



Figura 1: Fotografía de un bebé de 10 meses. Fuente: (Elaboración propia)

TRABAJO FIN DE GRADO

ANÁLISIS DE LAS TÉCNICAS PARA EL MANEJO DEL SUEÑO EN NIÑOS DE 0 A 2 AÑOS Y DEL CONOCIMIENTO DE LOS PADRES SOBRE LAS MISMAS.

Alba Larrea Chamorro

DIRECTORA: María Teresa Blázquez Antona.
4º Curso. Grado en enfermería.
Convocatoria: Junio.
Universidad Pública de Navarra.
Curso Académico 2016/2017.

RESUMEN

El sueño es una necesidad fisiológica universal que es necesario satisfacer desde los primeros días de vida, pues es el encargado de restablecer el equilibrio físico y psicológico de nuestro organismo⁽¹⁻³⁾.

Por lo general los hábitos de sueño se adquieren a edades muy tempranas, pero no siempre es así, encontrando de este modo que un porcentaje importante de niños padecen alteraciones del sueño que afectan a su calidad de vida y a la de sus padres⁽⁴⁾.

A través del presente TFG, se ha llevado a cabo un análisis con el objetivo de saber qué conocimientos tienen los padres para hacer frente a esta problemática, de dónde sacan la información y qué técnicas o pautas existen para poder manejar el sueño de los niños.

PALABRAS CLAVE

Sueño, niño, trastornos del sueño y manejo del sueño.

ABSTRACT

Sleeping is an universal physiological need that we must satisfy since our first days, as sleeping is in charge of reestablishing our organism balance⁽¹⁻³⁾.

In general, get sleep habits at an early age, but it doesn't always work like that. An increasing percentage of children suffer from sleep alteration that affects their life⁽⁴⁾.

Through this TFG, it has been carried out an analysis to know which type of knowledge have the parents in order to resolve their children problem, where do they pick the information and what standards exist to control children's sleep.

KEY WORDS

Dream, child, sleep disorders and sleep management.

ÍNDICE

1. Introducción:	
• El sueño.....	1-2
• Antecedentes históricos.....	2
• Fisiología del sueño en el niño.....	2-3
• Trastornos del sueño más frecuentes.....	3-5
• Tema objeto de estudio.....	6
• Justificación personal.....	6
2. Objetivos:	
• Objetivo principal.....	7
• Objetivos secundarios.....	7
3. Metodología:	
• Diseño del trabajo.....	8-9
• Cronograma.....	10
4. Resultados:	
• Magnitud del problema.....	11-12
• Como afectan las alteraciones del sueño en la salud del niño y de los padres.....	13
• Madres primerizas y madres experimentadas.....	13
• Técnicas o pautas existentes.....	14-17
• Otras técnicas aconsejadas.....	17-21
• Webs donde encuentran los padres la información.....	21-22
5. Discusión:	
• Magnitud del problema.....	23-24
• Como afectan las alteraciones del sueño en la salud del niño y de los padres.....	24-25
• Madres primerizas y madres experimentadas.....	25
• Técnicas o pautas existentes.....	25-26
• Otras técnicas aconsejadas.....	26-27
• Webs donde encuentran los padres la información.....	27-28
6. Conclusión.....	29-30
7. Agradecimientos.....	31
8. Bibliografía.....	32-35

1. INTRODUCCIÓN

El sueño.

El sueño se podría definir como un estado fisiológico necesario y reparador, normalmente reversible y periódico que se inicia prenatalmente como resultado de un equilibrio biopsicosocial dinámico e inestable^(1,2).

Como dicen R. Casassas, M. C. Campos y S. Jaimovich en su libro "Cuidados básicos del niño sano y del enfermo"⁽³⁾, es considerado una necesidad fisiológica universal y éste debe ser satisfecho de forma adecuada desde los primeros días de vida, ya que con él se reestablece el equilibrio psíquico y físico de las personas, restaurando la homeostasis del sistema nervioso central y del resto de los tejidos, restableciendo almacenes de energía celular y consolidando la memoria. Además, el sueño tiene un papel fundamental en el desarrollo y el bienestar de las personas, favorece la atención y la memoria, consolida el aprendizaje y favorece una mejora del comportamiento. Es por todo ello que invertimos 1/3 de nuestra vida en dormir^(2,5).

De esta forma, se puede decir que el sueño constituye una parte importante de las personas y estos se aprenden a una edad prematura. En general, el establecimiento normal del sueño en los recién nacidos se presenta a partir del tercer mes de vida en la mayoría de los casos, aunque desafortunadamente no siempre es así. Existen grandes diferencias en este tema, pudiendo encontrar niños que solo lloran cuando tienen una necesidad y que con facilidad se calman al satisfacerla, y niños que muestran su llanto de forma ruidosa, continuada y que son difíciles de calmar. Las causas de que esto suceda pueden ser variadas, siendo las más comunes la modificación de los horarios del sueño, molestias físicas, temperamento difícil del propio niño, una hiperestimulación ambiental, estrés familiar o problemas perinatales, como prematuridad y asfixia perinatal entre otros⁽³⁾.

En España no existen numerosos estudios que hayan analizado la prevalencia de los trastornos del sueño en la infancia, ya que tanto los hábitos de sueño como sus alteraciones se han valorado de forma escasa a nivel global, pero sí podemos encontrar algunos datos que corroboran que, efectivamente, se trata de un problema que afecta a un porcentaje considerable de familias⁽⁴⁾. Así pues, el Doctor Thomas F. Anders, experto en psiquiatría del niño y autor del libro "Atención primaria en pediatría"⁽⁶⁾, afirma que "durante los dos primeros años de vida los problemas del sueño son la queja más frecuente de los padres en la consulta pediátrica" y, además, muchos bebés presentan alteraciones del sueño suficientemente graves que pueden hacer que los padres busquen ayuda para tratarlos a tiempo y mejorar la calidad de vida de sus hijos⁽⁷⁾.

Según la Asociación Española de Pediatría⁽⁸⁾ es importante que padres y madres ayuden a sus hijos a desarrollar buenos hábitos de sueño desde que son bebés, ya que de esta forma se pueden prevenir muchos trastornos del sueño a largo plazo, eso sí, siempre teniendo en cuenta que cada niño es diferente, y lo que a un niño le puede ir bien puede no ser efectivo para otro. Para que estos padres se involucren en la higiene del sueño es importante conocer también de qué conocimientos parten, si estos conocimientos son correctos o erróneos y de donde los obtienen, es decir, donde buscan la información que necesitan para saber sobre este tema y sobre cómo actuar.

Cabe mencionar que, como dice el Instituto de Medicina del Sueño⁽⁹⁾, la privación del sueño puede provocar, a la larga, consecuencias en la salud tanto de los niños como de los padres o tutores que se encargan de su cuidado, por lo que se trata de un tema que es importante abordar desde sus primeros síntomas. Para ello existen diversas técnicas o pautas a seguir en el momento de dormir al niño indicadas por pediatras y expertos en la materia, que facilitarán en gran medida que el niño vaya adquiriendo poco a poco buenos hábitos de sueño. Ciertamente no existe un método universal y único para el tratamiento de todos los trastornos del sueño, por lo que deberán ser los padres los que, analizando su situación, escojan aquellas pautas que mejor les funcionen.

No existe una cura mágica para que los trastornos del sueño cesen, pero es importante que los padres sepan que con dedicación, resolución y algo de tiempo, la mayoría de ellos mejoran, pues los niños solo necesitan aprender unos hábitos sencillos y breves para irse a dormir.

Antecedentes históricos

Hace miles de años los bebés no dormían solos. No había casas ni elementos específicos para los niños, como puede ser una cuna, y sin duda los niños dormían junto a su madre en improvisados camastros. Los padres tampoco dormían muy lejos de ellos y la tribu entera se encontraba solo a escasos metros de ellos, ya que solo de esta manera podrían sobrevivir mientras dormían, pues era el momento más vulnerable para ellos. No era concebible dejar que un niño durmiese solo en esas condiciones en aquella época y parece ser que este es uno de los motivos por los que nuestros hijos están genéticamente programados para dormir en compañía.

Para un animal, el momento del sueño es peligroso, pues es cuando más expuesto está ante sus depredadores. Nuestros genes nos inducen a permanecer despiertos cuando nos sentimos amenazados, y esta puede ser una de las causas por las cuales en la actualidad muchos niños presentan tantas dificultades para dormir, y solo se calman al cogerlos en brazos o acostarlos con los adultos⁽¹⁰⁾.

Fisiología del sueño en el niño

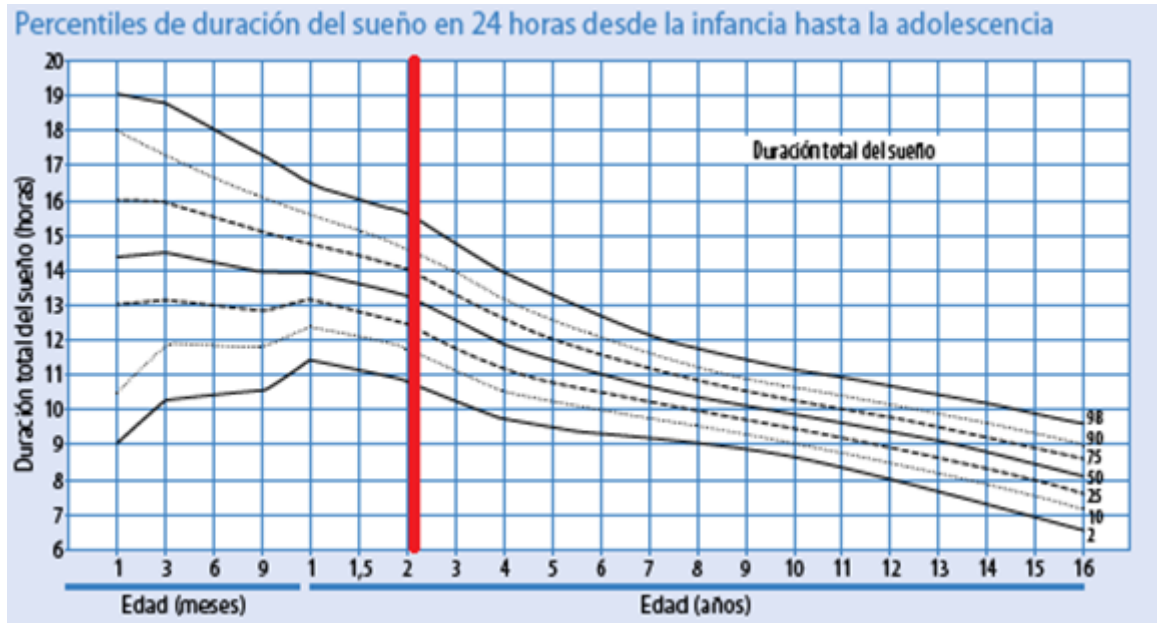
Los recién nacidos suelen dormir entre 16-22 horas diarias, y estas horas van disminuyendo a medida que el niño va creciendo⁽¹¹⁾.

