

MODOS DE DORMIR

Una mirada antropológica sobre el sueño infantil



AUTORA

Carolina Remorini (AFIN-UAB)

<https://orcid.org/0000-0003-0806-8635>

IMÁGENES

Las imágenes son de dominio
público o propiedad de la
autora



Índice

Resumen	01
Introducción	02
<i>Cuando dormir se convierte en un “problema”</i>	
<i>Dormir es una práctica cultural</i>	04
<i>El dormir en contexto ecológico</i>	06
<i>Dónde, cómo y cuándo duermen los niños</i>	
<i>Del sueño del niño al sueño de quienes cuidan</i>	12
<i>Dormir juntos, separados o solos</i>	14
<i>¿Cuándo se convierte el sueño en un problema?</i>	17
<i>Dar una cuna</i>	20
<i>Hacia una ecología del sueño infantil</i>	21
<i>El desafío de definir el “sueño seguro” y caminos posibles de diálogo</i>	23
<i>Palabras finales.</i>	25
<i>Aprender a mirar y escuchar antes de recomendar</i>	
Referencias	26



Resumen

Dormir es una necesidad biológica universal, pero las maneras de dormir y de hacer dormir a los niños se encuentran culturalmente organizadas. Este ensayo propone una lectura antropológica del sueño infantil que desplaza la mirada desde el niño aislado hacia las configuraciones concretas de relaciones, prácticas, espacios, objetos, rutinas, conocimientos y valores en las que el sueño tiene lugar. Este escrito se nutre de dos documentos previos: una comunicación científica realizada en 2018 y de un informe técnico elaborado en 2020 para el Programa de Sueño Seguro del Lactante (Argentina) (ambos inéditos) (1). A partir de esta base, dialoga con la literatura científica actualizada a 2026 sobre esta temática y se organiza en tres ejes centrales: cómo se construye la idea de sueño normal; cuándo una diferencia en la forma de dormir se convierte en un problema; y qué desafíos plantea traducir recomendaciones de salud pública a contextos familiares diversos. La propuesta no pretende oponer evidencia científica y experiencia familiar, sino mostrar que la eficacia de las intervenciones en la clínica y en salud pública depende fuertemente de reconocer los contextos en los que las recomendaciones son interpretadas y practicadas. La antropología puede contribuir así a construir estas intervenciones y recomendaciones introduciendo un enfoque interseccional y situado de estas prácticas cotidianas de dormir y hacer dormir que, a menudo, se configuran como “problemas médicos”

Palabras clave: sueño infantil; antropología; crianza; nicho de desarrollo; colecho; sueño seguro; interseccionalidad, atención de la salud, políticas públicas

(1) Nota: esta versión es una reelaboración integral de dos materiales de partida y actualiza específicamente los argumentos sobre normalidad, prácticas parentales, colecho, contexto y sueño seguro (ver notas 2 y 3)



Introducción

Cuando dormir se convierte en un “problema”

Este escrito tiene como punto de partida una presentación en un congreso de pediatría y un informe elaborado el Programa de Sueño Seguro del Lactante (Argentina). En dicho congreso, fui invitada a una mesa con colegas de otras disciplinas titulada: *“Doctor, haga algo para que mi hijo duerma: el sueño en el siglo XXI”*.

Este título condensa una transformación significativa: una actividad cotidiana que pertenece al ámbito doméstico aparece ahora como objeto de preocupación, consulta profesional y, en determinadas circunstancias, intervención sanitaria. Este título sugeriría que madres y padres en algunas comunidades culturales y sectores socioeconómicos acuden a un profesional –no en primera instancia, seguramente– para que les oriente y más aún “haga algo”. Es decir, que les de pistas para mejorar su performance ritual –porque hacer dormir es un ritual– y así lograr el objetivo: que el niño o la niña y sus cuidadores duerman.

Un recorrido por alguna bibliografía reciente sobre el sueño infantil desde las ciencias sociales y de salud, nos alerta acerca de la relevancia que han adquirido los trastornos del sueño en los últimos años –y no sólo infantil–, y tanto en el ámbito de la consulta

médica como de la investigación, se habla de un trastorno funcional que se ha convertido en un verdadero problema de salud pública, lo que ha estimulado muchos estudios para identificar las causas y factores co-ocurrentes.

En este contexto, antes de preguntar qué debe hacer un profesional para mejorar el sueño, conviene formular una pregunta anterior: ¿qué significa, en un contexto determinado, que un niño o niña duerma bien? ¿Cuáles son las condiciones ambientales –incluyendo las sociales y culturales– que organizan y afectan el sueño? Y también; ¿Cómo se vincula esta percepción del problema y su magnitud con las expectativas y demandas cotidianas que afrontan las madres y padres, con su cada vez mayor exposición a discursos expertos (y también pseudo expertos) acerca de la crianza y el desarrollo infantil y que circulan en tan variados formatos, dosis y soportes en las comunidades cosmopolitas contemporáneas?

La cuestión aquí no es negar que existan alteraciones del sueño infantil ni minimizar los riesgos asociados a determinadas condiciones de sueño. Es preguntarse cómo se construyen las categorías mediante las

cuales distinguimos entre sueño normal, sueño difícil, problema de crianza o trastorno del sueño. Barry (2021), por ejemplo, ha mostrado que no existe una definición simple de “sueño normal” infantil: junto a la maduración biológica intervienen diferencias individuales y supuestos socioculturales acerca de cómo debería dormir un bebé.

El punto de partida de este escrito es, antropológico: el sueño infantil no puede comprenderse como una conducta aislada del niño ni como una práctica parental aislada. Es una configuración situada de cuerpos, relaciones, rutinas, conocimientos, valores culturales y condiciones materiales. Con relación a ello, debe adoptarse una perspectiva intercultural e interseccional, y no reducirla a un problema médico.

(2) Remorini, Carolina. (2028). Modos de dormir: experiencias culturales en torno al sueño de los niños (y de los padres). 7mo Congreso Argentino de Pediatría General Ambulatoria de la Sociedad Argentina de Pediatría. Salta, 7, 8 y 9 de Noviembre.

(3) A solicitud de la Dirección de Perinatología y Niñez, Ministerio de Salud de la Nación (Argentina) se ha elaborado en 2020 un informe técnico como parte de la participación de la autora en una mesa interdisciplinaria e intersectorial del Programa de Sueño Seguro del Lactante. En ese momento la autora era investigadora del Laboratorio de Investigaciones en Etnografía Aplicada dependiente de la Universidad Nacional de La Plata y la Comisión de Investigaciones Científicas de la provincia de Buenos Aires.



<https://www.biginfinland.com>



Dormir es una práctica cultural

Dormir es una actividad que responde a una necesidad biológica universal. No obstante, el sueño, como cualquier actividad fisiológica humana, está regulado culturalmente.

La variabilidad de experiencias del sueño en perspectiva antropológica se relaciona con la diversidad psicofisiológica de los humanos y su adaptación a los ambientes que habitan, con las formas de organización social de las comunidades que integran, las condiciones materiales de vida, con sus historias personales y familiares, con sus saberes y valores, sus rutinas cotidianas y modelos culturales de crianza y desarrollo infantil (Munroe & Munroe, 1987; Whiting & Edwards, 1988; Whiting & Whiting, 1975; Jenni & O'Connor, 2005; Super & Harckness, 2013). Con relación a todos estos aspectos es necesario atender a los cambios dinámicos que pueden darse en cada contexto debido, por ejemplo, a migraciones o cambios ambientales, que pueden introducir variaciones al interior de sociedades o segmentos de la sociedad que no deben asumirse como homogéneos (Yovsi & Keller, 2007).

Antes de seguir ¿qué entendemos por cultura? Cuando hablamos de cultura entendemos todo lo que hacemos los humanos de manera rutinaria junto a otros sujetos de nuestra comunidad, esas prácticas que resultan de una historia compartida, del aprendizaje y la comunicación interpersonal,

cuya regularidad distingue unos conjuntos sociales de otros. Asimismo, es preciso recordar que lo que llamamos cultura está incorporado –algunos dicen encorporizado– en modos de hacer las cosas de manera rutinaria, basadas en creencias y valores que se dan por sentado, que no siempre son explícitos o toman la forma de reglas claramente formuladas (Remorini, 2026). Nuestro modo de actuar cotidiano no se basa en cuestionar permanentemente estas creencias o reflexionar sobre su origen, el cual muchas veces no podemos reconstruir. Este proceso de naturalización de las prácticas culturales conduce a su reificación. Esto se aplica no sólo a los saberes llamados “legos” (la población, los cuidadores) sino también a los “expertos”. La ciencia es llevada a cabo por una comunidad de práctica (los científicos de una disciplina o campo del saber). Al respecto, las prácticas sólo adquieren sentido por referencia a contextos en los que se desarrollan, las que no necesariamente se articulan con otras de manera armónica, sino que son cuestionadas, legitimadas o tensionadas. Por lo tanto, necesitamos entender cómo se articula esa práctica con otras, de dónde se nutren los fundamentos que las sostienen, qué problemas resuelve, quiénes intervienen en su transformación.

