humor son todos parte del desarrollo socioemocional de un niño (Centro Mid Sate, 2009, p.13).

Haciendo mención a los resultados obtenidos sobre niños con desarrollo socioemocional en riesgo (24.2 %) y en rango clínico (15.2 %), es preocupante, lo que coincide con las actuales tendencias, en las cuales la población ha sufrido incrementos de los problemas psicológicos y sociales; lamentablemente a nivel de los servicios de CRED del MINSA la evaluación en el área social y emocional es superficial y no permite medir realmente o hacer un diagnóstico temprano sobre las posibles alteraciones en los niños, pese a ser un área grande del desarrollo integral del niño considerada en las teorías y enfoques actuales de desarrollo infantil.

Con respecto al desarrollo socioemocional según sexo recientes estudios han confirmado que la forma de reaccionar a los estímulos externos es distinta en los niños y en las niñas. Al cumplir el primer año, estas características de base todavía resultan más evidentes, y los niños empiezan a manifestar algunos rasgos de comportamiento típicamente de género. En el niño, se observa una actitud más enfocada a la acción y la imposición; mientras que, en las niñas, se aprecia una tendencia más reflexiva. Este "bagaje genético" recibe la influencia del ambiente, lo que también podría presentarse en el desarrollo socioemocional de los niños, sin embargo no se han encontrado estudios que determinen si los problemas socioemocionales son mayores de acuerdo al sexo (masculino o femenino), lo que debería investigarse con profundidad. (Mathiesen et al, 2013, p.12)

Sería importante que a la brevedad posible se tomen las medidas necesarias para abordar la problemática del niño en cuanto al desarrollo socioemocional, así como en la atención en los servicios de CRED y el diagnóstico precoz de problemas, dado que casi la tercera parte de los niños según los estudios presenta un desarrollo en rango clínico, y más aun teniendo en cuenta que el desarrollo socio-emocional adecuado provee al niño un sentido de quién es él en el mundo, cómo aprende y le ayuda a establecer relaciones de calidad con los demás. Esto es lo que a futuro impulsa a un individuo a comunicarse, conectarse con otros y lo que es aún más importante, le ayuda a resolver conflictos, adquirir confianza en sí mismo y lograr sus metas. Establecer una firme base socio-emocional desde la niñez ayudará al niño a prosperar y ser feliz en la vida; así como estar preparado para manejar el estrés y perseverar durante los momentos difíciles de su vida adulta.

En la tabla y gráfico 02, se observa el desarrollo socioemocional de los niños en estudio según dimensiones, empezando por la dimensión **reactividad emocional**, se observa que el 100% (33) de los niños presenta un desarrollo socioemocional normal, lo que es importante rescatar. La reactividad emocional hace referencia a una reacción cargada de emociones en el niño que surge súbitamente ante un estímulo, duran un corto tiempo y comprende una serie de repercusiones psicocorporales, estas reacciones

pueden ser desde alegría, tristeza, rencor, ira, enojo, etc. que se puede producir en los niños de forma acentuada en ciertos momentos. Los resultados muestran que ningún niño (0 %) tuvo problemas de reactividad emocional, siendo este aspecto normal en todos los niños. Al respecto Oliva, P. et al (2009), encontró en su estudio que el 98 % de niños no presenta reactividad emocional, lo que se asemeja a los resultados de la presente investigación.

En cuanto a la dimensión **ansiedad y depresión** se observa que el 69.7 % (20) de niños presenta un desarrollo socioemocional normal según percepción del cuidador principal y el 30.3 % (10) presenta un desarrollo socioemocional en rango clínico, lo que resulta alarmante.

Según Huberty, A. (2006), en un estudio realizado en Indiana encontró que la frecuencia de los trastornos de ansiedad fluctúa entre el 2 y el 15% en los niños y ocurre con algo más de frecuencia en las mujeres, hay muchas clases de trastornos de la ansiedad. La ansiedad o angustia es una emoción normal de los seres humanos ante situaciones de alerta. Se da en todas las etapas de la vida. Así, hay una ansiedad sana que ayuda al ser humano a enfrentar al mundo y una ansiedad "patológica" que bloquea la interacción y equilibrio con el entorno.

Los niños y adolescentes con problemas de ansiedad suelen experimentar un miedo intenso, preocupación o inquietud que puede durar largos períodos de tiempo y afectar significativamente sus vidas. Si no se trata con prontitud, los trastornos de ansiedad pueden derivar en: repetidas ausencias a clase o una incapacidad para terminar el período de escolaridad, deterioro en las relaciones con iguales, baja autoestima, abuso de alcohol u otro tipo de drogas, problemas de ajuste en situaciones laborales, trastornos de ansiedad en edad adulta. En cuanto a la depresión, que antes solo se diagnosticaba en personas adultas, está cada día haciendo sufrir también a los niños. Ya no son sólo los adultos los que se deprimen. La depresión infantil puede surgir a causa de "cambios importantes y estrés" como resultado de la pérdida de los padres, un divorcio, problemas familiares, etc. (Huberty, 2009, p.12)

Según la OMS la depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. La depresión puede llegar a hacerse crónica o recurrente, y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria. En su forma más grave, puede conducir al suicidio. Si es leve, se puede tratar sin necesidad de medicamentos, pero cuando tiene carácter moderado o grave se pueden necesitar medicamentos y psicoterapia profesional. (OMS, 2011, p. 15)

La depresión es un trastorno que se puede diagnosticar de forma fiable y que puede ser tratado por no especialistas en el ámbito de la atención primaria, lo que sería importante de nivel de los servicios de CRED, dado que ni siquiera se mencionan estas alteraciones psicológicas y sociales en los niños durante la evaluación y si revisamos la norma técnica de atención de niño sano podemos darnos con la sorpresa de que no se toca con la debida amplitud este tipo de diagnóstico y atención, por tanto urge la implementación de los servicios, dado que casi la tercera parte de los niños se encuentran en un rango clínico de ansiedad y depresión.