En el sueño normal, el niño experimenta distintas fases, una de las cuales es la fase de movimientos oculares rápidos (sueño REM) y otra es la de sueño sin movimientos oculares rápidos (sueño NREM). El sueño REM se caracteriza por ser más superficial, presentando una serie de características como movimientos espasmódicos de los ojos, ausencia de movimientos motores, pulso y frecuencia respiratoria irregulares, gemidos y ensoñaciones. Por otro lado, el sueño NREM es mucho más profundo y se subdivide a su vez en estadios del 1 al 4.

Un niño cuando duerme realiza fases de sueño REM y NREM de forma cíclica. Cada una de estas fases suele durar desde 50 -60 minutos en los lactantes, hasta 90 minutos en niños en edad escolar, de tal forma que experimenta en torno a unas 6-8 fases de sueño⁽¹²⁾. Al contrario que los adultos, que en su ciclo de sueño el 20% del mismo lo pasan en fase activa

REM, en los recién nacidos sanos el porcentaje de sueño REM alcanza el 50% del ciclo de sueño. Además es frecuente que los niños comiencen el sueño directamente en fase REM, mientras que en un adulto no aparece hasta pasados unos 90 minutos⁽⁶⁾. Es por esto que el niño, a lo largo de todo el sueño, tiene numerosas ocasiones de despertarse.

Tabla 1: Gráfica en la que se representan los percentiles para el total de horas diarias de sueño en función de la edad del niño.



Fuente: Iglowstein I. et al, Pediatrics 2003 ⁽¹³⁾.

Trastornos del sueño más frecuentes en el niño

Existen muchos tipos de trastornos del sueño que pueden afectar a los niños desde que son un bebé y, por ello, son distintas las pautas que se deben seguir para su manejo. A continuación se muestran los más comunes que afectan a niños del rango de edad seleccionado.

Insomnio

El insomnio puede definirse, según C. Abad Sanz et al como la “falta de sueño a la hora de dormir”. Si se ajusta al tema del que estamos tratando, hablamos de un insomnio derivado de un mal aprendizaje de los hábitos del sueño por parte del niño o a una mala praxis por parte de los padres a la hora de establecer una correcta higiene del mismo. Se trata de la más frecuente de las alteraciones del sueño. Estas son las dos causas más frecuentes de insomnio en la infancia⁽⁴⁾.

- **Insomnio conductual en la infancia:** puede manifestarse desde los primeros días de vida del recién nacido. Al llevar al bebé a su cuna llora, pues no quiere quedarse dormido solo, y busca ser atendido por sus padres⁽³⁾. Esta situación genera en el

niño una ansiedad que va a provocar un retraso en el inicio del sueño y que se despierte numerosas veces durante el mismo. Todo esto desencadena una alteración de la dinámica del sueño tanto de noche como de día que conlleva repercusiones negativas para el niño y para sus padres. La Clasificación Internacional de Trastornos del Sueño clasifica este tipo de insomnio en dos tipos⁽⁴⁾:

1. Insomnio por asociaciones inapropiadas con el inicio del sueño: la mayor parte de los niños necesitan ser mecidos, la presencia de los padres o tener un muñeco u objeto de transición con ellos para poder dormirse o para reanudar el sueño si se desvelan por la noche. Si no lo tienen en el momento de irse a dormir, puede que el niño no consiga conciliar el sueño.
2. Insomnio por ausencia de límites establecidos: muchos niños se resisten a ir a la cama y lo manifiestan gritando, llorando, peleando, etc. Ante la desesperación los padres llevan a cabo conductas erróneas que los niños asocian a su actitud, reforzando de esta manera aún más el problema.

- **Insomnio por higiene del sueño inadecuada:** asociado a actividades que se realizan durante el día que impiden una adecuada calidad del sueño. En niños de 0 a 2 años, estas actividades pueden ser: utilización excesiva de tecnologías como ver la televisión o la Tablet durante mucho tiempo, condiciones inapropiadas de luz o ruido, o dormir durante el día demasiadas horas. Todo esto puede producir un aumento de los despertares con una alteración de los principios del sueño estructurado⁽⁴⁾.

Hacia los 9 meses los niños ya están preparados para controlar su cuerpo y su entorno, de tal forma que abandonar la excitación del día resulta difícil. Esto nos conduce al viejo dicho: “Los adultos quieren dormirse, los niños quieren continuar despiertos”⁽¹²⁾.

Síndrome de apneas- hipopneas de sueño (SAHS)

Es un problema frecuente en niños y del que hasta hace poco se tenía poca información.

Se trata de un problema respiratorio, secundario a una hipertrofia adenoidea, que se caracteriza por una obstrucción parcial prolongada de la vía aérea superior (hipopnea) y/o una obstrucción total intermitente de la misma (apnea), que altera la ventilación del niño durante el sueño, impidiendo una correcta higiene del mismo. Puede darse a cualquier edad, aunque el pico de incidencia se encuentra entre los 2-5 años⁽¹⁴⁾.

Terros nocturnos

Los terros nocturnos son otra alteración del sueño que se presenta con más frecuencia en niños de 4 a 7 años, cuando la imaginación pasa a ser más activa, pero que también se presenta en niños más pequeños⁽³⁾. El niño se despierta bruscamente del sueño profundo NREM, durante el primer tercio de la noche, y se encuentra asustado, confuso, gritando, llorando, con taquicardia, sudoración, hiperventilación y midriasis. Esta situación dura unos minutos y el niño no recuerda cual es la causa del miedo⁽⁴⁾.

Despertar confusional

Este trastorno, conocido también como “la borrachera del sueño” es frecuente en niños menores de 5 años, los cuales se despiertan en la fase NREM del sueño, durante el primer tercio de la noche, y presentan confusión, desorientación temporo-espacial y a veces alteraciones de la memoria. Si se produce por un despertar forzado, el niño puede reaccionar llorando o chillando, episodios descritos por los padres como “rabieta”. Además, al intentar consolarlos, se empeoran los síntomas, pudiendo prolongarse de esta forma la situación.⁽⁴⁾

Movimientos rítmicos relacionados con el sueño

Consisten en movimientos repetitivos de la cabeza, el tronco, las extremidades o todo el cuerpo que tienen lugar cuando el niño se está quedando dormido o al volverse a dormir cuando se desvela. Comienzan cuando el niño tiene menos de un año y son muy comunes. Afectan a la calidad del sueño del mismo y en ocasiones pueden provocar lesiones. A continuación se describen 4 tipos de movimientos en función del patrón que se puede observar:

- **Head banging:** el niño, boca abajo, levanta y baja la cabeza o el tronco sobre la almohada. También puede darse cuando el niño está sentado y golpea la cabeza contra el cabecero o la pared. Suele aparecer a los 9 meses de edad.
- **Head rolling:** el niño tumbado boca arriba gira la cabeza de lado a lado. Suele aparecer a los 10 meses de edad.
- **Body rocking:** el más frecuente. El niño, durante el sueño, se apoya sobre las manos y las rodillas y se balancea de lado a lado. También pueden darse movimientos del tronco mientras el niño está sentado. Aparece a los 6 meses de edad.
- **Body Rolling:** el niño mueve todo el cuerpo hacia los lados⁽¹⁵⁾.

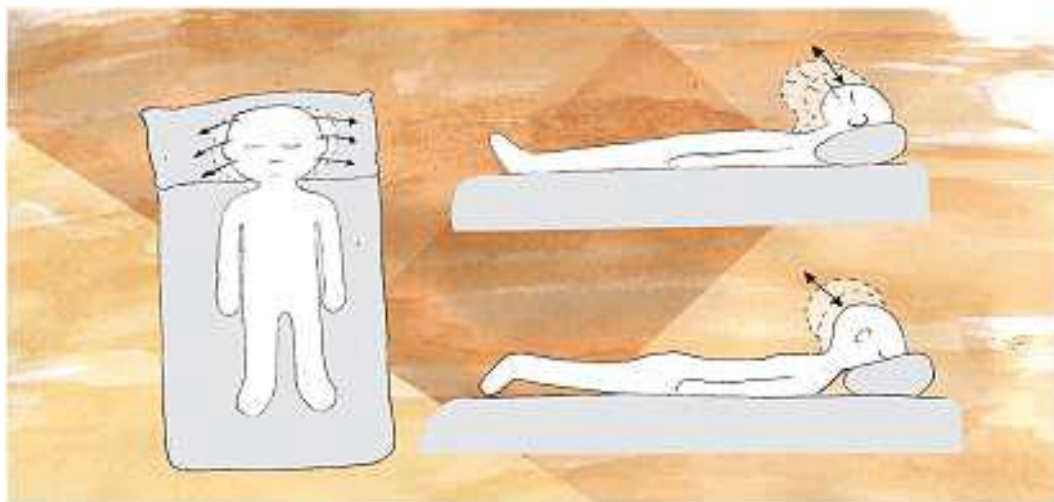


Figura 2: Imagen en la que están representados los movimientos de “head banging” y “head rolling” en el niño. Fuente: (Abad Sanz C, et al. 2011)⁽⁵⁾.

Tema objeto de estudio

El tema objeto de estudio de este proyecto consiste en la realización de una revisión bibliográfica y de foros de internet para recabar información sobre qué técnicas existen para manejar los problemas del sueño en los niños, ver el conocimiento que tienen los padres a cerca de dicho problema y comprobar de dónde sacan la información.

Justificación personal

Con este trabajo se pretende dar la importancia que merece a las alteraciones del sueño del niño, pues es un problema que sufre un porcentaje considerable de la población infantil y al cual no se le da la importancia que merece en consulta. De este modo los padres necesitan buscar información por cuenta propia, siendo esta errónea en muchas ocasiones y llevando a las familias a una situación desesperante que afecta en muchas ocasiones a su vida personal.

Considero que es un problema que se viene arrastrando desde hace muchos años y que, tras pasar por el servicio de maternidad y por pediatría en atención primaria, he podido comprobar que no se da información ni ayuda suficiente para tratar un tema tan importante y cotidiano. Además, para verificar mi creencia, he indagado en foros en los que muchísimos padres se dan consejos sobre cómo abordar este problema y, aunque en ocasiones son buenos, muchas veces no llevan a cabo un buen manejo del sueño de sus hijos, transmitiendo esta mala praxis a otras familias.