Por lo tanto, una perspectiva antropológica se centra en “desnaturalizar” lo “dado por sentido” y preguntar por el alcance de la validez de un conjunto de afirmaciones que surgen de la investigación en poblaciones que no son “representativas” de conjuntos más diversos. De hecho, la antropología muestra que aquello que consideramos “universal”, “normal” y/o “típico”, sólo lo es si nos limitamos a esos conjuntos sobre los que se ha concentrado la investigación sobre desarrollo humano (Remorini & Rowensztein, 2022; Remorini, 2024).



© Carolina Remorini



El dormir en contexto ecológico

Desde un enfoque etnográfico no es posible considerar las experiencias del sueño de niños/as, sin hablar de las de sus padres o sus cuidadores habituales que son quienes toman decisiones y organizan –o intentan hacerlo– las formas de dormir de niños y niñas, al menos en los primeros tiempos de vida. En tal sentido, debemos atender a las rutinas y a los criterios para la toma de decisiones sobre este aspecto de la crianza, los que no necesariamente pueden corresponderse con lo que los saberes expertos consideran saludable, esperable o adecuado.

Siguiendo a Super & Harckness (2013), las modalidades del dormir y del sueño infantil que desde las disciplinas del desarrollo y desde el sentido común de quienes pertenecemos a las sociedades denominadas “occidentales” se asumen como positivas y normales, son bastante infrecuentes puestas en términos de la diversidad cultural global, y son formas de hacer las cosas que se han incorporado a la historia evolutiva de la humanidad bastante recientemente. Pensar en nuestra historia como seres humanos, ayuda a colocar “el problema del sueño” en coordenadas temporales más amplias, para ver cómo hemos llegado al presente. . Siguiendo a McKenna y colaboradores (1993), el proceso de hominización supuso cambios en los ritmos y características del sueño y los hábitos del dormir, la relación entre sueño y vigilia, entre otros cambios fisiológicos y

comportamentales. . Por su parte, Ball et al. (2019) señalan que el énfasis en que el sueño solitario y continuo es lo “normal” y deseable para los bebés, que los despertares nocturnos son indeseables y deben eliminarse, y que el sueño compartido es inseguro y psicológicamente perjudicial responde a una visión biomédica restrictiva. En este marco, McKenna et al. (1993) discutieron la relación entre las características del sueño infantil, el contacto cuidador-lactante y la investigación sobre muerte súbita infantil.

El concepto de nicho de desarrollo de Harkness y Super (1986) resulta especialmente productivo para situar el sueño infantil en este encuadre ecológico y temporal.

El nicho de desarrollo puede definirse como un marco teórico que describe el microambiente cotidiano del niño regulado por la cultura. Funciona como una interfaz estructurada que media la experiencia del desarrollo infantil e integra los factores biológicos del individuo con las exigencias de su entorno sociocultural. Este concepto establece que el entorno del niño está organizado sistemáticamente por la cultura a través de tres subsistemas interconectados: 1) el entorno físico, material y social: lugares y personas que configuran la vida diaria del niño. Por ejemplo, tipo de vivienda, la compañía de hermanos o adultos, y los

objetos accesibles; 2) las prácticas de cuidado y crianza: prácticas institucionalizadas y rutinas diarias reguladas culturalmente. Abarca, por ejemplo, los horarios de sueño, las técnicas de alimentación, las pautas de disciplina y las tareas asignadas; y 3) las etno-teorías parentales: conjunto de creencias, valores y expectativas de los padres. Define lo que los cuidadores consideran un comportamiento "normal", "deseable" o "exitoso" en el desarrollo infantil.

El desarrollo ocurre en la articulación entre un contexto social y material, las prácticas de crianza y las creencias de los cuidadores. Preguntar cuánto duerme un bebé o dónde duerme exige situar esas respuestas dentro de un modo de vida particular (Remorini, 2018).

Esta perspectiva permite recuperar una advertencia central de la antropología: no hablamos del niño universal o teórico, sino de niños concretos, históricos y situados. Hablamos de niños que duermen en determinadas casas, junto a determinadas personas, con determinados objetos, sometidos a determinadas temperaturas, horarios, desplazamientos y ritmos de actividad.

Dónde, cómo y cuándo duermen los niños

Las investigaciones en Etnografía e Historia ponen de relieve la diversidad de actores, acciones y objetos que intervienen en la organización de las prácticas de sueño.

Dormir y "hacer dormir" pueden ser considerados rituales como muchos otros que forman parte de nuestra vida cotidiana. Incluyen una secuencia de acciones, involucran un tiempo y un espacio, objetos, disposiciones, gestos, movimientos, palabras, sonidos específicos realizados en un orden, que se articulan y combinan en un orden en función de una creencia sobre las "formas correctas" de llevar a cabo este ritual y garantizar su eficacia.

Las rutinas son, por tanto, algo más que una técnica para conseguir un resultado fisiológico: constituyen modos culturalmente organizados de relacionarse con el niño. Los humanos nos acostumbramos a dormir de diferentes maneras, pero preferimos algunas y entonces nos aferramos a rituales que creemos nos garantizan el buen dormir y el descanso.



Componentes del nicho de desarrollo. Elaboración propia

Un hallazgo de Margaret Mead (Bateson & Mead, 1942) fue que en Bali las personas duermen en circunstancias estresantes: cuando sufren de ansiedad o temor, pueden quedarse profundamente dormidos. Contrario a las expectativas que indicarían, como en general se observa, que las personas en estos momentos muestran un mayor grado de alerta y excitación. Evidentemente, los balineses aprendieron a dormir en estas circunstancias. Los mecanismos fisiológicos involucrados en la regulación de esta forma de dormir son desconocidos, pero esta forma de dormir entre los balineses nos alerta para no dar por sentados los espacios, tiempos y formas de dormir.

Una investigación llevada a cabo por Morelli et al. (1992) en los hogares norteamericanos de clase media arrojaba que las rutinas del sueño infantil suponían alrededor del 10% del tiempo diario. Comparando con hogares Mayas de Guatemala encontraron que en ellos no existen como regla los rituales y las rutinas para promover el sueño de los niños.

El modelo cultural promovido desde las disciplinas del desarrollo el sueño infantil y la prevención de trastornos hace hincapié en las rutinas, la regularidad. Al respecto, Super y Harckness (2013) hallaron que los padres holandeses a los que entrevistaron mencionaban con frecuencia las "tres R": rust, regelmaat y reinheid lo que se traduce como reposo, regularidad e higiene. Esto se ha convertido en una fórmula oficialmente promovida durante más de un siglo y sigue siendo evidente en la literatura de puericultura actual de ese país y promovida por los servicios estatales.

Regularidad, rutinas, ritmos, regulación. Racionalidad, recomendaciones, reducción de riesgos. Todas estas palabras con "R" que

ocupan un lugar destacado, como condición necesaria para el "normal desarrollo" En las conversaciones entre profesionales (ya sean pediatras, maestros o cualquiera de los profesionales "psi") y cuidadores, el tema de las rutinas emerge como una constante ya sea que se trate del sueño, la alimentación, la higiene, los juegos, el uso de pantallas o casi cualquier otra dimensión de la vida infantil (Remorini, 2021).

Esto no significa considerar que las rutinas son cruciales para la vida colectiva y los bebés deben aprender esto desde muy temprano. Todos los grupos humanos organizan su vida cotidiana sobre la base de formas rutinarias de hacer las cosas, lo que no significa que las organicen de la misma manera. La antropología muestra que no necesariamente la ausencia de ciertas rutinas ocasiona trastornos del sueño, ya que algunas comunidades se caracterizan por la flexibilidad en el cuándo y el dónde los niños y los adultos pueden ponerse a dormir y ello se relaciona con variaciones en los ritmos circadianos (Super & Harckness, 2013; Crittenden et al, 2018).