Respecto a la dimensión **quejas somáticas**, se observa el 78.8 % (26) de niños presenta un desarrollo socioemocional normal según percepción del cuidador principal; así mismo el 6.1 % (2) presenta un desarrollo socioemocional en riesgo y un 15.2 % (5) en rango clínico. Al respecto es importante indicar que las quejas somáticas son frecuentes en la infancia, la investigación ha puesto de manifiesto su relación con la conciencia emocional y la inadaptación. Las investigaciones indican que la prevalencia de quejas somáticas en la infancia es alta, siendo el cansancio, el dolor de cabeza y el dolor de estómago los más frecuentes. Los mareos y el dolor de cabeza son superiores en niñas y las quejas disminuyen con la edad. Las quejas somáticas se relacionan negativamente con la conciencia emocional y positivamente con la inadaptación. Las variables que más contribuyen en la predicción de las quejas somáticas son la inadaptación personal y diferenciar emociones. (Gorodish, 2012, p. 16)

Contrastando con López, M. et al (1995), en un estudio realizado en España en niños, encontró que el 29 % de los niños presenta problemas de quejas somáticas lo que resulta similar con el presente estudio, por tanto se puede mencionar que es un problema común en estos ámbitos, lo que habría que comparar con otros ámbitos.

Entendiendo que las quejas somáticas constituyen un problema frecuente en los niños, aunque sólo en algunos casos es posible encontrar una causa médica clara, se debe hacer los diagnósticos precoces correspondientes, por tanto ya el MINSA debe implementar lo necesario para tal fin, resulta preocupante el porcentaje de niños con problemas psicosociales y más aún que el personal de salud y de enfermería no lo toman en cuenta.

En cuanto a la dimensión de **ensimismamiento** de los niños, se observa que el 97 % (32) presenta un desarrollo socioemocional normal según percepción del cuidador principal y un 3 % (1) se encuentra en riesgo. Al respecto López et al (1995), indica que un 14 % de niños presentan ensimismamiento o retraimiento, una cifra superior al presente estudio. Estos resultados deben tomarse en cuenta ya que estos problemas se asocian a la acción de los niños de replegarse sobre sí mismo con el objetivo de defenderse y preservar la personalidad, así mismo a una frecuencia relativamente baja de interacciones con sus compañeros, bajos niveles de aceptación, y de altos niveles de rechazo por parte de sus iguales, lo que puede ser perjudicial para el desarrollo del niño.

Según Gorodisch, F. (2012) Las causas del retraimiento son diversas: depresión, síndromes autísticos, problemas de apego, trastornos de la regulación, problemas de nutrición, dolor crónico, trastornos sensoriales y cuadros de ansiedad. Los ítems que la conforman son ocho: la expresión facial, el contacto visual, el nivel general de actividad, los gestos de autoestimulación, las vocalizaciones, la vivacidad de la reacción a la estimulación, la capacidad de entablar una relación y la capacidad de atracción del bebé.

Es necesario insistir que lamentablemente en el país, se hace poco o nada para la detección temprana de los problemas socioemocionales en los niños, los servicios de atención integral al niño son muy superficiales y la situación está agravando más la condición de salud de los niños, ello explica las alternaciones psicosociales que se están haciendo evidentes en la actualidad en las personas jóvenes o adultas, como se sabe el autismo como problema asociado al ensimismamiento y retraimiento ha incrementado en el ámbito preescolar y escolar.

En cuanto a la dimensión **problemas atencionales** el 84.8 % (28) de los niños presenta un desarrollo socioemocional normal y un 15.2 % (5) en riesgo. El déficit de atención, trastorno más conocido en el pasado por hiperactividad o síndrome hiperactivo, es objeto actualmente de especial preocupación tanto para padres y educadores como también para psicólogos clínicos, psiquiatras, neurólogos e investigadores, por tanto se deberían profundizar los estudios en esta dimensión.

Los problemas por Déficit Atencional, se caracterizan por distracción, corto tiempo de concentración, impulsividad, deficiente control de su conducta e hiperactividad. Son presa de una actividad improductiva, con gran riqueza de movimiento, sin una finalidad aparente. A esta sintomatología se la denomina Hiperactividad o Hiperquinesia. En estos niños la Hiperactividad, junto al Déficit Atencional, son los integrantes más llamativos de Síndrome de Disfunción Cerebral Mínima, y que en un 80% de los casos clínicos, van asociados. (ECI, 2014, p. 17)

Por segunda vez el estudio muestra otro problema infantil en cuanto al desarrollo socioemocional de los niños, son los problemas atencionales o de déficit de atención, que muy poco se aborda en la atención integral del niño, es más ni se considera dentro del protocolo de atención, esta tesis muestra el dato alarmante que un porcentaje de 15.2 % de niños está en riesgo de tener estos problemas, y por ello urge una atención integral, por lo tanto es importante considerar el rediseño de los servicios de CRED fortaleciendo las distintas áreas del desarrollo, no solo el área física, sino también las otras áreas (psicomotora, lenguaje y socioemocional) .