2. OBJETIVOS

Los objetivos que se pretenden alcanzar con la realización de este Trabajo Fin de Grado son los siguientes:

Objetivo principal:

Investigar a cerca de las pautas y técnicas que existen para el manejo de los problemas del sueño en los niños de 0 a 2 años y los conocimientos que los padres poseen de las mismas cuando tienen que enfrentarse a ello, para ver la necesidad de llevar a cabo una intervención por parte de los profesionales sanitarios.

Objetivos secundarios:

- Conocer la magnitud de las alteraciones del sueño en las edades comprendidas de 0 a 2 años.
- Analizar cómo afecta la alteración del sueño en la salud de estos niños y de los padres.
- Indagar si es distinta la afectación en los niños de madres primerizas y de madres ya experimentadas.
- Saber que técnicas existen para solventar los distintos problemas del sueño en el niño.
- Ver las páginas web en las que los padres buscan la información para intentar solventar el problema.

3. METODOLOGÍA

Diseño del trabajo

Para la elaboración del TFG, se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica del tema propuesto, así como una revisión de los foros más empleados por los padres para hacer consultas a cerca del tema. Se ha indagado en el conocimiento que tienen los padres sobre pautas para afrontar los problemas en el sueño de sus hijos, la magnitud que tiene la problemática descrita y las distintas técnicas que existen para sobrellevar la situación. También se han buscado técnicas reconocidas como son las aconsejadas por el Doctor Estivill, autor del libro “Duérmete niño”, el Doctor González, autor de “Bésame mucho” y la Dra. Rosa Jové, autora del libro “Dormir sin lágrimas”; y se ha indagado sobre los efectos secundarios que puede provocar la falta de sueño a la larga y las diferencias que puede tener este problema en niños de madres primerizas y múltiparas.

La búsqueda de información comienza en Enero del 2017 y finaliza en Marzo del 2017.

En primer lugar se ha procedido a la búsqueda bibliográfica en distintas **Bases de Datos científicas** entre las que se encuentran *Scielo, Cochrane, Cuiden y Dialnet*. De esta forma se han encontrado múltiples artículos empleando las palabras clave: “recién nacido”, “técnicas”, “sueño”, “lactante”, “niño” y “trastornos sueño”. Tras acotar los datos mediante los filtros: “texto completo”, “ciencias de la salud” y “publicados entre 2000 y 2017” la búsqueda se ha reducido a 478 artículos. Tras hacer una nueva revisión entre dichos artículos, se ha comprobado que el tema seleccionado no es un tema del que se hayan llevado a cabo numerosos estudios, por lo que esto ha limitado la información que se ha podido seleccionar de las bases de datos científicas a 7 artículos. De ellos se ha obtenido información fiable sobre los distintos trastornos del sueño existentes, la epidemiología de los mismos, y algunas pautas que pueden ser de ayuda para su manejo.

Debido a esta escasa información en las bases de datos, se han tenido que buscar otros **artículos científicos** de forma libre en Google Académico, verificando que hayan sido escritos por profesionales sanitarios y que sean fiables. Así se han encontrado 14 artículos que han aportado muchos datos sobre patología respiratoria que afecta al sueño, el sueño y sus trastornos, cómo afecta la falta del sueño en la salud del niño y los padres y las técnicas y pautas recomendadas para su manejo.

Asimismo, se realizó una consulta directa de los **libros** disponibles en la biblioteca de la Universidad Pública de Navarra, encontrando una variedad de libros que trataban, en alguno de sus capítulos, a cerca del sueño en el niño. Recaltar que a pesar de tratarse de libros antiguos, redactados desde 1995 hasta 2010, la información que se ha utilizado de ellos ha sido aquella que no es variable en el tiempo o ha sido contrastada con información actual. Además gracias a poder disponer de información de años atrás hasta la actualidad se ha podido observar cómo ha evolucionado este problema a lo largo de ese tiempo y ver así su trascendencia. Agregar también que, tratándose de este tema y debido al peso que tienen en la actualidad, se ha creído necesario hacerse con los libros “Duérmete niño”, “Bésame mucho” y “Dormir sin lágrimas” para conocer y analizar sus opuestas ideologías. De esta forma suman un total de 10 libros revisados, 9 de ellos empleados.

También se consultaron **4 páginas web** de gran relevancia, como son la Asociación Española de Pediatría, la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria, el Instituto de

Medicina del Sueño y la Asociación Española del Sueño, que han aportado información clara, concisa y fiable, con una terminología libre de tecnicismos apta para ser utilizada por cualquier persona. Dentro de la Asociación Española de Pediatría se ha encontrado Anales de Pediatría, que es el órgano de expresión científica de la asociación en el cual se publican trabajos sobre investigación y artículos científicos llevados a cabo por distintos profesionales de distintas ramas de la salud que han sido de mucha ayuda.

Otros documentos de gran ayuda han sido las **Guías**. Concretamente las que se han utilizado en este trabajo han sido 3: la “Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos del Sueño en la Infancia” de 2011, la “Guía Mucho, Poquito o Nada” de UNICEF de 2011 y la “Clinical Guide to Pediatric Sleep” de 2010, pues son las que se han encontrado de mayor actualidad y han sido elaboradas por profesionales de distintas especialidades sanitarias. También se ha empleado una variante de la “Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos del Sueño en la Infancia” llamada “Aprendiendo a conocer y manejar los problemas de sueño en la infancia y en la adolescencia” que está más orientada a las familias.

Por último y como parte fundamental para la realización del trabajo, se investigó cuáles eran los **foros** más utilizados por los padres para obtener información sobre cómo afrontar la situación que están viviendo con el sueño de sus hijos. Entre ellos se encuentran 3 foros: “En femenino”, “Planeta mamá” y “Alba Lactancia Materna”. El análisis de los comentarios de estos foros ha sido imprescindible para el desarrollo de este trabajo y la consecución de parte de mi objetivo principal.

Para la realización del estudio se han buscado documentos en español en su gran mayoría, aunque también se ha revisado alguno en inglés y se han seleccionado concretamente 5 artículos y una de las guías en este idioma.

Tras llevar a cabo la búsqueda bibliográfica, se procede a la lectura completa y el análisis de los distintos documentos seleccionados para el trabajo y así escoger la información que posteriormente se empleará para la realización del presente trabajo.

Cronograma

A continuación se presenta una tabla que refleja los pasos que se han ido siguiendo para la realización del trabajo en los plazos de tiempo que se han propuesto para desarrollarlo.

Tabla 2: Tabla en la que queda reflejado el cronograma del TFG. Fuente: (Elaboración propia).

	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio
<i>Búsqueda de temas para la elaboración del TFG</i>	X							
<i>Elección del tema a desarrollar</i>		X						
<i>Búsqueda bibliográfica</i>			X	X	X			
<i>Búsqueda en foros</i>			X		X			
<i>Desarrollo del trabajo</i>					X	X	X	
<i>Finalización del trabajo</i>							X	
<i>Presentación del trabajo</i>								X

4. RESULTADOS

Magnitud del problema

Para comenzar, en cuanto a la magnitud de este problema, hemos comparado estudios de 1998-1999, estudios realizados en 2006 y otros llevados a cabo en el año 2011, que son los datos más recientes que se ha podido encontrar y que se consideran fiables. De esta manera se podrá observar, además de la epidemiología, su evolución en el tiempo, y ver si este tipo de alteraciones ha ido en aumento, ha disminuido o se ha mantenido en estos últimos 20 años.

Para comenzar, analizando los estudios realizados en 1998-1999 se observa que una de las quejas más frecuentes en Atención Primaria en niños menores de 2 años son los problemas que estos presentan a la hora de dormir, ya que del 30 al 50 % de los bebés presentan alteraciones del sueño lo suficientemente graves como para que los padres pidan la ayuda de un profesional⁽⁶⁾. Hace años se llevaron a cabo estudios para comprobar si estos trastornos se mantenían en el tiempo. Zuckerman et al (Pediatrics, 1987)⁽¹⁶⁾ llevaron a cabo un estudio prospectivo en bebés de 8 meses con alteraciones del sueño para comprobar si estas se mantenían con el paso de los años, de tal forma que se observó que el 41% de ellos mantenían estos problemas a los 3 años. De manera retrospectiva solo el 26% de los niños que tenían trastornos del sueño a los 3 años no los tenían cuando eran bebés. En otro estudio llevado a cabo por Kataria et al (The journal of pediátricas, 1987)⁽¹⁷⁾ en niños de 2 años, se encontró que después de 3 años el 84% de ellos seguían presentando esos problemas. Por último, de manera similar, Richman et al (Academy Press, 1982)⁽¹⁸⁾ observaron con sus estudios que el 50% de los niños con alteraciones del sueño a los 3 años presentaban el mismo problemas cuando eran bebés. Estos estudios resaltan que los trastornos del sueño en la infancia persisten a lo largo del tiempo.

Por otro lado, Aldana A. et al en su artículo “Trastornos del sueño: prevalencia en población pediátrica en edad preescolar y escolar de área urbana”⁽¹⁹⁾ publicado en 2006 hablan sobre los resultados que Lozoff obtuvo en su estudio. En él establece como resultado de su estudio a nivel global que el 30% de los niños de 6 meses a 4 años presentaban alteraciones del sueño y este porcentaje disminuye a medida que la edad del niño es mayor.

De ello se desprende que el porcentaje de niños con alteraciones del sueño se mantiene en el tiempo desde los estudios realizados en 1998-1999 a los que se llevaron a cabo en 2006.

Por último, en la literatura consultada de 2011, se observa que se analiza el porcentaje de niños afectados desglosándolos según el tipo de problema del sueño que presentan. Así pues, en la “Guía de práctica clínica sobre trastornos del sueño en la infancia y adolescencia en atención primaria”⁽⁴⁾, los distintos profesionales que se han encargado de elaborarla refieren que, en niños de menos de 5 años, el porcentaje de ellos que presenta alteraciones del sueño de diverso orden se encuentra en torno al 30%, observándose así que la magnitud de este problema no ha variado a lo largo de esos años. Además, al igual que en los datos estudiados en 1999, se hace hincapié en que este tipo de problemas se suelen mantener a lo largo de la infancia, de modo que los niños de 8 meses que presenten alteraciones del sueño es probable que mantengan estas dificultades a los 3 años, y aquellos que tengan problemas en el sueño con 2 años los mantendrán con 12.⁽⁴⁾ A

continuación se presenta la epidemiología de los trastornos del sueño en función del tipo de problema del que se trate en los niños en edades comprendidas entre 0 y 2 años:

Insomnio

En cuanto al insomnio, encontramos que este problema del sueño afecta al 30 % de los niños con edades comprendidas entre 6 meses y 5 años, siendo el 5% de los casos de causa médica y el 25% restante conductual.