Por otra parte, debemos pensar en la diversidad de objetos, espacios y mobiliarios específicos existentes en diferentes comunidades -o la ausencia de ellos-. Por ejemplo, el uso de objetos transicionales (manta, peluche) también ha sido tema de estudios transculturales, por sus implicancias para el apego y el proceso de individuación. Un estudio de un psicoanalista fue pionero en abordar este tema (Gaddini, 1970), mediante la comparación de tres muestras; italianos de un pueblo rural, italianos en Roma y familias extranjeras, en su mayoría anglosajonas, que residen en Roma, Los resultados fueron que el 6% de los infantes

rurales, el 31% de los infantes italianos romanos y el 61% entre los bebés anglosajones usaron una manta o equivalente para la transición al sueño. Este gradiente fue inversamente proporcional a la presencia de prácticas de colecho, lactancia materna extendida y contacto corporal, lo que llevó al autor a plantear que el bajo nivel de contacto y la proximidad se relaciona con el mayor uso de objetos transicionales para el momento de dormir. Esto nos conduce a pensar que en muchas sociedades los infantes dependen del contacto con otras personas para obtener confort, mientras que en otras dependen del contacto con objetos. (Remorini, 2018, 2020). En un estudio comparativo en Francia basado en reportes verbales Louis y Govindama (2004) encontraron que los rituales del hacer dormir aparecen como la variable más significativa en la explicación del sueño “normal” y con “trastornos”. Los investigadores observaron que ciertas prácticas como mantener la cercanía corporal, esperar a que el bebé se duerma para dejarlo solo y el colecho se correlacionan positivamente con menor tiempo de descanso, o despertarse más veces durante la noche.

Pero también se preguntan por el sentido cultural de esas prácticas y su relación con otros factores que en apariencia no están directamente vinculados, como las experiencias de las madres migrantes en una de las poblaciones, la composición y tamaño familiar, los antecedentes familiares de trastornos de sueño asociados a experiencias traumáticas como la soledad y los conflictos con diferentes grupos étnicos.

Es decir, que los resultados de correlación de variables aisladas se ponen a jugar en un escenario mayor que requiere de leer

cautelosamente tales asociaciones y profundizar la búsqueda en un sentido etnográfico, es decir, entender los modos de dormir como parte del modo de vida, como producto de una historia social.

La investigación de Super et al. (2021) ofrece una actualización empírica respecto de estudios previos en contextos similares. Los autores comparan el sueño de bebés de 8 meses de dos contextos culturales: familias neerlandesas de clase media de pequeñas localidades del centro de los Países Bajos y familias estadounidenses de clase media de Nueva Inglaterra. Estudian 24 bebés en cada contexto, mediante actigrafía -registro objetivo de la actividad/movimiento durante 24 horas en el hogar- y diarios de los padres. Hallaron, por ejemplo, que los bebés neerlandeses duermen, en promedio, 13,65 horas cada 24 horas, unas 1,67 horas más que los estadounidenses, y que duermen más durante el día. También encontraron diferencias en la proporción de quiet sleep y active sleep (fases definidas desde el punto de vista conductual y neurofisiológico). Pero, la pregunta no es simplemente “¿cuánto duerme un bebé?” o “¿duerme suficiente este bebé?” sino cómo la organización cultural de su vida cotidiana contribuye a configurar la cantidad, distribución y estructura del sueño. Lo relevante es que los autores no interpretan estas diferencias simplemente como que un grupo duerme “mejor” que el otro. De hecho, aparece una paradoja: si se utiliza un determinado criterio de maduración, los bebés neerlandeses parecen menos maduros en cuanto a cantidad total de sueño, pero más maduros en cuanto a la estructura del sueño.

Esto lleva a los autores a cuestionar la idea de que exista una trayectoria única y universal de “maduración” del sueño. En definitiva, el sueño es simultáneamente un proceso madurativo y una conducta culturalmente organizada. Por eso, lo que consideramos un patrón “maduro”, “normal” o “adecuado” de sueño solo puede valorarse en relación con el nicho de desarrollo en el que el niño crece y se desarrolla.

Pasando ahora a mi propia experiencia de investigación etnográfica, en comunidades Mbya Guaraní (Remorini, 2009) observé que los lactantes duermen durante el día en estrecho contacto corporal con la madre en los momentos que éstas los cargan o transportan utilizando una especie de rebozo que se coloca cruzando el pecho y espalda. Si están haciendo alguna tarea que requiere tener el torso y brazos libres, los bebés duermen en hamacas de tela.



© Carolina Remorini

Las madres Mbya a veces cantan alguna canción, pero no cuentan cuentos o historias para hacer dormir a sus hijos. Los hamacan en sus brazos mientras repiten el sonido sh”, les dan suaves palmadas o acarician el cuerpo del bebé y los sostienen muy próximos a su pecho. Durante la noche, pueden dormir en sus hamacas o en la cama junto a ellas, cercanos a ellas, donde puedan vigilarlos, a excepción que haga frío, en cuyo caso, duermen juntos. La mayor parte del tiempo los lactantes duermen en hamacas. Luego, a medida que crecen, comparten la cama con sus hermanos. En las viviendas Mbya tradicionales no hay camas ni habitaciones separadas para todos sus integrantes. La única habitación que tiene independencia de la casa que se usa como habitación es la cocina. La cama se comparte como se comparten muchos espacios y objetos de uso cotidiano. Durante la noche también es parte de las rutinas que los padres Mbya fumen tabaco en sus pipas y sahumen la coronilla del niño para alejar los malos espíritus que acechan en la noche y los niños puedan descansar. Los adultos se van a dormir luego de que tomaron mate y conversaron en torno al fogón, y ya sus hijos –que participan de estas reuniones– se durmieron. (Remorini, 2021).

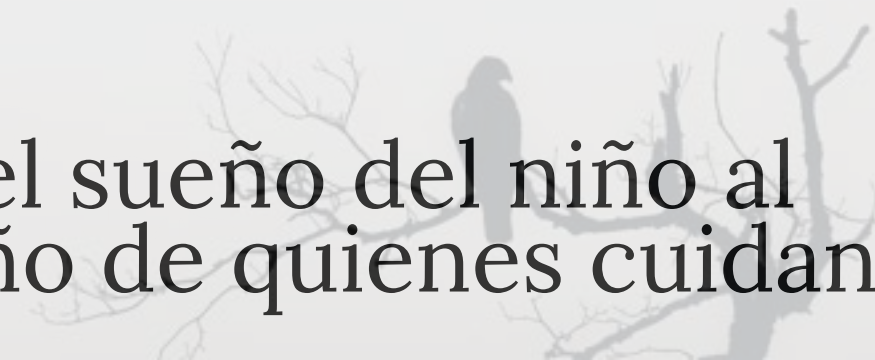
En la población rural del área de los Valles Calchaquíes Salteños (ver por ej. Remorini 2013) los lactantes no tienen objetos especiales para el descanso nocturno, salvo algunas excepciones de familias que reciben una cuna o moisés de regalo. Durante el día algunas familias los colocan en “cochecitos” (siempre obtenidos como regalo o donación) pero en general duermen sobre el cuerpo materno, dentro de rebozos tejidos que se colocan sobre la espalda de las mujeres.

Ello les permite tener los brazos libres y realizar un conjunto de tareas mientras están con sus bebés. Durante la noche, los lactantes duermen junto a su madre o una hermana mayor que luego se convertirá en “mami” de ese bebé. La proximidad física que se genera en estos momentos en donde algunas niñas se comprometen (“se hacen responsables”) de cuidar al bebé, genera un vínculo con implicancias a futuro. Esto ocurre en el contexto de familias que tienen muchos hijos, y que tampoco poseen habitaciones y muebles para cada uno. Pero más allá de las condiciones materiales que puedan actuar como limitantes debemos tener en cuenta que estos no son los únicos factores que intervienen en las decisiones y rutinas en torno al sueño. Es decir, no debemos verlos como la única explicación.

En síntesis, estudios etnográficos y transculturales muestran que valores como independencia, privacidad, intimidad y autonomía juegan un rol central a la hora de configurar los modos deseables y posibles de dormir de niños y adultos (Morelli et al, 1992; Rogoff, 2003; Louis y Govindama, 2004; Joyner et al., 2010; Super y Hackness, 2013; Remorini, 2021).



© Carolina Remorini



Del sueño del niño al sueño de quienes cuidan

Cuando se formula la pregunta por el sueño infantil, es frecuente que el niño aparezca como único sujeto del problema. Sin embargo, los cuidadores organizan el entorno de sueño, interpretan las señales del niño, deciden cuándo acostarlo, responden a sus despertares y, al mismo tiempo, necesitan dormir. El sueño infantil es también una cuestión de organización familiar.

El contacto nocturno puede ser entendido como dependencia en un contexto donde se valora la autonomía temprana y como cuidado apropiado en otro donde la proximidad constituye una expectativa ordinaria. Del mismo modo, los despertares pueden ser vividos como un indicador de problema o como parte esperable de la vida con un lactante. Esto muestra la necesidad de considerar las experiencias de los cuidadores en relación con sus valores y expectativas (Zanetti et al, 2023; Moon et al., 2024).

Boedker et al. (2024) desarrollaron el cuestionario VNIS para explorar tres dimensiones relacionadas con las concepciones parentales sobre el sueño infantil: proximidad, independencia y despertares nocturnos. Aunque el instrumento aún requiere validación transcultural, resulta útil para mostrar que las decisiones sobre el sueño están vinculadas a ideas acerca de qué necesita un bebé, cuánto contacto debe recibir y cuándo

debería dormir de manera independiente.