Otra dimensión evaluada “**conductas agresivas**”, muestra que el 60.6 % (20) de los niños presentan desarrollo socioemocional normal, sin embargo el 9.1% (3) se encuentra en riesgo y 30.3 % (10), presentan desarrollo socioemocional en rango clínico; teniendo en cuenta que por conducta agresiva se entiende, un modo de actuar de los niños caracterizada por: excesos de cólera, actos de desobediencia ante la autoridad y las normas del hogar, amenazas verbales, daños a cosas materiales, es preocupante saber como tesista que casi la tercera parte de los niños tienen este tipo de conductas en un rango clínico, es decir que requieren tratamiento.

Según Hernández, E. (1999), Es la agresividad, una de las formas de conducta que se aprenden en el hogar, y en donde las relaciones intrafamiliares ejercen una influencia en su generación y mantenimiento. Cuando los niños exhiben conductas agresivas en su infancia y crecen con ellas formando parte de su repertorio conductual, se convierten en adolescentes y adultos con serios problemas de interrelación personal, que pueden generar conductas antisociales, alcoholismo, dificultades en la adaptación al trabajo y a la familia, y en el peor de los casos llegan a exhibir una conducta criminal y a sufrir afectación psiquiátrica grave.

Como investigadora se considera que este problema debe tratarse con la urgencia del caso; cada día somos testigos de conductas agresivas en los niños, que ocasionan múltiples lesiones en los niños, tanto los servicios de salud como los de educación no ofrecen mecanismos de diagnóstico y tratamiento y eso complica más el problema. Por tanto urge implementar nuevas formas de atención al niño, considerando su integralidad como debe ser.

En cuanto a los **problemas de sueño** el 81.8 % tiene desarrollo socioemocional normal, sin embargo el 15.2 % (5) se encuentra en riesgo y el 3 % (1) en rango clínico, lo que resulta otro dato alarmante.

Según Alberola, F. (2010) Los problemas relacionados con el sueño tienen una alta prevalencia entre los niños y adolescentes en todo el mundo, según los diversos

estudios recogidos en la literatura. La importancia de los trastornos del sueño reside en que cada vez hay más evidencias disponibles acerca de la influencia de estos trastornos en el desarrollo físico, cognitivo, emocional y social de los niños. A veces, los problemas para dormir son parte de una ansiedad y depresión grave.

A partir de estos datos, se está evidenciando que existen los problemas relacionados con el sueño afectan el desarrollo socioemocional del niño y se encuentra en este estudio porcentajes considerables (más de 15 %) de niños en riesgo o en rango clínico, este muestra la realidad de los niños y la realidad de los servicios dirigidos para su atención, observando que no se presta casi ninguna atención, por tanto se debe mejorar en estos aspectos.

Finalmente en cuanto a la dimensión **otros problemas** solo el 57.6 % (19) de los niños presenta desarrollo socioemocional normal, el 18.2 % (6) desarrollo en riesgo y el 24.2 % (8) en rango clínico, lo que también resulta preocupante. Los otros problemas en el área socioemocional en el niño según el instrumento de medición utilizado se refieren al miedo a buscar ayuda, al temor a probar cosas nuevas, destruye sus cosas materiales, actúa como pequeño adulto, tiene temores con ciertos animales y lugares, se lastima mucho, come en exceso, muestra poco miedo a hacerse daño, tiene comportamientos extraños, en inusualmente fuerte entre otros, que no han sido catalogados en las otras dimensiones.

Los problemas que afectan el desarrollo socioemocional del niño son múltiples y aún faltan profundizar los estudios en esta área, la naturaleza humana es compleja y se tienen que implementar las formas adecuadas de evaluar los problemas en el niño, teniendo en cuenta que El desarrollo socio-emocional es la capacidad de un niño de comprender los sentimientos de los demás, controlar sus propios sentimientos y comportamientos y llevarse bien con sus compañeros (Centro Mid Sate, 2009, p. 4).

Dentro del desarrollo emocional en el niño se deben abordar algunos aspectos, el desarrollo socio-emocional implica la adquisición de un conjunto de habilidades. Entre

ellas las más importantes son la capacidad de: identificar y comprender sus propios sentimientos, interpretar y comprender con exactitud el estado emocional de otras personas; manejar emociones fuertes y sus expresiones de una forma constructiva, regular su propio comportamiento, desarrollar la capacidad para sentir empatía por los demás y establecer y mantener relaciones. Saber leer las señales de su niño y prestarle atención desde el momento en que nace, da inicio a la formación de su desarrollo socio-emocional, desarrollando así una relación de seguridad, confianza y amor (Centro Mid Sate, 2009, p. 4).

Por último, como se ha visto los resultados de la presente investigación están poniendo en tapete los problemas socioemocionales del niño, mostrando que un porcentaje considerable de niños está teniendo problemas en este área del desarrollo, lo que muy poco se aborda en los servicios de CRED y en los servicios de atención integral al niño, incluido la educación. Por tanto se puede indicar que la evaluación del desarrollo socioemocional en el niño es muy superficial en el país, y estos problemas no se abordan por tanto se hace necesario replantear los servicios dirigidos al niño, considerando que los problemas mentales están en primer lugar como causa de morbilidad.