En una encuesta que se llevó a cabo en Valencia se obtuvo que menos del 50% de los niños con edades entre 6 y 12 meses se dormían de forma autónoma y el 18,6% de los niños menores de 6 años se despertaban por lo menos 3 días a la semana durante la noche⁽⁴⁾.

Movimientos rítmicos relacionados con el sueño

Los movimientos periódicos de las extremidades (MPE) se dan en un 1,28% de los niños y el 40% de estos niños presentan síntomas de parasomnias. En lo relacionado a los movimientos rítmicos, la mayor parte de los casos se inician antes de que el niño llegue al año de edad y son muy frecuentes hasta los nueve meses, dándose en este período el 59% de los casos. A partir de ahí la prevalencia disminuye paulatinamente⁽⁴⁾.

SAHS

La prevalencia del Síndrome de Apnea Hipopnea del Sueño no es muy conocida. Su principal síntoma es el ronquido, y la prevalencia de este varía de unas publicaciones a otras, encontrando que se puede dar desde un 7% a un 16,7% de los niños entre 6 meses y 13 años de edad.

Se estima que alrededor del 2-3 % (o algo más) de los niños presenta el verdadero SAHS, siendo aparentemente similar este problema tanto en niños como en niñas y máximo en la edad preescolar⁽¹⁴⁾.

Terrores nocturnos

Los terrores nocturnos pueden ser considerados como los más dramáticos del despertar, estimándose su prevalencia en niños en edad preescolar en un 1-5%.

La frecuencia de estos episodios alcanza el pico máximo al iniciarse el proceso, de tal forma que si los terrores se inician antes de los 3 años y medio suelen producirse al menos una vez a la semana, mientras que si los terrores se inician en niños con edades de entre 3 y 7 años y medio estos suelen darse 1 o 2 veces por mes.

Este tipo de trastorno suele tener una duración media de 3,9 años, aunque este promedio tiende a ser mayor en aquellos casos en los que los niños tienen antecedentes familiares de sonambulismo.

La mitad de los casos tienden a desaparecer a los 8 años de edad, pero hay un 36% en los que se mantienen hasta la adolescencia⁽⁴⁾.

Cómo afectan las alteraciones del sueño en la salud del niño y de los padres

En lo relacionado a cómo afectan las alteraciones del sueño de los niños en ellos mismos con el paso del tiempo y en la salud de su familia, se ha encontrado que los niños con trastornos del sueño experimentan un peor rendimiento en la escuela y son más propensos a padecer accidentes⁽²⁰⁾. Una alteración crónica del mismo puede provocar también problemas físicos. Entre ellos, el más frecuente es el fallo de medro, que es la incapacidad para mantener una velocidad normal de crecimiento (tanto en peso como en talla) en niños con menos de 3 años. También encontramos que los niños que padecen estos problemas se encuentran más irritables^(21,22).

Según el Instituto de Medicina del Sueño⁽⁹⁾, se ha observado que los niños que presentan problemas en el sueño son más propensos a desarrollar, entre los 2 y los 4 años, más otitis, rinofaringitis y enuresis nocturna de repetición. Además estudios recientes indican que los niños que duermen poco tienen un peor rendimiento escolar y déficits muy importantes en el aprendizaje y la expresión del lenguaje cuando llegan a los 6 años. Si a esto se añade una mayor dependencia de las personas que cuidan a ese niño, un aumento en la probabilidad de padecer obesidad infantil y diabetes, más dolores de cabeza, enuresis, peor carácter y una baja tolerancia a la frustración se puede comprobar que las consecuencias que se derivan de las alteraciones del sueño en la infancia son múltiples y de importancia. Si una vez cumplidos los 5 años estos niños siguen teniendo problemas para dormir, existen muchas más posibilidades de que se mantengan estas alteraciones cuando llegue a la edad adulta. durante el resto de su vida. Además, los padres de estos niños pueden experimentar cambios negativos significativos en su calidad de vida, ya que, al igual que el niño, duermen muy pocas horas, lo que se traduce en agotamiento y desesperación por no saber cómo enfrentar la situación.^(20,23)

Es por todo esto que es importante identificar los trastornos de sueño a tiempo y ponerles solución. El sueño es un proceso fisiológico que es necesario para que se establezca el equilibrio físico y psíquico de nuestro organismo de forma que, si este se ve alterado, se altera indirectamente todo lo demás⁽⁵⁾.

Madres primerizas y madres experimentadas.

También se ha analizado si la afectación de las alteraciones del sueño era distinta en los niños de madres primerizas que en los niños de madres ya experimentadas. Tras llevar a cabo una extensa revisión, tanto en libros como en artículos, no se ha podido encontrar la información que se buscaba.

La información que se ha encontrado con esta búsqueda ha sido relacionada con los problemas de sueño que padecen las madres primerizas con los primeros meses de vida de sus hijos y las dudas más frecuentes de las madres primerizas sobre el sueño de sus hijos, por ejemplo, si es normal que sus hijos recién nacidos duerman tanto⁽²⁴⁾. Esta información no se ha encontrado en artículos científicos ni en páginas totalmente fiables, sino en foros o artículos con escasa validez científica.

Técnicas o pautas existentes

A continuación, la revisión bibliográfica se centra en hacer una búsqueda sobre las distintas técnicas o pautas existentes para llevar a cabo un buen manejo del sueño en aquellos niños que sufren este tipo de alteraciones. Al ser este punto una parte importante del objetivo principal del trabajo, se ha intentado llevar a cabo una búsqueda extensa para poder desarrollarlo con la mayor precisión posible. Tras indagar en libros más antiguos escritos por expertos en la materia, libros actuales, distintos artículos y guías para padres redactadas también por sanitarios se han podido extraer una serie de pautas que son comunes en todos ellos y otras indicaciones en las que hacen distinciones según el problema del sueño que tenga el niño.

Así pues, entre las que son comunes a todos los niños, recomendadas por profesionales a padres sin conocimientos, encontramos las siguientes clasificadas en función de la edad del niño:

Recién nacido:

- Durante los primeros días de vida del bebé los padres deben llevarlo a la cuna a dormir, no dormirlo en brazos o balanceándolo en la sillita.
- El niño deberá estar levantado mientras esté despierto.
- Colocar al niño en la cuna cuando se encuentre somnoliento pero aún esté despierto⁽¹¹⁾.
- La decoración de la habitación del niño debe ser sencilla, sin grandes objetos que le puedan distraer. Además no deberá tener estímulos luminosos; la habitación deberá estar oscura cuando se vaya a dormir y durante el sueño.
- La temperatura de la habitación se recomienda que esté entre los 16 y los 20°C y que la ropa de cama sea ligera. No se recomienda abrigo demasiado⁽³⁾.
- Mientras el bebé come debemos intentar que no se duerma, mantenerlo despierto hablándole, acariciándole y llevando acabo suaves estímulos.
- Es recomendable que los padres alimenten al niño siempre que puedan en el mismo sitio, con sonidos y luces de fondo tenues y que tras la ingesta se quede unos minutos despierto.
- Las tomas por la noche deberán ser breves y tranquilas, con luz muy tenue o incluso sin luz y sin hablarle.
- Es recomendable que la madre siga los horarios de sueño del bebé.
- Desarrollar rutinas pre sueño es una buena forma de acostumar al niño al sueño. Un ejemplo de ella sería bañarlo, darle un masaje, cantarle una nana y llevarlo a la cuna⁽²¹⁾.
- Si durante la noche el niño llora, dejarlo durante unos pocos minutos, ya que es algo normal y puede que se vuelva a dormir él solo. Si se despierta y vemos que no para de llorar, ir a su habitación y acompañarlo hasta que se duerma sin encender la luz, ni hablarle ni ofrecerle nada^(5,25).

De 2 a 5 meses:

- Es aconsejable mantener las rutinas a la hora de acostar al niño.
- No despertar al bebé para darle de comer. Si se escuchan llantos esperar unos minutos para ver si de verdad se está despertando porque tiene hambre y, si es así, hacer las tomas lo más breves posibles.

- Cuando el niño tenga 3 meses debe valorarse la posibilidad de cambiarlo de habitación^(5,25).

De 5 a 12 meses:

- Es normal que el niño a estas edades se despierte por las noches. Cuando esto ocurra se le puede ofrecer un objeto transicional, como puede ser un peluche suyo, para que le haga compañía en el momento de dormir^(5,25).
- A partir de estas edades se deberá evitar darle de comer por las noches aunque el niño llore, y simplemente se deberá mantener un ambiente tranquilo para que vuelva a conciliar el sueño.
- Dejar abierta la puerta de su habitación.
- Mantener las rutinas de baño-cuento-sueño o baño-nana-sueño⁽¹¹⁾.

A partir de los 12 meses:

- Deben mantenerse unas breves rutinas para irse a la cama: la hora de acostarse debe ser muy constante.
- Si el niño ha padecido alguna enfermedad recientemente por la que ha necesitado una mayor atención de los padres, es posible que necesite ser reeducado una vez que ésta desaparezca para que pueda volver a dormirse solo.
- Cuando el niño comience a llorar se debe esperar 5 minutos antes de entrar en la habitación⁽¹¹⁾.
- Se mantendrán las técnicas de luminosidad y ruido adecuadas, así como una temperatura ambiental adecuada.
- Se debe evitar acostar al niño con hambre y se debe tener precaución en no darle un exceso de líquidos.
- Si el niño tiene rabietas la actitud de los padres deberá ser firme, actuando rápidamente y de forma segura si el niño se levanta para acostarlo sin hablar con él⁽⁵⁾.
- No utilizar la cama para actividades que no sean dormir, como jugar, comer, etc⁽²¹⁾.
- La actividad física vigorosa se evitará durante 1 o 2 horas antes de que el niño se vaya a dormir.
- Se evitarán las siestas muy prolongadas⁽⁵⁾.