Por ello, preguntar a las familias solamente “dónde duerme el bebé” puede ser insuficiente. Es necesario conocer qué esperan de ese sueño, qué dificultades experimentan, qué soluciones han probado, qué recursos tienen disponibles y qué significado atribuyen a sus prácticas.

Medvecová Tinková y Ball (2022) muestran incluso cómo el lenguaje puede invisibilizar prácticas culturalmente ordinarias. En la República Checa, “uspávání” designa un conjunto ampliamente reconocido de prácticas mediante las cuales los adultos ayudan al niño a conciliar el sueño, incluida la presencia y el contacto físico. Lo que en otro vocabulario puede aparecer como “dependencia” puede constituir, en otro contexto, una práctica ordinaria de cuidado.

La cuestión no es decidir qué práctica es más correcta en abstracto, sino comprender qué problema resuelve, qué expectativas expresa y cómo se articula con otras dimensiones de la vida familiar.

Un artículo publicado en *Pediatrics* (Moon et al., 2024) investigó, mediante encuestas y grupos focales con madres estadounidenses de bebés menores de 6 meses, las tensiones entre intentar seguir recomendaciones de la AAP (American Academy of Pediatrics) sobre sueño seguro de los infantes, y efectivamente lograr que ellas mismas y sus bebés duerman.

Lo que encontraron, de manera sintética, es que, si bien todas conocían las recomendaciones, muchas las consideraban “poco realistas” y recurrían a otras prácticas no recomendadas, pero que ellas percibían que ayudaban al bebé a dormirse y a dormir más tiempo.

Estudios como estos muestran algo que parece bastante obvio pero que muchas veces se olvida en la atención médica: conocer una recomendación -e incluso estar de acuerdo con ella-no equivale necesariamente a poder incorporarla a la vida cotidiana. Pero el punto aquí no es oponer evidencia científica y experiencia familiar, porque esta oposición resulta poco productiva. La cuestión es comprender qué puede aportar cada una. La evidencia permite identificar asociaciones, estimar riesgos y evaluar intervenciones. La experiencia permite conocer cómo esas recomendaciones se incorporan a la vida cotidiana, qué dificultades plantean y qué significados adquieren (Moon et al., 2024).

Muchos estudios sobre el tema se basan en diseños cualitativos-que no siempre son escalables o representativos de poblaciones más grandes-, pero los que lo hacen con base en evidencia cuantitativa tampoco ofrecen una visión exenta de problemas. Un ejemplo es el estudio de Cook et al. (2024), una revisión sistemática que incluyó 16 estudios longitudinales y transversales, publicados entre 2010 y 2022, que analizaban niños entre 1 y 3 años de edad.

El objetivo era ampliar el foco respecto de buena parte de la investigación anterior, que se había concentrado sobre todo en las estrategias utilizadas por los padres para conseguir que el niño se durmiera.

Ellos señalan la ausencia de definiciones estandarizadas para numerosos conceptos y la diversidad de resultados utilizados para medir el sueño. Incluso cuando se dispone de asociaciones estadísticas, necesitamos preguntarnos qué práctica se ha medido, en qué población, en qué contexto y qué significa para las familias. Lo que hallaron es que no todas las prácticas parentales tienen el mismo efecto. Encontraron mejores resultados en el sueño, en correlación con rutinas consistentes y relajantes antes de dormir, dormir en una cuna y permanecer durante toda la noche en un espacio propio de sueño. Sin embargo, advierten la necesidad de pensar estas estrategias parentales de un modo bidireccional, es decir, qué hace el niño con esto. Por ejemplo, un niño que se despierta frecuentemente puede llevar a sus padres a incrementar su presencia física o a recurrir al colecho. Entonces, el resultado no depende de una práctica aislada, sino de toda una constelación, esto que denominábamos arriba “el nicho de desarrollo”.

La antropología puede contribuir precisamente a ese trabajo de contextualización. No para relativizar el riesgo, sino para comprender sus condiciones de producción. Una recomendación que ignora la organización de la vivienda, la disponibilidad de recursos, el descanso de los cuidadores o las rutinas familiares puede ser científicamente correcta y, sin embargo, resultar difícil de implementar.



Dormir juntos, separados o solos

El colecho constituye un buen ejemplo de la dificultad de traducir una práctica situada a una respuesta binaria (sí/no). Compartir el sueño adopta configuraciones diferentes según el espacio, las superficies, la posición corporal, la ropa de cama, la temperatura, la presencia de otras personas, la edad del niño y las circunstancias en las que ocurre. (Medvecová Tinková & Ball, 2022)

De manera amplia el colecho (o co-sleeping) puede definirse como dormir en contacto con otra persona (en sus brazos, o siendo alcanzados o tocados mientras se duerme en una misma cama, lo suficientemente cerca como para tener acceso al cuerpo del otro, responder a estímulos sensoriales (visuales, auditivos, olfativos), a los cambios de temperatura, intercambiar oxígeno, dióxido de carbono, mediante la respiración.

Si retomamos las ideas de McKenna et al. (1993) el colecho se relaciona evolutivamente con un conjunto de cambios fisiológicos y anatómicos de nuestra especie, incluyendo el bipedismo. Los infantes –incapaces de caminar solos por unos meses– tienen que ser cargados, sostenidos, en la vigilia y en el sueño. El trabajo de esos autores hace hincapié en el efecto regulatorio de muchas funciones corporales que tiene la proximidad y contacto directo del niño con el cuidador. Así es que los humanos empezamos –en términos filogenéticos y ontogenéticos– por dormir en brazos de otros, o sostenidos mediante algún objeto, con un contacto

corporal que varía según el artefacto y la edad del niño. Es decir, prácticas como el colecho han co-evolucionado con otras a lo largo del tiempo, como un sistema dinámico que han resultado adaptativas en tanto favorecen el desarrollo y minimizan riesgos (Ball 2002 y 2003, Bartik et al, 2018; Marinelli et al, 2019).

Asimismo, estos autores argumentan que cualquier práctica o estrategia que promueve el contacto corporal /sensorial entre cuidadores y niños tiene numerosas ventajas para el desarrollo neuropsicológico de los humanos, como en general estamos dispuestos a aceptar contemporáneamente desde nuestro modelo de crianza, modelado por los discursos profesionales que alientan un conjunto de prácticas en este sentido.

¿Esto significa que en todas las familias debe practicarse colecho en cualquier circunstancia, porque tiene ventajas? Definitivamente no.

En un clásico estudio Barry & Paxson (1971) mostraron que en el 46% de las sociedades no industriales tomadas de la muestra etnográfica mundial, los niños y sus cuidadores duermen juntos, en la misma cama y un 36% en la misma habitación. Otros estudios más recientes muestran que en las sociedades contemporáneas industriales hay una alta variación: si bien en pocas se sostiene un contacto corporal tan próximo, hay estrategias de confort que utilizan los padres como los baños, ofrecer objetos

preferidos, contar historias o poner la música favorita del bebé, que adquieren relevancia por sobre la proximidad física.

La práctica del colecho es discutida en cuanto a sus ventajas y no hay consenso, como es de esperar, porque los estudios muestran resultados dispares y hasta contradictorios. Algunos la promueven como “protectora” y favorecedora del buen dormir, y de hecho, preventiva de la muerte súbita infantil. Según autores como McKenna et al (1933) la práctica del colecho tiene un valor protector para las inseguridades y miedos del niño, favorece el proceso de separación. Otros le atribuyen una valoración negativa en términos del desarrollo del niño y su independencia.

Y aquí hay una cuestión fundamental desde el punto de vista cultural. Valores como la independencia y autonomía promovidos desde las disciplinas del desarrollo también son valores culturalmente contruidos, coherentes con otras disposiciones y valores culturales que prevalecen en determinadas comunidades.

Podemos acordar que el modelo cultural “dominante” en las familias de origen euro-americano, de clase media y con niveles educativos más altos es el que promueve la independencia, es el de la cama/cuna individual para cada niño, y la cama para los padres. Cada uno debe dormir en “su cama” y en “su habitación”. Cuando más de dos niños o adultos comparten una cama se habla de hacinamiento. El hacinamiento es definido desde la Salud Pública como un factor de riesgo para el desarrollo infantil, y para la transmisión de enfermedades infecciosas, por ejemplo. Algunos estudios lo correlacionan con el riesgo de abuso.