VII. CONCLUSIONES

1. La mayoría de los niños de la Institución Educativa Inicial N° 028-Marz-El Prado presenta un desarrollo socioemocional normal según percepción del cuidador principal, sin embargo casi la tercera parte de los niños presenta desarrollo socioemocional en riesgo o en rango clínico, lo que resulta alarmante.
2. En cuanto al desarrollo socioemocional según dimensiones; en las dimensiones reactividad emocional y ensimismamiento casi la totalidad de los niños presentó desarrollo socioemocional normal.
3. En las dimensiones ansiedad y depresión, quejas somáticas, problemas atencionales, conductas agresivas y problemas de sueño casi la tercera parte de los niños presentó desarrollo socioemocional en riesgo o en rango clínico. Con respecto a la dimensión otros problemas relacionados al desarrollo socioemocional del niño casi la mitad de los niños se encuentran o en riesgo o en rango clínico, lo que resulta preocupante.
4. Una mayor proporción de niños de sexo masculino y de edades de 4 años presentaron desarrollo socioemocional en riesgo o en rango clínico, a diferencia de las niñas, las cuales presentaron menores porcentajes.

VIII. RECOMENDACIONES

A la Dirección Regional de Salud Amazonas.

1. Fomentar la investigación en convenio con la universidad en temas referentes a la atención integral del crecimiento y desarrollo del niño, fortaleciendo los servicios de salud en todas las áreas del niño (físico, psicomotor, lenguaje, socioemocional)
2. Mejorar la implementación los servicios de salud dirigidos al niño, a fin de que se pueda evaluar todas las áreas e intervenir según la complejidad del caso.
3. Sugerir, en base a la evidencia científica, desde el nivel de la coordinación regional de la estrategia sanitaria de Crecimiento y Desarrollo al Ministerio de Salud, la revisión de la normatividad técnica, a fin de incorporar nuevos instrumentos con la finalidad de profundizar las evaluaciones en el área socioemocional del niño.

A la Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas

4. Incentivar la realización de investigación sobre la evaluación en todas las áreas de desarrollo del niño, así como intervenciones basadas en la evidencia científica y las tendencias actuales sobre crecimiento y desarrollo infantil.
5. Incluir en las asignaturas el desarrollo de temas referentes a los resultados de esta tesis, puesto que debe innovarse en la actualidad con nuevos conocimientos e intervenciones, puesto que la realidad está cambiando.

A la Institución Educativa Inicial N° 028-Marz-El Prado de Chachapoyas

6. Promover la atención integral de los niños con el apoyo del puesto de salud de la jurisdicción y otras instituciones afines.
7. La dirección de la institución de considerar dentro de sus planes, la importancia del desarrollo socioemocional del niño, para ello debe buscar activamente el apoyo de las instituciones dirigidas al niño, para abordar esta problemática.

A los padres de familia y/o cuidador principal

8. Buscar apoyo constantemente a través de la institución educativa, el establecimiento de salud y otros servicios que velan por el bienestar del niño.

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

DE LIBROS

1. Alberola, F. (2010). *Trastornos del sueño en el niño: identificación y herramientas para su manejo, trastornos del sueño en la infancia*. México. Grupo de Sueño.
2. Briones, G. (1996). *Métodos y Técnicas de Investigación para las Ciencias Sociales*. México. 2º Edición. Editorial Trillas.
3. Canales, R. et al. (1994). *Metodología de la Investigación Científica: Manual para el desarrollo de personal de salud*. México. Limusa.
4. Dávila, E. (2006). *Desarrollo integral del niño y niña menor de dos años” Programa de Diplomado en Salud Pública y Salud Familiar. Módulo I: Tendencias en Salud Pública: Salud Familiar y Comunitaria y Promoción*. España. La Serena.
5. Dirección Regional de Salud Amazonas. (DIRESA 2008). *Plan Regional Concertado de Salud Amazonas 2008 – 2021*. Amazonas, Perú.
6. Fernández, P. (1998) “*versión española del ECBI (Eyberg Child Behavior Inventory) medida de validez*”. Atención Primaria. España.
7. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF -2012) “*Desarrollo emocional. Clave para la primera infancia*”. Argentina. primera edición.
8. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF -2012) “*Inequidades en el desarrollo en la primera infancia*” EE.UU. primera edición.

9. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF -2006). *El desarrollo del niño en la primera infancia. Dos documentos sobre la política y la programación del UNICEF. programa de cooperación UNESCO-UNICEF*, Paris.
10. Grusec, A. (2006). *Actitudes y Creencias Parentales: Su Impacto en el Desarrollo de los Niños*. University of Toronto, Canadá.
11. Gorodisch, F. (2012). *Desarrollo, psiquismo y discapacidad. Detección temprana de trastornos emocionales: ADBB (Alarm Distress Baby Scale)*. 2º Congreso Argentino de Discapacidad en Pediatría. Argentina.
12. Hernández, R. (2008). *Metodología de la Investigación*. México. 5º Edición. Editorial Mc Graw Hill.
13. Martínez, J. et al (2011). *Evaluación Multimétodo de la Expresión Emocional. Multimethod Evaluation of Emotional Expression*. Universidad Nacional Autónoma de México.
14. Universidad de California (2006) “*Desarrollo Social y Emocional de los Niños*” Primera Edición, Estados Unidos California.