Al cumplir los 2 años:

- Lo primero que tienen que tener presente los padres es que no deben perder la calma cuando su hijo se despierte por la noche y deben transmitirle al niño que es capaz de dormir por sí solo.
- No permitir que el niño, cuando se despierte por la noche, se pase a su cama⁽⁵⁾.
- Se debe evitar que él vea la televisión o leerle cuentos de "suspense".
- Si siente miedo a la oscuridad o a estar solo dejarle, por ejemplo, una luz muy tenue o la puerta entreabierta para que escuche ruidos.
- Al igual que en el niño de 12 meses, se debe evitar la actividad física intensa un par de horas antes de acostarlo y tomar alimentos estimulantes como puede ser el chocolate⁽²⁶⁾.
- A esta edad, el chupete, biberón o el pecho parecen muy útiles para que el niño se duerma, pero esto no es lo adecuado.
- Los padres deben descansar⁽⁵⁾.

A continuación se exponen algunas particularidades halladas que se han establecido en función del problema por el que el niño no duerme bien:

Insomnio:

Las pautas establecidas son igual a las pautas comunes mencionadas con anterioridad. Se basan en la higiene conductual⁽²⁷⁾.

Movimientos rítmicos relacionados con el sueño:

Es considerado el trastorno del sueño más difícil de erradicar.

Se ha escrito muy poco con respecto a este tema, pero se recomienda, como tratamiento de primera elección, una reeducación conductual, como tiene lugar en el insomnio.

Lo que diferencia a este tipo de trastorno es que se recomienda aplicar un estímulo negativo cada vez que se produzcan los movimientos de body rocking, body rolling, head rolling y head banging y, de esta forma, hacer que se dejen de percibir como algo positivo y agradable por el niño.⁽²⁸⁾ Este estímulo negativo consiste en interrumpirle el sueño cada vez que vaya acompañado de estos movimientos rítmicos. Se puede, por ejemplo, despertar al niño, darle una vuelta por la casa y volverlo a acostar⁽²⁷⁾.

Síndrome de apneas- hipopneas de sueño (SAHS)

Para comenzar, grabar un audio o un vídeo en el que se escuche los ruidos que emite el niño por la noche puede ser de mucha ayuda para que el médico identifique si efectivamente el niño presenta ese problema.

Una vez diagnosticado el SAHS, desde atención primaria se recomendará un tratamiento conservador que consista en la reeducación de la higiene del sueño del niño hasta que se establezca un tratamiento definitivo en la Unidad del sueño o con el centro de referencia, en los que se escogerá el mejor tratamiento en función de la causa y el grado^(4,14).

Terrores nocturnos

Si el niño no duerme bien porque padece de terrores nocturnos, no se le debe despertar, pues no recordará nada, solo hay que acompañarlo hasta su cama, hablarle suavemente y, si es necesario, cogerlo en brazos si con ello no se agita más. Si se le intenta despertar solo conseguiremos agitar más al niño.

En este tipo de alteraciones del sueño es muy importante tranquilizar a los padres y hacerles ver que no le ocurre nada malo a sus hijos, que no se trata de una psicopatía ni de acontecimientos terribles que afectan de esta forma al niño^(3,29).

Dentro de las medidas de higiene del sueño que se pueden aplicar en estos casos está el despertar al niño a los 30 minutos de haberse dormido y que luego vuelva a dormirse (despertares programados), pues pueden llegar a eliminarlos en niños en los que estos episodios se dan con asiduidad⁽⁴⁾.

Despertar confusional

Se llevan a cabo medidas de higiene del sueño similares a las de los terrores nocturnos.

Otras técnicas aconsejadas:

Por último, en lo relacionado a las técnicas y pautas existentes para el manejo del sueño en los niños entre 0 y 2 años se considera importante, en este trabajo, destacar los libros del Dr. Carlos González “Bésame mucho”, del Dr. Eduardo Estivill, “Duérmete niño” (el cual está siendo objeto de mucha polémica hoy en día) y de la Dra. Rosa Jové, “Dormir sin lágrimas”, debido a la repercusión social que están teniendo en la actualidad.

En cuanto al método Estivill, en los distintos foros para madres y padres, se puede observar que para muchos se trata de un libro que mira únicamente por el bien de los padres y no por el del bebé, pues lo único que le hace es sufrir y no hay evidencia de que sea efectivo. Frente a esta opinión, una minoría aconseja interpretar de forma correcta los consejos del Dr. Estivill y refieren que funciona, que “tras meses de desconsuelo tanto para los padres como para el niño este libro les ha salvado la vida y hora ha vuelto la calma a la familia”⁽³⁰⁻³²⁾.

Llama la atención que muchas madres confrontan este libro con el escrito por el Dr. Carlos González “Bésame mucho”, el cual no está de acuerdo con el método Estivill y en su libro hace múltiples referencias criticando las terapias conductuales como método para tratar el insomnio infantil⁽³³⁾. Algunas de estas madres refieren haber probado los dos métodos y solo funcionarles el de “bésame mucho”, aunque después de dedicarle mucho tiempo⁽³¹⁾.

A continuación se muestra un resumen con los principales puntos que cada uno de los conocidos doctores resalta sobre la educación del sueño de los niños. Añadir que el Dr. Estivill establece las pautas en función de la edad, mientras que la aportación del Dr. González resulta bastante inespecífica en mucho de lo que dice y contrapuesta a lo dicho por otros autores:

“DUÉRMETE NIÑO”

Según el autor, los niños no tienen por qué tener problemas de sueño, por lo que es fundamental hacer que desde muy pequeños adquieran unos buenos hábitos de sueño.

Por ello se muestran a continuación, de forma resumida, una serie de pautas a seguir en función de la edad que tenga el niño:

Recién nacido:

- Cuando metamos al recién nacido a dormir por la noche, se debe mantener el entorno sin luz y sin ruido, al contrario que cuando lo hagamos durante el día. Además en los momentos en los que el niño esté despierto debemos mantenerlo activo, por ejemplo jugando con él, fuera de su lugar de descanso.
- Es preferible que desde el primer día duerma en su habitación escuchando los ruidos cotidianos de la casa.

- Es importante que el bebé aprenda a dormirse solo en su cuna y no dormirlo meciéndolo o en nuestros brazos.
- Es recomendable dejarlo en la cuna para dormir aún despierto.
- La hora del baño debe establecerse, preferiblemente, por la noche.
- Dejar al bebe lo más cómodo posible antes de que se duerma, es decir, dejar que coma tranquilo, que eructe, cambiarle el pañal, que su cama no esté fría, que la temperatura de la habitación sea adecuada (20-23°C), etc.

De los 3 a los 6 meses de edad:

- El niño percibe lo que los padres sienten, por eso es importante demostrar seguridad.
- A esta edad comienza a asociar los estímulos externos con el momento de dormir, por lo que se recomienda darle un objeto transicional, como un osito de peluche, un chupete o una manta, que permanezca con él en el momento de dormir.
- Otra pauta que facilitará el momento del sueño es establecer una rutina a la hora de acostarse que se repita día tras día, pues al bebé la repetición le supone seguridad: baño, alimentarlo (fuera de su habitación), unos minutos despierto para que eche los gases y evitar cólicos, 5 minutos de entre los padres y él y dejarlo en la cuna cuando aún está despierto (siempre a la misma hora) con sus elementos de referencia (osito) y una frase que repitamos todas las noches (buenas noche, dulces sueños, etc.).
- Si comienza a llorar, no acudir al momento. Los padres esperarán un minuto y entrarán en la habitación para decirle que le están ayudando para que aprenda a dormir solo. Si sigue llorando esperarán dos minutos antes de entrar y así sucesivamente, alargando este tiempo de espera.

De 6 meses en adelante:

- Con esta edad, el niño debe tener el ritmo de sueño bien establecido. Aun así no se debe bajar la guardia y se deben mantener las rutinas previas al momento de irse a la cama.

Cuando el niño ya tiene un año solo se mantendrá la siesta de después de comer (sobre todo si se le lleva a la guardería). Las horas de sueño por la noche irán disminuyendo^(34,35).

“BÉSAME MUCHO”

El autor de este libro defiende las conductas naturistas en cuanto al sueño del niño. Para él el acto de dormir no consiste en un aprendizaje, sino que se trata de algo que todos los seres humanos sabemos de forma innata, por lo que a lo largo del libro se muestra muy en desacuerdo con los modelos conductuales. A continuación se muestran los puntos más importantes del libro con respecto a este tema:

- Lo normal para un niño es dormir acompañado de sus padres, por lo que no tendrían que llevar a cabo un aprendizaje si no nos empeñásemos en separarlos de ellos.
- El autor se posiciona, de forma indirecta, con el hecho de dormir a los niños en brazos o acunándolos y objeta el método Estivill diciendo que dejarle un objeto de transición por la noche, como un oso de peluche, es un acto pensado para no molestar a la familia en caso de que el niño se despierte por la noche.
- No es necesario establecer rutinas para que el niño duerma, pues el fin de estas es hacer que los niños aprendan a obedecer las órdenes de sus padres. Además, si fuesen necesarias, dormir al niño en brazos o dándole el pecho podrían ser buenas rutinas si los padres lo hacen siempre igual.
- Respecto a cómo responder a los llantos de los bebés, el autor hace una dura crítica sobre lo que los profesionales que apoyan el modelo conductual aconsejan. Él refleja, nuevamente de forma inespecífica, que el bebé necesita el contacto físico y que si el bebé llora se debería coger en brazos o mecerlo.
- El término insomnio, según el autor, se ha utilizado muy a la ligera. No duda de que haya casos en los que se de este problema, pero refiere que los niños se despiertan mucho por la noche por no dormir con su madre y que si se les dejase en la misma cama dormirían mucho mejor.
- No existen pruebas que indiquen que dar de mamar por la noche al niño cuando tiene más de 6 meses sea peligroso para él ⁽³³⁾.

Por último se ha revisado el libro "Dormir sin lágrimas" de la Dra. Rosa Jové, que comparte la misma corriente naturista que el Dr. González. Se centra más en explicar detalladamente cómo es el sueño del bebé, sus fases y los trastornos del sueño que existen, que en dar pautas sobre cómo dormirlo. Como ya he dicho, se basa en una crianza muy naturista que apoya el colecho y la lactancia materna. Además tiene las mismas creencias que el Dr. Carlos González en su libro "Bésame mucho" y al igual que éste se dedica más a objetar los métodos conductuales y a decir lo que no hacer durante el sueño del niño que a dar unas pautas concretas. También refiere que no hay que enseñar a dormir al niño, si no que el sueño es un proceso evolutivo y que al final todos los niños terminan durmiendo bien algún día, y que algo importante es comprobar que el niño no tenga ningún trastorno del sueño⁽³⁶⁾.