En este modelo cultural, compartir la cama no sólo es raro, muchas veces indeseable,

sino que puede ser peligroso. Los padres cuyos hijos se pasan a sus camas además de dormir menos, consideran que pierden su espacio, su libertad, su intimidad. A su vez, según el mismo estudio de Morelli et al. (1992) los padres norteamericanos manifestaron que dejaban que sus hijos duerman con ellos cuando la ansiedad y el llanto que les generaba dormir separados los afectaba, y tampoco los dejaba dormir a ellos. Pero, que cuando permitían que sus hijos durmieran con ellos, sentían que estaban “violando” alguna norma cultural: “*This is the American Way*”.

En aquellas comunidades donde es común que niños y adultos duerman juntos hasta determinada etapa vital, es porque en general también “hacen juntos” muchas otras cosas de manera ordinaria. También porque en estas comunidades hay ciertas prácticas que tradicionalmente ocuparon un rol fundamental en la crianza como la lactancia prolongada y a demanda, disposiciones y valores que hoy se promueven desde el discurso médico, con base en evidencias empíricas, científicas.

Si apelamos a los pares dicotómicos nuevamente, podemos coincidir, en base a la investigación transcultural, como Barbara Rogoff y Patricia Greenfield entre otros han demostrado, que en las comunidades llamadas “occidentales” prevalece la “segregación” (en la casa, en la escuela, en el trabajo, en el entretenimiento, etc) en lugar de la “integración” muchas instituciones y ámbitos de la vida ordinaria se organizan en función de la separación entre edades y su jerarquización.

Entonces, por si alguien a esta altura insiste: “Doctor, colecho ¿sí o no?” O también: “¿hay evidencia sobre la relación entre colecho y trastornos de sueño?” La respuesta no es

unívoca. La cuestión sería, para pensar en términos de interculturalidad, evitar argumentos del tipo “One Best Way” (Rogoff, 2003).

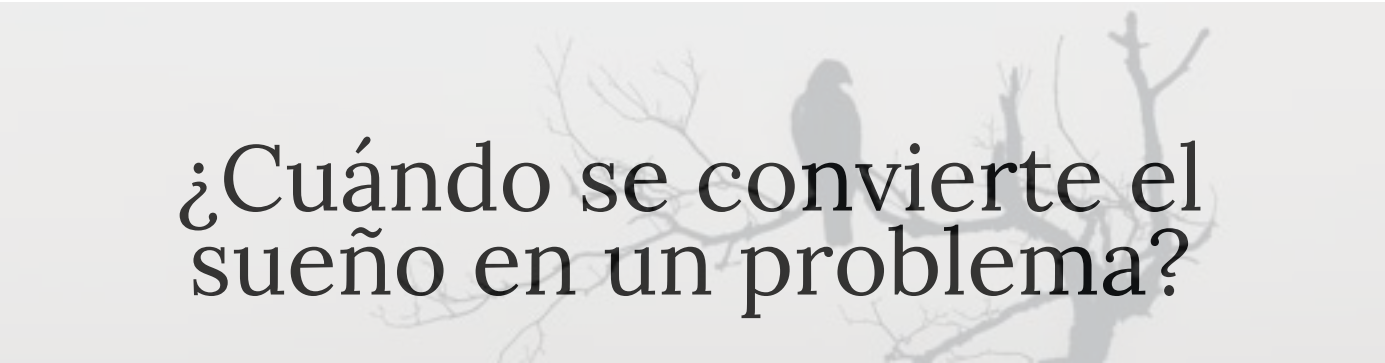
Junto con estas consideraciones, cuando se habla de colecho es importante distinguir, además, entre colecho y compartir la misma superficie. *Room-sharing* y *bed-sharing* no son equivalentes, y el término general *co-sleeping* puede ocultar diferencias relevantes. Kruse et al. (2024), en una revisión de 33 estudios, encontraron una importante variabilidad en las definiciones empleadas. También observaron que las familias podían recibir actitudes favorables hacia el colecho de su entorno cultural y familiar y actitudes más negativas de profesionales sanitarios. Si una familia anticipa que será juzgada, puede ocultar una práctica que continúa realizando. De ese modo, una recomendación destinada a proteger puede terminar debilitando la comunicación necesaria para identificar y reducir riesgos. La revisión de Kruse et al. (2024) no autoriza a generalizar este resultado a todos los contextos, pero sí muestra que la relación entre recomendaciones, actitudes profesionales y comportamiento familiar merece ser considerada.

Por otra parte, y ya entrando en la relación entre colecho y riesgos para los bebés. Grubb et al. (2025), en una revisión de 60 artículos, muestran que compartir la superficie de sueño puede producirse intencional o accidentalmente y que algunas familias desarrollan estrategias propias para manejar situaciones de riesgo. Los autores reclaman información accesible y no enjuiciadora y estrategias que permitan reducir riesgos allí donde el compartir el sueño ocurre.

Barry (2021) advierte que la propia categoría de “sueño normal” depende de variables biológicas y socioculturales. D'Souza y Cassels (2023) señalan que aquello que se define como “problema de sueño” depende de los modelos utilizados para explicar su desarrollo y que buena parte de esos modelos procede de contextos occidentales donde el sueño solitario constituye la norma.

Si un modelo presupone que el objetivo del desarrollo es que el niño duerma solo, de manera continua y con mínima intervención parental, determinadas formas de proximidad serán interpretadas como obstáculos. Si el modelo parte de una organización relacional del cuidado, esas mismas prácticas pueden adquirir otro significado.

En resumen, el problema del sueño infantil no reside únicamente en cuánto o cómo duerme un niño, sino también en quién define cuándo una determinada forma de dormir constituye un problema. Así, evitar el “One Best Way” no significa sostener que todas las formas de dormir sean igualmente seguras. Significa rechazar que una categoría general como “colecho” sea suficiente para describir una situación concreta.



¿Cuándo se convierte el sueño en un problema?

Como señalamos anteriormente, si aceptamos que el concepto de “sueño seguro” puede no corresponderse con la variedad sociocultural existente, resulta relevante pensar en la diversidad de factores que intervienen en las experiencias del sueño infantil que en su intersección pueden configurar contextos que pueden presentar mayor riesgo para la ocurrencia de trastornos del sueño e incluso la muerte infantil (por ej. Síndrome de muerte súbita del lactante, SMSL en adelante).

Uno de los factores de riesgo sobre los que estos estudios enfocan su atención es el colecho inseguro. Sin embargo, la evidencia sobre la relación entre compartir la superficie de sueño y el SMSL no es completamente uniforme: algunos análisis encuentran un aumento del riesgo incluso en ausencia de tabaquismo, alcohol u otras circunstancias de riesgo (Carpenter et al., 2013), mientras que otros análisis no encuentran un aumento estadísticamente significativo en ausencia de esas circunstancias (Blair et al., 2020).

Diversos estudios señalan que un alto porcentaje de lactante comparten la cama con sus padres, más frecuentemente las madres (asociado a LME), cerca de un 40% de los bebés de sociedades occidentales en promedio (Barry & Paxson, 1971; Ball et al, 2019; Blair et al (2020). El estudio de Blair et al (2020) basado en análisis de registros videográficos muestra que es infrecuente que

estos lactantes duerman en posición prona.

Por ello, más que presentar el colecho como un factor de riesgo homogéneo, resulta necesario atender a las condiciones concretas en las que ocurre. El porcentaje de familias que comparten la superficie de sueño es considerable en distintos contextos, incluidos países occidentales, aunque las prevalencias varían ampliamente según población y definición empleada (Ball et al., 2019; Marinelli et al, 2019; Blair et al., 2020). La revisión de la evidencia muestra que los factores asociados al riesgo no pueden separarse de las características de la superficie y del entorno de sueño, la edad del lactante y la presencia de otros factores de riesgo. En este sentido, el debate no se reduce a “colecho sí/no”, sino a qué configuración concreta se está describiendo y en qué circunstancias se produce.

Un estudio llevado a cabo en zonas de altura del Noroeste de Argentina (Alducin et al., 2005) analizó factores asociados con problemas respiratorios durante el sueño en lactantes nativos del altiplano argentino. Describe que los lactantes dormían mayoritariamente sobre colchones de pieles o lana de llamas y ovejas, sin calefacción en los dormitorios y con varias mantas durante la noche. La posición para dormir era lateral en el 54% de los casos y supina en el 43%, y el 100% de las madres practicaba colecho. Los autores describieron alteraciones de la arquitectura del sueño asociadas a las

condiciones de hipoxia hipobárica y plantearon que diversos factores ambientales y respiratorios podían contribuir a los problemas observados. Este estudio resulta relevante aquí no para establecer una relación causal entre colecho y muerte súbita, sino para mostrar que las condiciones ambientales y materiales del sueño forman parte del problema que debe analizarse.