DE REVISTAS

15. Centro Mid Sate. (2009). *Comprendiendo el Desarrollo Socio-Emocional de los Niños de Edad Temprana. Boletín del Centro Mid-Sate de Orientación para los Primeros Años de la Infancia, verano 2009*. Los Ángeles.
16. López, M. et al. (2010). *Características y prevalencia de los problemas de ansiedad, depresión y quejas somáticas en una muestra clínica infantil de 8 a 12 años, mediante el CBCL (Child Behavior Checklist)*. Revista Anales de Psicología 2010, vol. 26, nº 2 (julio), 325-334. Murcia. España.

17. Mathiesen, M. et al (2013). *Diferencias en el desarrollo cognitivo y socioemocional según sexo*. Revista Estudios Pedagógicos XXXIX, N° 2: 199-211, 201. Brasil.
18. Oliva, P. et al. (2009). *Adaptación del cuestionario sobre el comportamiento en niños de 1½ a 5 años de Achenbach para niños de 4 a 5 años*. Enseñanza e Investigación en Psicología, vol. 14, núm. 1, enero-junio, 2009, pp. 179-191, Consejo Nacional para la Enseñanza en Investigación en Psicología, México.

PAGINAS WEB

19. Averbach. Y. *Los problemas psicológicos en la infancia y sus causas*. Recuperado: <http://www.persona-psi.com/wp/los-problemas-psicologicos-en-la-infancia-y-sus-causas>.
20. Camarillo. E. *Percepción, Proceso cognoscitivo. Interpretación del entorno*. Recuperado: <http://www.w3.org/1999/xhtml>.
21. ECI. Tema 20. *Trastornos por déficit de atención en la infancia*. Recuperado: <http://www.who.int/sysmedia/media/resources/favicon.ico>.
22. Hernández, E. *Conductas Agresivas en la infancia*. Recuperado: <http://www.w3.org/1999/xhtml>.
23. Huberty, A. *La ansiedad y los trastornos de ansiedad en niños: Información para los padres*. Recuperado: <http://www.w3.org/TR/xhtml1/DTD/xhtml1-transitional.dtd>.

24. Organización Mundial de la Salud. *Depresión*. Recuperado: <http://www.who.int/sysmedia/media/resources/favicon.ico>. Acceso el día 29/04/15, horas 4:00 pm.
25. Pérez, J. *Desarrollo socio-emocional en la infancia*. Fundación Sorapán de Rieros (Fundación para la Prevención de los Trastornos Psiquiátricos de los Niños y Adolescentes). Recuperado: <http://www.spapex.es/3foro/desemocional>.
26. Ramírez, O. *Padres y desarrollo de los hijos: prácticas de crianza*. Recuperado: <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-07052005000200011>.
27. Saklofske, R. *Depresión en los niños. Información para los padres*. Recuperado: <http://www.who.int/sysmedia/media/resources/favicon.ico>. Acceso el día 29/03/15, horas 5:30 pm.
28. Tripod, B. *Problemas Emocionales*. Recuperado: "<http://edicacionespecialpr.tripod.com/>".

ANEXOS



UNIVERSIDAD NACIONAL
TORIBIO RODRÍGUEZ DE MENDOZA DE AMAZONAS
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

Anexo 01

CHILD BEHAVIOR CHECKLIST (CBCL) FOR AGES 1½-5
(Achenbach y Rescorla, 2000)

INTRODUCCIÓN: El Test tiene por objetivo identificar el desarrollo socioemocional de los niños de la Institución Educativa Inicial el Prado, Chachapoyas, consta de 100 ítems para ser aplicado a los cuidadore principales de dichos niños.

INDICACIONES: El CBCL es un instrumento de aplicación individual, de aproximadamente 20 minutos de duración y que se administra a los cuidadores principales de los niños preescolares. La aplicación de test requiere que la persona responsable considere todas las recomendaciones necesarias.

Por favor, rellene este formulario para reflejar la opinión del cuidador principal sobre el comportamiento del niño, incluso si otras personas podrían no estar de acuerdo. Siéntase libre de escribir comentarios adicionales al lado de cada tema. Asegúrese de que se responda a todos los elementos.

DATOS GENERALES DEL NIÑO

1. Edad:
.....
...
2. Sexo: a) masculino b) femenino
3. Sección:.....

DATOS DE LA PERSONA QUIEN CONTESTA LOS ÍTEMS
(PADRE/MADRE/CUIDADOR PRINCIPAL)

4. Edad:.....
5. Condición a) papá b) mamá

6. Fecha

de

aplicación:.....