Por último refiere que no es partidaria de dar unas pautas para enseñar a dormir a los niños, pero aun así está dispuesta a dar unos breves consejos que pueden ayudar a quienes los requieran:

“DORMIR SIN LÁGRIMAS”

- Ser realistas en cuanto al tiempo que puede dormir un niño de seguido y las veces que se despierta.
- Rellenar una ficha reflejando las veces que se despierta y las horas que duerme, pues a veces los padres no son objetivos con la realidad.
- Si se despierta mucho, comprobar que no tiene ninguna patología. Si el problema es que no se duerme puede ser que simplemente no tenga sueño, así que es aconsejable estar atento a los momentos que el niño tenga sueño para acostarlo.
- A partir de los 4 meses intentar que duerma menos siestas por el día y así dormirá más por la noche.
- Analizar qué hábitos de su vida pueden mejorar los padres para que el niño duerma mejor.
- Intente que la luminosidad y el ruido de la casa sean lo más tenues posible.
- Una vez que el ambiente sea el adecuado, buscar una forma agradable de dormir al niño (mecerlo, darle el pecho, etc).
- Utilizar técnicas adecuadas a su edad, por ejemplo, de los 3 meses al año y medio balancearlo para que se duerma, a partir de los 2 años sólo acompañarlo mientras duerme, etc.
- Si se despierta llorando por la noche, atenderlo rápidamente⁽³⁶⁾.

Para finalizar con este apartado, se ha observado que la eficacia del método del Dr. Estivill está respaldada por estudios científicos, mientras que del Dr. González y la Dra. Jove no se han podido encontrar estudios.

Así pues de la bibliografía revisada se ha encontrado un estudio que tuvo lugar en 2007 llevado a cabo por el propio autor y otros pediatras como N. Roure Miró et al⁽³⁷⁾, cuyo objetivo fue valorar la eficacia del método Estivill. Para ello se entrevistó a los padres de 107 niños diagnosticados de insomnio infantil por hábitos incorrectos (IIHI). Se les recomendó la realización del método Estivill y se obtuvieron los siguientes resultados:

- El método fue eficaz en el 86,4% de los casos.
- De ese 86,4%, en el 85% de los casos la eficacia se ha mantenido en el tiempo.
- El método es más eficaz si lo aplican tanto la madre como el padre.
- Actualmente el 81% de los niños no se despiertan por la noche.
- El 97,56% de ellos no ha tenido problemas de rendimiento en el colegio, ni malas conductas.
- Más de la mitad de los padres a los que el método no les resultó eficaz admitieron no haberlo llevado a cabo de forma correcta.

Webs donde encuentran los padres la información.

Tras llevar a cabo una extensa revisión para indagar a cerca del conocimiento que padres y madres tienen sobre cómo abordar los problemas de sueño de sus hijos y ver de qué páginas webs obtienen esos conocimientos, se ha podido comprobar, en primer lugar, que hay muchas familias que desconocen cómo actuar ante esta situación y en lugar de buscar ayuda de profesionales, lo hacen en foros creados para este fin. Entre ellos, uno de los más empleados es el conocido “Foro en femenino”⁽³¹⁾, aunque se han encontrado otros como “Foro Alba lactancia materna”⁽³⁰⁾ y “Planeta mamá”⁽³²⁾. En ellos las madres cuentan las experiencias, relacionadas con las alteraciones del sueño de sus hijos, que están viviendo en el momento actual, y otras madres las aconsejan basándose en experiencias propias o en lo que a ellas les aconsejaron médicos y enfermeras desde sus centros de salud.

Algo a destacar es que el 100% de los comentarios revisados en los que se solicita ayuda y consejo son escritos por mujeres, entre las que encontramos tanto madres primerizas como madres con otros hijos que no han pasado por esta experiencia previamente y no tienen los conocimientos suficientes para saber resolver la situación que están viviendo con su hijo⁽³⁰⁻³²⁾.

En algunos comentarios se puede ver reflejada la desesperación que está viviendo todo el entorno familiar y los problemas que se generan a nivel de pareja, encontrando hijos mayores que no pueden dormir por los llantos y gritos de su hermano pequeño, maridos nerviosos porque van a ir a trabajar sin dormir y mujeres a las que les ha cambiado el humor y el carácter. Así, indagando en los distintos foros, se han podido observar comentarios de unas madres a otras en los que se aconsejan, ante la negativa del niño por dormirse, el uso de medicación que induce al sueño, alegando estar recomendadas por enfermeros y pediatras⁽³⁰⁾.

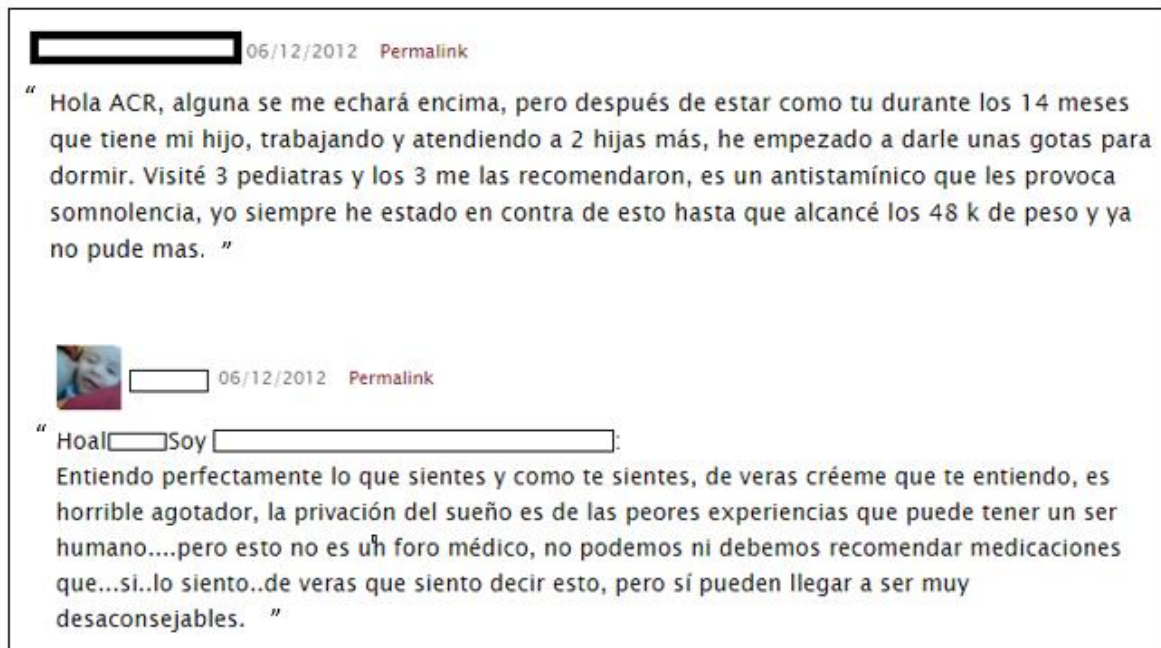


Figura 3: Captura de pantalla de una conversación en la que viene reflejada esta situación y la contestación de una de las usuarias del foro. Fuente: (Foro Alba Lactancia Materna)⁽³⁰⁾.

Otro aspecto importante está relacionado con los profesionales sanitarios. Se puede apreciar, por lo que comentan los usuarios de los foros, que la información que se da desde los centros, desde su punto de vista, o no es suficiente o no se da de forma correcta tratando de llevar a cabo una educación sanitaria efectiva, pues a pesar de que muchos los consultan refieren que no le dan a este problema la importancia que requiere según ellos (30–32).

Para finalizar con el análisis del conocimiento que tienen los padres acerca del manejo del sueño de sus hijos y los lugares de dónde sacan información, y en contraposición a lo encontrado en este tipo de foros, se han visitado otros foros creados en páginas web como puede ser la de la Asociación Española de Pediatría⁽³⁸⁾ y la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria⁽³⁹⁾ en los que se tratan temas de esta índole y las madres son respondidas por los encargados de llevar la página web, especialistas sanitarios como pediatras y cirujanos pediátricos entre otros. Se trata de webs de medicina en las que se publican noticias pediátricas de actualidad, protocolos, artículos científicos e información útil y veraz sobre los problemas del sueño de los niños.

5. DISCUSIÓN

Magnitud del problema

En cuanto a la magnitud del problema, lo primero que cabe destacar es que, a pesar de que hay pocos artículos que estudien el tema en el que se ha centrado el trabajo, la incidencia y prevalencia de los trastornos del sueño en los niños en edad pediátrica se ha venido estudiando desde hace ya unos años^(6,16,17).

El poder disponer de datos de distintos años podría considerarse una ventaja a la hora de determinar si es necesaria una intervención sanitaria ya que gracias a ello se ha podido comprobar que la incidencia de estos problemas no es nada despreciable desde los años de los que se dispone la información (una media de un 30%)^(4,6,19). Estos datos respaldan el hecho de que sí pueda ser una buena medida, por parte de los profesionales de pediatría, incidir de una forma más directa e individualizada sobre los problemas del sueño en el niño desde las consultas de Atención Primaria.

Una desventaja que es necesario mencionar es que en los estudios más antiguos el porcentaje de niños afectados (30-50%) hace referencia a la población infantil de menos de 2 años⁽⁶⁾, mientras que en los estudios de 2006 hace referencia a niños de entre 6 meses y 4 años, siendo este último un mayor grupo de población y por lo tanto no siendo este porcentaje tan preciso como lo es en el primer caso⁽¹⁹⁾.

Por otro lado se observa que, en los estudios más recientes, se hace un análisis más detallado de la incidencia de estos problemas, pues los autores de la “Guía de práctica clínica sobre trastornos del sueño en la infancia y adolescencia en atención primaria” los analizan por tipos de problemas del sueño⁽⁴⁾. Esto resulta de gran interés pues, como dice la Asociación Española de Pediatría⁽⁸⁾, cada niño es diferente, y no existe una técnica única y universal para tratar todos los trastornos, si no que cada trastorno requiere de atención diferente. Al analizarse de esta forma se puede observar cuál de ellos es el que afecta a un mayor número de niños y así incidir específicamente sobre el trastorno.

En este caso se ha podido observar que el trastorno del sueño de mayor magnitud es el insomnio. Esto podría deberse un mal aprendizaje de los hábitos del sueño por parte del niño, derivado del desconocimiento que tienen los padres a cerca de la higiene del sueño⁽⁴⁾.

Se ha demostrado que el SAHS se da tanto en niños como en niñas y alcanza su pico máximo de incidencia cuando los niños se encuentran en edad preescolar. Esto puede deberse a que coincide con el momento en que el tejido linfoide del anillo de Waldeyer tiene un tamaño mayor al de la vía aérea, impidiendo que el niño pueda respirar bien y dando lugar al síndrome de apnea-hipopnea del sueño en niños predispuestos⁽¹⁴⁾.