Estudios cualitativos con madres afroamericanas muestran que las decisiones sobre dónde duerme el bebé están relacionadas con el espacio disponible, la conveniencia, la alimentación, el confort y las ideas de seguridad y vigilancia (Joyner et al., 2010). Algunas madres que compartían la cama consideraban que podían atender y vigilar mejor al bebé; otras evitaban hacerlo por preocupaciones relacionadas con el atrapamiento, las caídas o la asfixia. Este estudio no fue realizado exclusivamente con madres cuyos hijos hubieran muerto por SMSL, por lo que resulta más preciso utilizarlo para analizar las razones y significados atribuidos a las decisiones sobre el lugar de sueño. Estos autores llaman la atención sobre la validez de los reportes verbales ya que muchas mujeres tienden a no hablar de colecho por fuera de sus círculos familiares, ya que son conscientes de la visión negativa de los servicios de salud sobre esta práctica, lo que puede conducir, por ejemplo, a subestimar el rol de este factor en el problema (George et al. 2020). La posibilidad de que las familias oculten estas prácticas ante profesionales por temor al juicio aparece, en cambio, documentada de manera más directa en la revisión de Kruse et al. (2024).



Fuente; Fontanel & d'Hacourts. *Bebés du Monde*. Editions de La Martiniere, 2009.

En otras palabras, algunos estudios documentan asociaciones entre compartir la superficie de sueño —en determinadas circunstancias— y trastornos del sueño o muerte infantil, mientras que otros encuentran asociaciones más débiles o nulas en determinadas poblaciones. Estas diferencias deben interpretarse atendiendo al contexto y a la configuración concreta del sueño. ¿Por qué estudios realizados en Japón o Singapur muestran mínima o nula correlación entre colecho y trastornos del sueño (Li et al, 2009), y sí existe esta correlación en China y Taiwan donde el colecho es igual de frecuente que en estos lugares? (Jiang et al., 2007; Mindell et al. (2010).

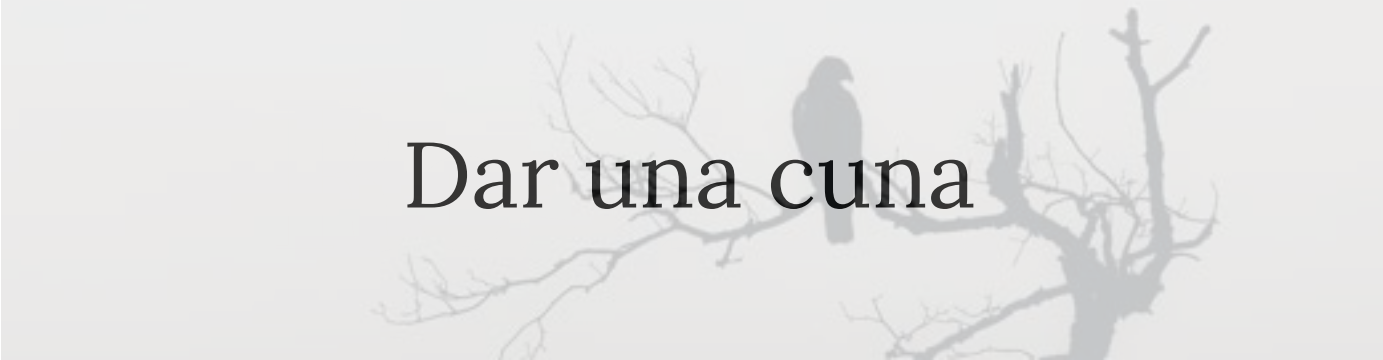
Esto no permite atribuir las diferencias al colecho por sí mismo, pero sí obliga a considerar cómo las prácticas de los padres, sus expectativas y las formas de conciliar el sueño se articulan con los resultados observados. Mindell et al. (2010) encontraron, de hecho, que la presencia y participación parental en el momento de conciliar el sueño explicaban parte de la relación entre colecho y resultados del sueño (Super y Harkness, 2013).



© Carolina Remorini



Fuente; Fontanel & d'Hacourts. *Bebés du Monde*. Editions de La Martiniere, 2009.



Dar una cuna

La información disponible en medios de comunicación y bibliografía que da cuenta del impacto de los programas que incluyen la distribución de cunas en diversos países del mundo (Finlandia, EE.UU, Reino Unido, México, entre otros) muestra que el hecho de recibir la cuna como parte del ajuar estatal es valorado positivamente por las mujeres con independencia de los efectos sobre la salud del niño y/o prevención de la muerte infantil. Las usuarias destacan factores como la “valoración” de la maternidad, la contribución al desarrollo en simultáneo de otras actividades domésticas y/o laborales, entre otras más centradas en los beneficios para las madres que para los niños.

A lo que apuntan estas investigaciones es que no conviene pensar en la cuna como un único factor capaz de explicar el bienestar o de reducir por sí mismo la mortalidad asociada a determinadas condiciones del sueño. Su posible contribución debe situarse dentro de una configuración más amplia de prácticas, recursos, información y condiciones materiales.

Las experiencias de salud pública muestran, además, que los mensajes generales sobre sueño no producen necesariamente los mismos efectos en todos los grupos. George et al. (2020), en su estudio cualitativo con familias Māori, muestran que determinadas recomendaciones sobre sueño podían resultar poco realistas cuando no tenían en cuenta las circunstancias sociales y

familiares en las que se organizaba el descanso. El interés de este tipo de evidencia para el argumento de este texto no reside en demostrar que una recomendación sea correcta o incorrecta, sino en mostrar que su aplicación depende de las condiciones concretas de vida y cuidado.

Los datos de Joyner et al. (2010) muestran que la disponibilidad de espacio y de una cuna, así como la conveniencia, el confort y las ideas de seguridad, intervienen en las decisiones sobre dónde duerme el bebé. Por ello, una política de provisión de cunas no debería evaluarse únicamente por la entrega del objeto, sino también por las condiciones en las que las familias organizan el sueño y por el acompañamiento que reciben. En esta línea, Blair et al. (2020) recomiendan conversaciones abiertas y no enjuiciadoras sobre las circunstancias concretas del sueño y estrategias de reducción de riesgos cuando el colecho ocurre.

Hacia una ecología del sueño infantil

La Ecología del Desarrollo Humano no ve el desarrollo como resultado de la influencia del entorno sobre el niño. Ve al niño en el entorno, siendo una unidad mutuamente interdependiente. Considera el desarrollo humano como resultante de la participación activa y cambiante de las personas en diversas actividades y rutinas cotidianas, que conforman un modo de vida particular (Bronfenbrenner, 1987; Gauvain, 1998; Greenfield et al, 2003; Rogoff, 2003; Remorini, 2021; Remorini & Rowensztein, 2022). Comprende el estudio científico de la progresiva acomodación mutua entre un ser humano activo, en desarrollo, y las propiedades cambiantes de los entornos inmediatos en los que vive la persona en desarrollo, en cuanto el proceso es afectado por las relaciones que se establecen entre estos entornos y por los contextos más amplios en los que están incluidos estos entornos (niveles meso y macro). En este sentido Bronfenbrenner define el desarrollo como “un cambio perdurable en el modo en que la persona percibe su ambiente y se relaciona con él” (Bronfenbrenner, 1987: 23). Y, el “entorno” incluye todos aquellos contextos en los que participan los niños. En estos entornos, los niños desarrollan habilidades que les permiten devenir en participantes plenos y competentes, según expectativas, metas y valores de los cuidadores, junto con otras condiciones específicas del nicho de desarrollo en

diferentes momentos histórico.

Una mirada ecológica, situada e interseccional permite integrar todas las dimensiones anteriormente analizadas en este documento. El niño participa activamente en actividades y rutinas cotidianas que conforman un modo de vida, y su desarrollo resulta de la acomodación mutua entre la persona y sus entornos. El sueño no es una conducta que simplemente recibe la influencia del ambiente: es una práctica que se organiza dentro de un nicho ecológico, o nicho de desarrollo (Super & Harkness, 1986; 2013; Remorini, 2021)

Esto implica considerar tres dimensiones estrechamente relacionadas: el contexto social y material; las prácticas de crianza; y las creencias y valores de los cuidadores. Importan las características de la vivienda, el número de personas que la habitan, la distribución de los espacios, la temperatura, la iluminación, la calefacción, los desplazamientos y las posibilidades reales de disponer de determinados espacios de descanso. Importan también las formas de sostener, alimentar, transportar, calmar y acostar al niño, así como las concepciones sobre independencia, proximidad, desarrollo y seguridad.

Entonces deben considerarse esta multiplicidad e interseccionalidad de variables, en lugar de pensar en que o el colecho, o la cuna independiente o la lactancia explican el mayor o menor riesgo:

trayectorias y recursos de los cuidadores, características de las viviendas, actividades cotidianas, accesibilidad a servicios, percepciones sobre salud y desarrollo y prácticas de contacto corporal.