A continuación se muestra una lista de elementos que describen los niños. Para cada artículo que describe el niño ahora o dentro de los últimos 2 meses, por favor marque según corresponda:

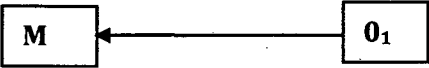
ITEMS	No es cierto (0)	algo o a veces cierto (1)	Frecuente o Muy cierto (2)
1. Tiene molestias o dolores frecuentemente (sin causa médica; no incluyen dolores de cabeza o de estómago)			
2. Se comporta como si fuera un niño más pequeño de la edad que tiene			
3. Tiene miedo a probar cosas nuevas			
4. Evita mirar a los ojos cuando esta con otros			
5. No se puede concentrar, no puede prestar atención por mucho tiempo			
6. No puede quedarse quieto			
7. No soporta que las cosas estén fuera de su lugar			
8. No se puede esperar; quiere todo en ese momento			
9. Mastica cosas que no son comestibles			
10. Se aferra a los adultos de forma dependiente			
11. Constantemente busca ayuda			
12. Tiene estreñimiento			
13. Llora mucho			
14. Tiene un trato cruel con los animales			
15. Es desafiante			
16. Quiere que sus demandas sean satisfechas inmediatamente			
17. Destruye sus propias cosas			
18. Destruye las cosas pertenecientes a su familia o a otros niños			
19. Tiene diarrea heces sueltas (cuando no está enfermo)			
20. Es desobediente			
21. Se molesta cuando se cambian las actividades rutinarias			
22. No quiere dormir solo			
23. No responde cuando la gente habla de él/ella			
24. No come bien			
25. No se lleva bien con otros niños			
26. No sabe cómo divertirse; actúa como un pequeño adulto			
27. No parece sentirse culpable después de portarse mal			
28. No quiere salir de casa			
29. Se siente frustrado con facilidad			
30. Siente celos con facilidad			
31. Come o bebe cosas que no son alimentos (no incluye dulces)			
32. Tiene temores con ciertos animales , situaciones o lugares			

33. Sus sentimientos son heridos fácilmente			
34. Se lastima mucho, esta propenso a los accidentes			
35. Se mete en muchas peleas			
36. Se mete en todo			
37. Está muy molesto cuando está separado de sus padres			
38. Tiene problemas para dormir			
39. Tiene dolores de cabeza (sin causa médica)			
40. Tiene otras molestias (sin causa médica)			
41. Contiene la respiración			
42. Lástima a los animales o personas sin sentido			
43. Parece infeliz sin razón			
44. Tiene ánimo enfadado			
45. Presenta frecuentemente náuseas y se siente enfermo (sin causa médica)			
46. Realiza movimientos nerviosos o espasmos			
47. Se encuentra frecuentemente nervioso o tenso			
48. Le da pesadillas			
49. Come en exceso			
50. Se siente cansado o fatigado			
51. Muestra temor sin motivo			
52. Tiene dolor cuando realiza sus deposiciones (sin causa médica)			
53. Ataca a personas físicamente			
54. Elige nariz, piel, u otras partes del cuerpo			
55. Juega demasiado con su propio órgano sexual o sus partes			
56. Tiene mala coordinación y es torpe			
57. Tiene problemas con los ojos (sin causa médica)			
58. El castigo no cambia su comportamiento			
59. Rápidamente cambia de una actividad a otra			
60. Tiene erupciones u otros problemas de la piel (sin causa médica)			
61. Se niega a comer			
62. Se niega a jugar juegos activos			
63. Mueve varias veces la cabeza o el cuerpo			
64. Se resiste a ir a la cama por la noche			
65. Se resiste a controlar los esfínteres para orinar o hacer deposiciones			
66. Grita mucho			
67. Parece no responder al afecto y al cariño de otros			
68. Se avergüenza fácilmente			
69. Es egoísta, no quiere compartir			
70. Muestra poco afecto hacia las personas			
71. Muestra poco interés en las cosas alrededor de él/ella			
72. Muestra poco miedo a hacerse daño			
73. Es demasiado o tímido			
74. Duerme menos que la mayoría de los niños durante el día y/o por la noche			
75. Juega o se mancha con las deposiciones			
76. Tiene problema para hablar			

77. Mira hacia al vacío o parece preocupado			
78. Tiene dolores estomacales (sin causa médica)			
79. Tiene cambios rápidos entre tristeza y emoción			
80. Tiene comportamientos extraños			
81. Es terco e irritable			
82. Tiene cambios repentinos en el estado de ánimo o sentimientos			
83. Se enoja mucho			
84. Habla o grita en el sueño			
85. Tiene rabietas o mal genio			
86. Esta demasiado preocupado por la pulcritud o la limpieza			
87. Tiene demasiado miedo o ansiedad			
88. No es cooperativo			
89. Tiene movimiento lento, carece o le falta energías			
90. Se siente infeliz, triste o deprimido			
91. Es inusualmente fuerte			
92. Se siente molesto por nuevas personas o situaciones			
93. Vomita y arroja (sin causa médica)			
94. A menudo se despierta por la noche			
95. Suele irse lejos			
96. Quiere un montón de atención			
97. Gimotea y es quejumbroso			
98. Es retirado, no se involucra con otros			
99. Tiene preocupaciones			
100. Por favor, escriba cualquier problema que no estaba en la lista anterior. _____			