Figura 4: Anillo de Waldeyer, formado por las amígdalas palatinas, los adenoides y otros tejidos linfáticos. Fuente: (A.D.A.M)⁽⁴⁰⁾

Cómo afectan las alteraciones del sueño en la salud del niño y de los padres

En este ámbito, en los estudios analizados, se ha encontrado que los niños con trastornos del sueño son más propensos a tener un peor rendimiento en la escuela y padecer más accidentes^(4,20). Esto podría deberse a que al no descansar bien por la noche llegan a la escuela más cansados y no son capaces de prestar la atención necesaria en las clases. Esto desemboca en la no adquisición de los conocimientos necesarios y peores resultados.

También se ha encontrado que una alteración crónica de los trastornos del sueño puede producir fallo de medro en el niño. Las causas que pueden llevar a la aparición de esta patología son múltiples, pues en ella influyen tanto factores ambientales, como orgánicos y constitucionales, y no se podría considerar la falta de sueño como algo único en su etiología. Pero sí se ha visto que tiene importancia, ya que el 25% de los niños que presentan este problema coincide que tienen algún tipo de trastorno del sueño⁽⁴¹⁾.

En cuanto a los problemas de salud físicos a los que puede dar lugar, se ha observado que son múltiples las enfermedades que pueden llegar a desarrollarse con el tiempo. Algunas de ellas, como la diabetes o la obesidad infantil, pueden estar provocadas por cambios hormonales y metabólicos que tienen lugar como consecuencia indirecta de la falta de sueño y otras, como la enuresis nocturna, pueden ser debidas a los efectos que tiene el SAHS sobre la presión en la vejiga o la liberación de hormonas urinarias. Esto ha sido explicado por algunos autores como que podría ser debido a la alteración en la secreción de ciertas hormonas como el péptido natriurético atrial y la vasopresina. Además parece que está implicada también una hiperactividad del detrusor^(4,27,42).

Por último en los estudios analizados se evidencia que las familias sufren las consecuencias del mal dormir de sus hijos. Al no dormir sus hijos, ellos tampoco lo hacen, y se encuentran agotados durante el día y más irascibles. Esto podría ser evitado si tuvieran los conocimientos adecuados para modificar los hábitos del sueño de sus hijos, o pudieran llevar a cabo pequeños “trucos” como aprovechar y dormir durante las horas en que el niño

duerme, ya que sumando pequeños actos pueden hacer que la alteración a nivel familiar sea menor⁽³⁾.

Con todos los datos analizados, se puede recoger de la literatura revisada que el sueño tiene que ser una prioridad para toda la familia, y que corregir las alteraciones del sueño a tiempo es fundamental para el correcto desarrollo del niño y el descanso de los padres.

Madres primerizas y madres experimentadas.

Tras la revisión realizada no se ha encontrado la información acerca de si existen diferencias en el sueño de los niños de madres primerizas y de madres que ya han tenido hijos previamente.

Esto puede ser debido a no haberse llevado a cabo estudios sobre ello, ya que puede no tener relación que el niño duerma mal con ser madre primeriza o múltipara, o que no se la haya dado relevancia, puesto que el problema se trata de igual forma en cualquiera de los casos.

Técnicas o pautas existentes

Tras haber analizado las distintas técnicas o pautas encontradas se ha observado que la finalidad principal de todas ellas es conseguir el descanso de toda la familia. Si el niño no descansa, los padres tampoco lo harán y viceversa, creándose así un círculo vicioso que será difícil de romper ⁽⁵⁾.

Lo que se observa también es que las distintas etapas requieren técnicas diferentes. En la etapa de recién nacido, van encaminadas a crear rutinas en los bebés como no utilizar la cuna salvo a la hora de dormir, para conseguir así que la asocie con el momento de dormir. También se dan pautas para evitar ciertos estímulos que aumenten la probabilidad de que el niño se despierte, como puede ser que haya demasiada luz o ruido, o abrigarlo mucho, ya que evitarán que pueda conciliar el sueño o favorecerán que se despierte por la noche. Así como impedir que el niño se duerma mientras come, para evitar que se despierte al acostarlo y que las tomas de la noche sean lo más tranquilas posibles, para que así las asocie con la hora del sueño ⁽³⁾⁽¹¹⁾.

Por último, en esta etapa, se recomienda que los padres sigan los horarios de sueño del bebé, ya que de esta forma aumentarán sus horas de sueño y disminuirá en cierta medida la posibilidad de aparición de la depresión postparto en la madre, ya que se ha demostrado que uno de los factores que favorece su aparición es la falta de sueño ⁽²¹⁾.

En la etapa de los 2 a los 5 meses, las técnicas van encaminadas a mantener las rutinas antes de dormir, ya que si se dejasen de hacer se podría alterar de nuevo el sueño del niño y todo lo que se hizo en etapas anteriores habría sido en vano^(5,25).

Conforme va creciendo lo que se hace es darle elementos que el relacione con la noche y que le puedan dar una cierta tranquilidad en el caso de que se despierte^(5,25).

A partir de los 12 meses, las indicaciones hacen referencia a no darle líquidos cuando se aproxime la hora de dormir. Esto es así porque se estaría favoreciendo que el niño se orine por la noche y se despierte a consecuencia de ellos⁽⁵⁾.

Cuando el niño se va haciendo más mayor, lo que se recomienda es evitar que el niño se sienta solo. Para ello suele ser bueno, en caso de que tenga miedo a la oscuridad, dejar una luz de la casa encendida, o dejarle la puerta de la habitación abierta para que escuche los sonidos del hogar. Pero siempre se debe tener en cuenta que no hay que meterlo en la cama de los adultos para remediar esos miedos, porque de esta forma solo se reforzarán las conductas que impiden que el niño aprenda a dormir solo ⁽⁵⁾⁽²⁶⁾.

Mediante estas técnicas es fundamental transmitir al niño que se le está enseñando a dormir de manera autónoma, y que no se trata de ningún tipo de castigo por parte de sus padres.

Otras técnicas aconsejadas

Por otro lado, de los dos libros que se han seleccionado, cabe mencionar que, tras un intenso análisis, parecen resultar más efectivas en el tratamiento de los problemas del sueño infantil las técnicas conductuales, como es la del Dr. Estivill. Como refiere el propio autor en una entrevista concedida al diario *El País*, este método “funciona en un 94 % de los casos, y en los que no funciona suele ser por algún problema emocional de la madre”. Refiere también que se trata un método muy eficaz para que el niño aprenda a dormir bien y que las críticas que recibe el libro son opiniones frente a una realidad científica⁽⁴³⁾.

Muchas personas lo critican diciendo que por mucho que el propio autor diga que es un método muy efectivo, no hay pruebas ni estudios que lo apoyen, pero como se ha observado en la literatura revisada, se trata de un método avalado por estudios científicos⁽³⁷⁾.

Además se puede encontrar que comunidades científicas importantes como puede ser la Academia Americana de Medicina del sueño defienden también, a través de 52 estudios realizados, que los métodos conductuales conllevan cambios fiables en los problemas del sueño que, además, perduran en el tiempo⁽⁴⁴⁾.

El propio autor afirma que se trata de un método difícil, puesto que a nadie le gusta ver llorar a su hijo, pero que lo más probable es que en el transcurso de 7 días el niño habrá aprendido a dormir toda la noche. Este método requiere un aprendizaje, ya que según su autor muchas veces el que no funcione está determinado porque no se hayan interpretado de forma correcta las pautas dadas y que en muchas ocasiones no se siguen adecuadamente. Solo hay que llevar a cabo una serie de hábitos en los niños, realizar rutinas y corregir aquellos malos hábitos que ya hayan adquirido⁽³⁴⁾.

Por el contrario, en cuanto a los libros escritos por el Dr. González “Bésame mucho” y la Dra. Rosa Jové “Dormir sin lágrimas”, no se han encontrado estudios que demuestren la eficacia de estos métodos naturistas. El Dr. González en su libro hace referencia en varias ocasiones a casos reales de madres a las que les ha funcionado⁽³³⁾. Incluso en los foros consultados las madres dicen estar más a favor de este método, pero no se ha podido encontrar ningún resultado objetivo que verifique su eficacia frente al recomendado por el Dr. Estivill ⁽³⁰⁾. Además, a pesar de que sí dan alguna recomendación, no se podría decir que ambos libros aporten pautas como tal, pues en la mayor parte del libro describen su

rechazo hacia el método conductual. Asimismo, como ya se ha observado, Rosa Jové afirma en su libro que ella no es partidaria de dar pautas para dormir a los niños⁽³⁶⁾.

Aun así los tres métodos han sido redactados por pediatras profesionales con los conocimientos suficientes como para aportar una serie de consejos, críticas y puntos de vista que no se puede decir que están mal. Simplemente se da la opción de que cada familia elija educar en el sueño de una forma u otra a sus hijos, por lo que a unas personas les irá mejor el método del Dr. Estivill y a otros el del Dr. González o la Dra. Rosa Jové.

Webs donde encuentran los padres la información.

Por último, como otro punto fundamental del trabajo, se ha visto que los padres recurren mucho a los foros de internet para buscar información sobre cómo hacer frente a los problemas del sueño de sus hijos.

Por un lado cabe destacar que, en la mayor parte de los casos, las que consultan estos foros son madres con niños de temprana edad, desde recién nacidos de escasos días hasta niños de varios meses, a los que les cuesta conciliar el sueño y que se despiertan varias veces por las noches. Esto puede ser debido a que siguen siendo las madres las que se encargan del cuidado del niño durante la noche, de tal forma que no llegan a tener una higiene de sueño adecuada y esto hace que soliciten ayuda por estos foros o los empleen, en alguna ocasión, como propio desahogo personal.

Llama la atención que teniendo foros en las páginas web de la Asociación Española de Pediatría⁽³⁸⁾ y la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria⁽³⁹⁾, en los que se puede encontrar información más fiable y en cuyas páginas web se publican artículos que están relacionados con este tema, las familias opten por entrar en los foros comentados en los resultados⁽³⁰⁻³²⁾. ¿Cuál es el motivo de esto? Seguramente la accesibilidad. Si pones en el buscador Google algo así como: “mi hijo duerme mal” o “mi hijo no quiere dormir”, lo primero que sale son foros sin una base científica, en los que los padres dan su opinión. En este caso podría considerarse una desventaja el fácil acceso que se tiene hoy en día a la información porque, como se ha podido observar, en muchas ocasiones se obtiene información errónea.