La revisión de Cook et al. (2024) citada antes, centrada en niños de uno a tres años, encontró relaciones entre diversas prácticas parentales y distintos resultados de sueño, pero señaló al mismo tiempo problemas de definición y medición y la necesidad de incorporar la diversidad de prácticas a los modelos teóricos.

El desafío de definir el “sueño seguro” y caminos posibles de diálogo

Cuando abordamos el tema del sueño y el riesgo, es necesario considerar entonces todas las posibles dimensiones del problema y de las intervenciones que se proponen para abordarlo. No basta con señalar que las prácticas son culturalmente diversas. Existen riesgos que desde las prácticas clínicas y desde las políticas públicas deben prevenirse y reducirse. El desafío consiste en hacerlo sin transformar la diversidad de prácticas en una jerarquía moral entre familias.

Una política de sueño seguro puede formular que reconozcan las limitaciones y oportunidades que su aplicación tiene en viviendas, familias y circunstancias diferentes.

La universalidad debería referirse al derecho de todos los niños a recibir protección y a disponer de información fiable, accesible y comprensible. Una política pública universal que busque asegurar condiciones equitativas e igualdad en el ejercicio de derechos no tiene por qué ser culturalmente ciega. Su alcance puede depender de su capacidad para reconocer la diversidad de situaciones en las que debe aplicarse. Esto exige que las familias no sean consideradas únicamente receptoras de instrucciones, sino interlocutoras capaces de producir conocimiento sobre las condiciones del cuidado.

Kruse et al. (2024) señalan por qué esto es importante: las actitudes negativas hacia el colecho procedentes de profesionales

pueden llevar a algunas familias a evitar conversaciones sobre sus prácticas. Lambert et al. (2025) apuntan en una dirección complementaria: una comunicación basada en la confianza, materiales accesibles y estrategias construidas con las familias pueden favorecer la resolución de problemas y la planificación ante situaciones que alteran las rutinas. Estos investigadores defienden la idea de que conocer las recomendaciones no garantiza seguirlas siempre. En su estudio cualitativo, circunstancias como la privación de sueño, alteraciones de las rutinas, experiencias previas e interpretaciones personales del riesgo podían modificar su aplicación. La conclusión no es que las recomendaciones carezcan de valor, sino que la comunicación y el apoyo deben contemplar las circunstancias en las que las decisiones se toman.

La pregunta relevante no es solamente “¿conoce la familia la recomendación?”, sino también “¿qué condiciones permiten o dificultan llevarla a la práctica?”. Esta segunda pregunta desplaza la atención desde el cumplimiento individual hacia las condiciones sociales y materiales del cuidado, a la interseccionalidad y la necesidad de un abordaje situado del sueño infantil y cualquier otra práctica de crianza.

Desde esta perspectiva, la interculturalidad consiste en reconocer que también el conocimiento biomédico y las recomendaciones profesionales son

productos históricos y culturales, y que entran en diálogo con otros saberes cuando llegan a la vida cotidiana.

Esto implica formar a los equipos de salud y primera infancia no sólo para transmitir recomendaciones, sino también para preguntar, escuchar y contextualizar. Implica generar instrumentos breves de seguimiento que permitan conocer las prácticas reales y sus condiciones. E implica incorporar a la evaluación de las políticas indicadores capaces de mostrar no sólo si una recomendación ha sido recibida, sino cómo ha sido interpretada y puesta en práctica.

En este sentido, la antropología no ofrece una lista alternativa de “buenas prácticas” o respuestas a preguntas binarias sobre si o no recomendar una práctica. Ofrece algo previo: herramientas para preguntar cómo se organiza la vida cotidiana en la que una práctica tiene sentido.



Palabras finales

Aprender a mirar y escuchar antes de recomendar

La pregunta “¿cómo debe dormir un bebé?” parece sencilla, pero contiene varias preguntas diferentes: ¿qué necesita fisiológicamente?, ¿qué riesgos queremos reducir?, ¿qué consideran las familias un buen sueño?, ¿qué condiciones materiales tienen?, ¿qué prácticas forman parte de su modo de vida?, ¿qué esperan de sí mismas como cuidadoras?, ¿qué han aprendido de profesionales, familiares y medios?, ¿y qué pueden realmente hacer en las circunstancias concretas en las que viven?

Responder de manera responsable exige mantener esas preguntas juntas. La evidencia biomédica es indispensable para establecer posibles riesgos y orientar la prevención.

Desde la antropología podemos contribuir a comprender cómo esos riesgos y recomendaciones son interpretados, negociados y practicados. Una recomendación puede ser universal en su finalidad y situada en su implementación. Puede reconocer la existencia de riesgos sin convertir las diferencias culturales en déficits. Puede escuchar a las familias sin renunciar al conocimiento científico.

Quizá el desafío fundamental sea éste: antes de preguntar a las familias por qué no hacen lo que recomendamos, preguntarnos si hemos comprendido suficientemente las condiciones en las que intentan cuidar a sus bebés, descansar y hacer dormir. Aprender a mirar y escuchar antes de recomendar significa crear relaciones de confianza y condiciones para que aquello que se recomienda pueda ser interpretado, valorado y también, cuestionado.



Referencias

- Alducin, J., Grañana, N., Follett, F., Musante, G., Milberg, F., Vogler, G., & Rocca Rivarola, M. (2005). Problemas respiratorios durante el sueño en lactantes nativos del altiplano argentino. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 103(1), 14–22.
- Ball, H. L. (2002). Reasons to bed-share: Why parents sleep with their infants. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 20(4), 207–221.
- Ball, H. L. (2003). Breastfeeding, bed-sharing, and infant sleep. *Birth*, 30(3), 181–189.
- Ball, H. L., Tomori, C., & McKenna, J. J. (2019). Toward an integrated anthropology of infant sleep. *American Anthropologist*, 121(3), 595–612.
- Barry, E. S. (2021). What is “normal” infant sleep? Why we still do not know. *Psychological Reports*, 124(2), 651–692.
- Barry, H., & Paxson, L. (1971). Infancy and early childhood: Cross-cultural codes. *Ethnology*, 10(4), 466–508.
- Bartick, M., & Smith, L. J. (2014). Speaking out on safe sleep: Evidence-based infant sleep recommendations. *Breastfeeding Medicine*, 9(9), 417–422.
- Bartick, M., Tomori, C., & Ball, H. L. (2018). Babies in boxes and the missing links on safe sleep: Human evolution and cultural revolution. *Maternal & Child Nutrition*, 14(2).
- Bateson, G., & Mead, M. (1942). *Balinese character: A photographic analysis*. New York Academy of Sciences.
- Blair, P. S., Ball, H. L., McKenna, J. J., Feldman-Winter, L., Marinelli, K. A., Bartick, M. C., the Academy of Breastfeeding Medicine, Young, M., Noble, L., Calhoun, S., Elliott-Rudder, M., Kair, L. R., Lappin, S., Larson, I., Lawrence, R. A., Lefort, Y., Marshall, N., Mitchell, K., Murak, C., ... Wonodi, A. (2020). Bedsharing and breastfeeding: The Academy of Breastfeeding Medicine Protocol #6, revision 2019. *Breastfeeding Medicine*, 15(1), 5–16.
- Boedker, I., Ball, H. L., Richter, M., South, T. L., & Roberts, S. G. B. (2024). Construction of the Views on Infant Sleep (VNIS) Questionnaire. *Early Human Development*, 191, 105989.
- Bronfenbrenner, U. (1987). *La ecología del desarrollo humano: Experimentos en entornos naturales y diseñados*. Paidós.
- Carpenter, R., McGarvey, C., Mitchell, E. A., Tappin, D. M., Vennemann, M. M., Smuk, M., & Carpenter, J. R. (2013). Bed-sharing when parents do not smoke: Is there a risk of SIDS? An individual level analysis of five major case-control studies. *BMJ Open*, 3(5), e002299.
- DCrittenden, A. N., Samson, D. R., Herlosky, K. N., Mabulla, I. A., Mabulla, A. Z. P., & McKenna, J. J. (2018). Infant co-sleeping patterns and maternal sleep quality among Hadza hunter-gatherers. *Sleep Health*, 4(6), 527–534.