Anexo 02

MATRIZ DE CONSISTENCIA

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	VARIABLES	MARCO METODOLÓGICO
<p>¿Cómo es el desarrollo socioemocional de los niños según percepción de sus padres. Institución Educativa Inicial N° 028-Marz- El Prado, Chachapoyas, 2014?</p>	<p>Objetivos General: Determinar el desarrollo socioemocional de los niños según percepción de sus padres. Institución Educativa Inicial N° 028 – Marz - El Prado, Chachapoyas, 2014.</p> <p>Objetivos Específicos. Identificar el desarrollo socioemocional de los niños según percepción de sus padres en cuanto a las dimensiones reactividad emocional, ansiedad/ depresión, quejas somáticas,</p>	<p>Variable 1: desarrollo socioemocional</p>	<p>MARCO METODOLÓGICO. Diseño de contrastación de la hipótesis. El trabajo de investigación será enfoque cuantitativo, de nivel descriptivo, prospectivo de corte transversal. (Hernández, 2008)</p> <p>El diagrama de este tipo de estudio es el siguiente:</p> <div style="text-align: center;">  <pre> graph LR O1[O1] --> M[M] </pre> </div> <p>DONDE: M: Es la muestra en la que se aplicara el estudio. O1: Medición de nivel de desarrollo socioemocional</p> <p>Universo muestral: Se considerará los padres de familia que tienen sus niños entre los 4 a 5 años en la institución educativa inicial el Prado de la</p>

	<p>ensimismamiento, problemas atencionales, conductas agresivas, problemas de sueño y otros problemas. Institución Educativa Inicial N° 028 - Marz - El Prado, Chachapoyas, 2014.</p>		<p>ciudad de Chachapoyas con la finalidad de recoger sus percepciones sobre el desarrollo socioemocional de sus hijos, los cuales son en número de 33 considerando a las secciones de 4 a 5 años.</p> <p>Métodos, técnicas e instrumentos de recolección de datos.</p> <p>Método: Encuesta. (Canales, 1994).</p> <p>Técnica: Cuestionario. (Hernández, 2008).</p> <p>Instrumento: Version española del test Child Behavior Checklist (CBCL) for ages 1½-5</p> <p>Análisis de Datos:</p> <p>La información será procesada utilizando el programa estadístico SPSS versión 15 para Windows y el paquete de Excel 2010. La estadística que se utilizará para el análisis de los datos será la descriptiva, aplicando distribuciones porcentuales y absolutas.</p>
--	---	--	---

Anexo 03

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Def. Operacional	Dimensiones	Ítems	Categoría	Escala
Desarrollo Socioemocional	Es el desarrollo socioemocional que será medido con el instrumento CHILD BEHAVIOR CHECKLIST (CBCL) FOR AGES 1½-5, partir de la identificación de problemas en área emocional y social	Reactividad emocional	21, 46, 51, 79, 82, 83, 92, 97, 99	<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollo socioemocional normal (Puntaje T bajo 60) • Desarrollo socioemocional en riesgo (Puntaje T entre 60 y 63) • Desarrollo socioemocional en rango clínico (Puntaje T mayor a 63) 	Ordinal
		Ansiedad/ Depresión	10, 33, 37, 43, 47, 68, 87, 90		
		Quejas Somáticas	1, 7, 12, 19, 24, 39, 45, 52, 78, 86, 93		
		Ensimismamiento	2, 4, 23, 62, 67,70,71, 98		
		Problemas Atencionales	5, 6, 56, 59, 95		
		Conductas Agresivas	8,15,16,18,20, 27,29, 35, 40, 42, 44, 53, 58, 66, 69, 81, 85, 88, 96		
		Problemas de sueño	22, 38, 48, 64, 74, 84, 94		
		Otros problemas	3,9,11,13,14,17,25,26,28,30,31, 32,34,36.41,49,50,54,55,57,60,61, 63,65,72,73,75,76,77,80,89,91,100		

Anexo 04
Validez y Confiabilidad del Instrumento
Child Behavior Checklist/1.5-5 (CBCL)

Autor: Thomas M Achenbach

Año: 1991

Lugar: Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Vermont

Población: Niños, adolescentes de 1.5 a 5 años de edad

Tiempo de administración: 25-30 minutos

Descripción del Instrumento

Propósito

Sirve para obtener información de los niños a partir de sus padres o cuidadores. Se obtiene dos tipos de información: sobre las habilidades o competencias de los niños (Escala de Competencia social) y acerca de sus comportamientos problemáticos (Escala de Problemas).

Organización conceptual

El CBCL/4-16 fue el primero de lo que se ha convertido en un conjunto de medidas para evaluar a los padres de los niños, los maestros, y el auto-informe. En 1991, el CBCL/4-16 fue re-normado para incluir menores de hasta 18 años de edad (CBCL/4-18). El sistema Achenbach consta de tres partes: el CBCL (para ser completado por los padres o cuidadores), el Formulario de Informe del Maestro (TRF), y el Auto-informe para Jóvenes (YSR). Los ítems incluyen la medición de los siguientes ocho síndromes:

- Síndrome I: Retraimiento
- Síndrome II: Quejas somáticas
- Síndrome III: Ansiedad/depresión

- Síndrome IV: Problemas Sociales
- Síndrome V: Alteraciones del pensamiento
- Síndrome VI: Problemas de Atención
- Síndrome VII: Conducta Infractora
- Síndrome VIII: Conducta Agresiva

Además de centrarse en el comportamiento de un niño tal como se define por uno de los ocho síndromes, el CBCL también permite el examen de dos grandes grupos de síndromes: problemas de internalización y de externalización. Problemas de internalización combina las escalas de retraimiento, quejas somáticas, y ansiedad/depresión. Problemas de externalización combina las escalas de conducta infractora y conducta agresiva.

Tiempo de administración

De 25 a 30 minutos.

Método de administración

El CBCL está diseñado para ser completado de forma independiente el padre y la madre o el cuidador. Sólo requiere una habilidad lectora de 5º año escolar. El formulario también se puede administrar por vía oral por un entrevistador que registre las respuestas del padre o madre.