- Cook, G., Carter, B., Wiggs, L., & Southam, S. (2024). Parental sleep-related practices and sleep in children aged 1–3 years: A systematic review. *Journal of Sleep Research*, 33(4), e14120.
- D'Souza, L., & Cassels, T. (2023). Contextual considerations in infant sleep: Offering alternative interventions to families. *Sleep Health*, 9(5), 618–625.
- D'Souza, L., Morris, Z. A., Borgkvist, A., & Blunden, S. (2024). Understanding motivations and satisfaction with sleep location among co-sleeping (including bed-sharing) parents. *Family Relations*, 73(2), 661–682.
- Fatima, Y., Doi, S., & Mamum, A. (2016). Sleep quality and obesity in young subjects: A meta-analysis. *Obesity Reviews*, 17(11), 1154–1166.
- Gaddini, R. (1970). Transitional objects and the process of individuation. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 9(2), 347–365.
- Gauvain, M. (1998). Cognitive development in social and cultural context. *Current Directions in Psychological Science*, 7, 188–192.
- George, M., Theodore, R., Richards, R., Galland, B., Taylor, R., Matahaere, M., & Morenga, L. T. (2020). Moe Kitenga: A qualitative study of perceptions of infant and child sleep practices among Māori whānau. *AlterNative: An International Journal of Indigenous Peoples*.
- Greenfield, P., Heller, K., Fuligni, A., & Mayrand, A. (2003). Cultural pathways through universal development. *Annual Review of Psychology*, 54, 461–490.
- Grubb C, Young J, Downer T, D'Souza L. (2025), Beyond the rules: an integrative review of parental perspectives on safer infant sleep in shared environments. *Front Public Health* 13:1629678.
- Harkness, S., & Super, C. M. (1986). The developmental niche: A conceptualization at the interface of child and culture. *International Journal of Behavioral Development*, 9(4), 545–569.
- Harkness, S., Super, C. M., & van Tijen, N. (2000). Individualism and the “Western mind” reconsidered: American and Dutch parents’ ethnotheories of children and family. In S. Harkness, C. Raeff, & C. M. Super (Eds.), *Variability in the social construction of the child* (New Directions for Child and Adolescent Development, Vol. 87, pp. 23–39). Jossey-Bass.
- Harkness, S., Super, C. M., Moscardino, U., Rha, J.-H., Blom, M. J. M., Huitrón, B., et al. (2007). Cultural models and developmental agendas: Implications for arousal and self-regulation in early infancy. *Journal of Developmental Processes*, 1(2), 5–39.
- Hayes, M. J., Fukumizu, M., Troese, M., Sallinen, B. A., & Gilles, A. A. (2007). Social experiences in infancy and early childhood co-sleeping. *Infant and Child Development*, 16(4), 403–416.
- Ingold, T. (2000). *The perception of the environment: Essays on livelihood, dwelling and skill*. Routledge.
- Jenni, O. G., & O'Connor, B. B. (2005). Children’s sleep: An interplay between culture and biology. *Pediatrics*, 115(1 Suppl), 204–216.
- Jiang, F., Shen, X., Yan, C., Wu, S., Jin, X., Dyken, M., et al. (2007). Epidemiological study of sleep characteristics in Chinese children 1–23 months of age. *Pediatrics International*, 49(6), 811–816.
- Joyner, B. L., Oden, R. P., Ajao, T. I., & Moon, R. Y. (2010). Where should my baby sleep: A qualitative study of African American infant sleep location decisions. *Journal of the National Medical Association*, 102(10), 881–889.

- Kruse, S. P., D'Souza, L., Tuncer, H. G. G., & Stewart, S. E. (2024). Sources of attitudes towards parent-child co-sleeping and their effects: A systematic scoping review. *Family Process*, 63(4), 2484-2504.
- Li, S., Jin, X., Yan, C., Wu, S., Jiang, F., & Shen, X. (2009). Factors associated with bed and room sharing in Chinese school-aged children. *Child: Care, Health and Development*, 35(2), 171-177.
- Louis, J., & Govindama, Y. (2004). Sleep problems and bedtime routines in infants in a cross-cultural perspective. *Archives de Pédiatrie*, 11, 93-98.
- Marinelli, K. A., Ball, H. L., McKenna, J. J., & Blair, P. S. (2019). An integrated analysis of maternal-infant sleep, breastfeeding, and sudden infant death syndrome research supporting a balanced discourse. *Journal of Human Lactation*, 35(3), 510-520.
- McKenna, J. J., Thoman, E., Anders, T., Sadeh, A., Schechtman, V., & Glotzbach, S. (1993). Infant-parent co-sleeping in an evolutionary perspective: Implications for understanding infant sleep development and the sudden infant death syndrome. *Sleep*, 16(3), 263-282.
- Medvecová Tinková, L., & Ball, H. L. (2022). Lost in translation—the influence of language on infant sleep research. *Sleep Health*, 8(1), 96-100.
- Mileva-Seitz, V. R., Bakermans-Kranenburg, M. J., Battaini, C., & Luijk, M. P. C. M. (2017). Parent-child bed-sharing: The good, the bad, and the burden of evidence. *Sleep Medicine Reviews*, 32, 4-27.
- Mindell, J. A., Sadeh, A., Wiegand, B., How, T. H., & Goh, D. Y. (2010). Cross-cultural differences in infant and toddler sleep. *Sleep Medicine*, 11(3), 274-280.
- Morelli, G. A., Rogoff, B., Oppenheim, D., & Goldsmith, D. (1992). Cultural variation in infants' sleeping arrangements: Questions of independence. *Developmental Psychology*, 28(4), 604-613.
- Munroe, R. L., & Munroe, R. H. (1987). The couvade and male pregnancy symptoms. In Ç. Kağıtçıbaşı (Ed.), *Growth and progress in cross-cultural psychology* (pp. 394-402). Swets North America.
- Remorini, C. (2009). Aporte a la caracterización etnográfica de los procesos de salud-enfermedad en las primeras etapas del ciclo vital, en comunidades Mbya-Guaraní de Misiones, República Argentina [Tesis doctoral]. Universidad Nacional de La Plata.
- Remorini, C. (2013). Estudio etnográfico de la crianza y la participación infantil en comunidades rurales de los Valles Calchaquíes Septentrionales, Noroeste Argentino. Resultados preliminares. *Bulletin de l'Institut Français d'Études Andines*, 42(3), 411-433.
- Remorini, C. (2015). Learning to inhabit the forest: Autonomy and interdependence of lives from a Mbya-Guarani perspective. In M. Correa-Chávez, R. Mejía-Arauz, & B. Rogoff (Eds.), *Advances in child development and behavior* (Vol. 49, pp. 273-288). Elsevier.
- Remorini, C. (2018). Modos de dormir: experiencias culturales en torno al sueño de los niños (y de los padres). 7mo Congreso Argentino de Pediatría General Ambulatoria de la Sociedad Argentina de Pediatría. Salta, 7, 8 y 9 de Noviembre de 2018
- Remorini, C. (2020). Informe técnico para el programa Sueño Seguro del Lactante, en representación del LINEA. Convocada por la Dirección Nacional de Salud Perinatal y Niñez (MSAL)

Remorini, C. (2021). La infancia y el tiempo: la obsesión “WEIRD” por la cronologización del desarrollo infantil. *Sociedad e Infancias*, 5(1), 57-68

Remorini C, Rowensztein E. (2022). ¿Existe una normalidad en el desarrollo infantil?: Alcance y usos del concepto de desarrollo normal en la clínica y en la investigación con niños y niñas. *Salud Colectiva*; 18: e3921

Remorini, C. (2024). “With instead of about: Toward an Anthropology that is Critically Integrated into Global Early Childhood Development Interventions.” *Ethos* 52:421-28

Remorini, C. (2026). La cultura y su influencia en el desarrollo infantil. En: Fernández, H. (ed). *Encuentros sobre el desarrollo infantil : una apuesta a la interdisciplina*. 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires : Entreideas.

Rogoff, B. (2003). *The cultural nature of human development*. Oxford University Press.

Super, C. M., & Harkness, S. (2013). Culture and children’s sleep. In A. R. Wolfson & H. Montgomery-Downs (Eds.), *The Oxford handbook of infant, child, and adolescent sleep and behavior*. Oxford University Press.

Super, C. M., Blom, M. J. M., Harkness, S., Ranade, N., & Londhe, R. (2021). Culture and the organization of infant sleep: A study in the Netherlands and the U.S.A. *Infant Behavior and Development*, 64, 101620.

Weisner, T. S. (1996). Why ethnography should be the most important method in the study of human development. In A. Colby, R. Jessor, & R. Shweder (Eds.), *Ethnography and human development: Context and meaning in social inquiry* (pp. 305-324). University of Chicago Press.

Whiting, B. B., & Edwards, C. P. (1988). *Children of different worlds: The formation of social behavior*. Harvard University Press.

Whiting, J. W. M., & Whiting, B. B. (1975). *Children of six cultures: A psycho-cultural analysis*. Harvard University Press.

Yovsi, R. D., & Keller, H. (2007). The architecture of cosleeping among wage-earning and subsistence farming Cameroonian Nso families. *Ethos*, 35(1), 65-84.

Zanetti, N., D'Souza, L., Tchernegovski, P., & Blunden, S. (2023). Parents' perceptions of the quality of infant sleep behaviours and practices: A qualitative systematic review. *Infant and Child Development*, 32(1), e2369.