Puntuación

Cada ítem se puntúa de 0 a 2 puntos y las instrucciones de calificación manual del instrumento aparecen en el Apéndice A del Manual.

Hay diversas puntuaciones que se pueden obtener:

- Puntuaciones 3 escalas de competencia:

Las puntuaciones directas o brutas son convertidas en puntuaciones normales o estandarizadas (puntuación T) con una media = 50 y un desvío estándar = 10 que pueden ser comparadas con las puntuaciones obtenidas de las muestras normativas de niños dentro de la misma franja de edad.

Las tablas para convertir las puntuaciones directas a puntuaciones estándar (T) aparecen en el CBCL/4-18 Profile for Boys- Problem and Competence Scales y CBCL/4-18 Profile for Girls – Problem and Competence.

Interpretación

Después de obtener las puntuaciones estándar se pasan al gráfico y allí se observa si las mismas presentan o no validez clínica. Si las puntuaciones caen por encima de la franja punteada (a partir de 70), se considera que el problema es de significancia clínica; si caen por debajo (menos de 67), se considera normal. Si caen dentro de la franja punteada (entre 67 y 70), se considera borderline.

Para las escalas de competencia y para los 8 síndromes, se asigna una puntuación normal mínima de 50 a las puntuaciones que caen en el punto medio de los percentiles ≤ 50 , para permitir la comparación de los puntajes estandarizados a través de escalas.

Validez

La validez es una propiedad o característica de un instrumento de medición que indica si el instrumento mide realmente lo que pretende medir. Es decir, en sentido general, la validez de un instrumento tiene que ver con las preguntas siguientes: ¿qué miden los puntajes del test? y ¿qué predicen dichas puntuaciones?

La validez de constructo se evaluó mediante la correlación de las puntuaciones de escala CBCL con las puntuaciones de las escalas de Conners (1973) *Cuestionario para Padres* y con la Escala Quay-Peterson (1983) Revised Problem Behavior Checklist, obteniéndose una muestra de 60 derivados a la clínica de 6 a 11 años de edad. Las correlaciones entre el CBCL y el Conners osciló de 0.59 a 0.86. Las correlaciones entre el CBCL y de Quay-Peterson fueron similares, desde 0.59 hasta 0.88.

Confiabilidad

La confiabilidad o fiabilidad de un instrumento indica la capacidad del mismo para obtener resultados consistentes en mediciones sucesivas del mismo fenómeno o mediciones efectuadas por distintas personas. Esto quiere decir, cuando se apliquen varias veces un instrumento de medición (por ejemplo, un test a una persona varias veces) los resultados obtenidos sean parecidos, lo que implicaría una alta fiabilidad del instrumento utilizado.

La fiabilidad de acuerdo entre entrevistadores y la fiabilidad test-retest fueron abaladas por correlaciones de 0.90 para las puntuaciones promedio obtenidas por diferentes evaluadores y por informes de padres en dos ocasiones con un intervalo de 7 días. La fiabilidad test-retest obtuvo coeficientes de correlación de 0,87 para la Escala de Competencia Social y 0.89 para la Escala de Problemas.

El acuerdo entre padres

Alfa de Cronbach: es un parámetro que sirve para medir la fiabilidad de una escala de medida. Cuanto más se aproxime a su valor máximo, 1, mayor es la fiabilidad de la escala. Además, en determinados contextos y por acuerdo, se considera que valores del alfa superiores a 0,7 o 0,8 son suficientes para garantizar la fiabilidad de la escala.

Los valores Alfa de Cronbach para las distintas escalas varió de 0.46 En la Escala de Actividades y 0.93 en la subescala de externalización para niños de edad 4-11 (N = 582), y de 0,54 en la subescala de Actividades y 0,93 en la subescala de externalización para niñas en edad 4-11 (N = 619). Entre los ocho síndromes, alfa de Cronbach osciló entre valores de 0.62 a 0.92 para los niños de edad 4-11 y 0.66 a 0.92 para las niñas en edad 4-11.

Anexo 05

Tabla 03: Sexo de los niños y Desarrollo socioemocional de los niños según percepción del cuidador principal. Institución Educativa Inicial N° 028-Marz- El Prado, Chachapoyas, 2014.

Desarrollo socioemocional	Masculino		Femenino		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%
Normal	7	21.2	13	39.4	20	60.6
En riesgo	5	15.2	3	9.1	8	24.2
En rango clínico	3	9.1	2	6.1	5	15.2
Total	15	45.5	18	54.5	33	100

Fuente: Test Child Behavior Checklist (CBCL 1½-5) aplicado.

$$X^2=2.246 \quad gl = 2 \quad p=0.325 > 0.05$$

Tabla 04: Edad de los niños y desarrollo socioemocional de los niños según percepción del cuidador principal. Institución Educativa Inicial N° 028-Marz- El Prado, Chachapoyas, 2014.

Desarrollo Socioemocional	edad					
	4 años		5 años		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%
normal	15	45,5	5	15,2	20	60,6
en riesgo	5	15,2	3	9,1	8	24,2
en rango clínico	3	9,1	2	6,1	5	15,2
Total	23	69,7	10	30,3	33	100

Fuente: Test Child Behavior Checklist (CBCL 1½-5) aplicado.