Está claro que el no poder dormir bien puede llevar a una situación de estrés generalizado en la familia, que repercute tanto en la salud física como en la psicológica de todos sus miembros, llevándoles a tomar medidas que en muchas ocasiones pueden ser erróneas, como por ejemplo, el seguir los consejos de unas madres que recomiendan la utilización de fármacos sin prescripción médica, algo que no debería ocurrir bajo ninguna circunstancia y por lo que, desde atención primaria, se debería hacer más hincapié en tratar los problemas del sueño de los niños de una forma más individualizada y dándole la importancia que merece⁽³⁰⁾.

Con todo esto no se pretende culpar a los profesionales de la salud de no dar información sobre este tema, pero hay padres que refieren acudir a los foros a pedir ayuda porque tras ir a hablar del tema con su pediatra o enfermera de pediatría se les dice que resulta normal que el niño se despierte por la noche, que hay que aguantar, y que en un breve tiempo estos episodios cesarán, con lo que los pacientes no se sienten realmente comprendidos^(31,32). Esto efectivamente es común en muchos niños y con el paso del tiempo lo normal es que los episodios cedan, pero ante la desesperación de los padres

puede que sea necesario dar algo más de información. Es por ello que aquí cobra valor el papel de enfermería. Los profesionales de enfermería podrían jugar un papel importante asesorando sobre los trastornos y apoyando a las familias cuando estas acuden a las consultas programadas, pues tienen una mayor accesibilidad que los pediatras y poseen los conocimientos necesarios para dar respuesta a este tipo de problemas cuando se presentan.

6. CONCLUSIONES

1. El sueño es una necesidad fisiológica del ser humano que resulta imprescindible para que se produzca un equilibrio en la salud física y psicológica^(1,2).
2. Los trastornos del sueño en el niño son un problema de importancia en la sociedad actual, afectando a una media de un 30% de la población infantil⁽⁴⁾.
3. Es importante saber diferenciar si se trata solamente de un problema de insomnio derivado de una higiene del sueño inadecuada o se trata de una patología más importante, como puede ser, por ejemplo, el SAHS o los movimientos rítmicos relacionados con el sueño entre otros.
4. Las alteraciones del sueño, si no se tratan, pueden producir con el tiempo problemas tanto psicológicos como físicos en el niño, por lo que es importante tratarlos cuanto antes. Además, también repercuten en la salud de los padres, ya que si el niño no duerme ellos tampoco y el cansancio hace que puedan estar más irascibles y con las defensas más bajas⁽²⁰⁻²³⁾.
5. No se han encontrado estudios o artículos que respalden la existencia de diferencias en el sueño de los niños de madres primerizas y los de madres con más niños, solo que las primíparas son más inexpertas en todos los aspectos del niño y se cuestionan con más frecuencia⁽²⁴⁾.
6. No existe un método universal para tratar los problemas del sueño, si no que se llevarán a cabo distintas acciones en función de la edad y del trastorno del niño.
7. Existen múltiples técnicas, de distintas corrientes, que proporcionan pautas para manejar el sueño del niño. De esta forma se da la opción a las familias de mejorar el sueño de sus hijos empleando aquellas que más vayan con su forma de ser y de pensar.
8. En la actualidad, por su repercusión social, cabe destacar el método del Dr. Estivill, que consiste en la educación del sueño del niño a través de modelos conductuales y los métodos recomendados por el Dr. González y la Dra. Jové, basados en modelos naturistas, como unas de las técnicas más empleadas hoy en día^(33,34,36).
9. Se han encontrado estudios que respaldan la eficacia del método Estivill, pero no se han encontrado que respalden los otros métodos⁽³⁷⁾. Sería interesante la realización de un estudio a las familias para comprobar la eficacia de los métodos del Dr. González y la Dra. Jové, pues es utilizado por muchos padres y se podrían obtener resultados interesantes.
10. Los padres recurren, en muchas ocasiones, a foros sin una base científica en busca de respuestas ante la desesperación que les supone el mal dormir de sus hijos⁽³⁰⁻

³²⁾. Esto es así a pesar de existir foros en páginas web de sanidad en los que los profesionales de la salud responden a las distintas preguntas^(38,39).

11. Parece ser que existe una falta de información por parte de atención primaria en lo que respecta al tema del sueño en los niños a los padres⁽³⁰⁻³²⁾. Por ello sería conveniente que desde Atención Primaria se llevase a cabo un seguimiento más exhaustivo del sueño de los niños y se diesen una serie de pautas a los padres, en las primeras consultas, sobre cómo hacer frente a estas posibles situaciones. Para ello sería destacable la labor de enfermería.

7. AGRADECIMIENTOS

En primer lugar quiero dar las gracias a Maria Teresa Blázquez Antona, mi tutora del TFG, por el apoyo que me ha brindado a lo largo de la realización de este trabajo y por su inmensa dedicación y disponibilidad siempre que la he necesitado.

Agradecer también a mi familia, por los buenos consejos que me han dado y por su apoyo y preocupación durante este largo camino.

Por último agradecer a Sergio Sanz por su paciencia, su cariño y su ayuda, pues él ha sido mi gran pilar durante todo este tiempo.

8. BIBLIOGRAFÍA

1. Medina Cordero A, Feria Lorenzo D, Oscoz Muñoa G. Los conocimientos sobre el sueño y los cuidados enfermeros para un buen descanso. *Enfermería Glob* [Internet]. 2009;8(3):1-18. Disponible en: [https://digitum.um.es/xmlui/bitstream/10201/24401/1/Los conocimientos sobre el sueno y los cuidados enfermeros para un buen descanso..pdf](https://digitum.um.es/xmlui/bitstream/10201/24401/1/Los%20conocimientos%20sobre%20el%20sueno%20y%20los%20cuidados%20enfermeros%20para%20un%20buen%20descanso..pdf)
2. Pin-arboledas G, Lluch Rosello A. El sueño en el primer año de vida : ¿ cómo lo enfocamos ? *Pediatría Atención Primaria* [Internet]. 2011;20:101-11. Disponible en: http://www.pap.es/files/1116-1375-pdf/sem_01_c.pdf
3. Casassas R, Campos M., Jaimovich S. Prevención y cuidados de algunas enfermedades infantiles. En: Casassas R, Campos M., Jaimovich S, editores. *Cuidados básicos del niño sano y del enfermo*. 3ª Edición. Santiago de Chile: LIMUSA; 2010. p. 192-7.
4. Abad Sanz C, Díaz Gállego E, García San Román J, Hidalgo Vicario MI, Marín Orzanco P, Menchero Pinos F et al. *Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos del Sueño en la Infancia y Adolescencia en Atención Primaria*. Madrid; 2011.
5. Abad Sanz C, Díaz Gállego E, García San Román J, Hidalgo Vicario MI, Marín Orzanco P, Menchero Pinos F et al. *Aprendiendo a conocer y manejar los problemas de sueño en la infancia y en la adolescencia* . Madrid; 2012.
6. Anders TF. Pesadillas y otras alteraciones del sueño. En: Hoekelman R, Friedman S, Nelson N, Seidel H, Weitzman M, editores. *Atención Primaria en Pediatría*. 3ª Edición. Madrid: HARCOURT; 1999. p. 734-8.
7. Convertini G, Krupitzky S, Tripodi MR, Carusso LL. Trastornos del sueño en niños sanos. *Arch Argent Pediatr* [Internet]. 2003;101(2):99-105. Disponible en: <http://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2003/99.pdf>
8. Abad Sanz C, Díaz Gállego E, García San Román J, Hidalgo Vicario MI, Marín Orzanco P, Menchero Pinos F et al. El niño que no duerme. *Asoc Española Pediatría* [Internet]. 2015; Disponible en: <http://enfamilia.aeped.es/vida-sana/nino-que-no-duerme>
9. Instituto de Medicina del Sueño. El sueño crucial en la infancia [Internet]. 2014. Disponible en: <http://www.dormirbien.info/el-sueno-crucial-en-la-infancia/>
10. Gonzalez C. Por qué los niños son así. En: González C, editor. *Comer, amar, mamar*. 1ª Edición. Madrid: Temas de Hoy; 2009. p. 76-7.
11. R. Schultz J. Conducta respecto al sueño y a la hora de acostarse. En: Baker R, editor. *Manual de Asistencia Primaria en Pediatría*. 1ª Edición. Barcelona: Masson- Little, Brown S.A; 1997. p. 308-13.
12. Zuckerman B. Trastornos del sueño. En: Parker S, Zuckerman B, editores. *Pediatría del comportamiento y del desarrollo*. 1ª Edición. Barcelona: Masson- Little, Brown S.A; 1996. p. 368-74.
13. Iglowstein I, Jenni O, Molinari L, Largo R. Sleep duration from infancy to adolescence: reference values and generational trends. *Pediatrics*. 2003;111(2):302-7.
14. Villa Asensi J, González Álvarez M., Villalobos Pinto E. Síndrome de apneas hipopneas de sueño (SAHS) pediátrico : clínica y diagnóstico. *Rev Patol Respir* [Internet].

- 2006;9(1):53-6. Disponible en:
http://www.revistadepatologiaspiratoria.org/descargas/pr_9-s1_53-56.pdf
15. Mindell J, Owens J. A clinical guide to pediatric sleep. 2ª Edición. Philadelphia: Lippincott, Williams, & Wilkins; 2010.
 16. Zuckerman B, Stevenson J, Bailey V. Sleep Problems in Early Childhood: Continuities, Predictive Factors, and Behavioral Correlates. *Pediatrics* [Internet]. 1987;80(5):664-71. Disponible en:
http://pediatrics.aappublications.org/content/80/5/664.long?sso=1&sso_redirect_count=1&nfstatus=401&nftoken=00000000-0000-0000-0000-000000000000&nfstatusdescription=ERROR%3A+No+local+token
 17. Katarina S, Swanson M, Trevarthin G. Persistence of sleep disturbances in preschool children. *J Pediatr* [Internet]. 1987;110(4):642-6. Disponible en:
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0022347687805711>
 18. Richman N, Stevenson J, Graham P. Preschool to school: a behavioral study. Londres: Academic Press; 1982.
 19. Aldana A, Samudio G, Irala E, Rodas N. Trastornos del sueño: prevalencia en población pediátrica en edad preescolar y escolar de área urbana. *Pediatrics*. 2006;33(1):20-5.
 20. Juanes B, Ruiz-Canela J. Los trastornos del sueño durante la infancia pueden tener consecuencias emocionales y de conducta en la vida adulta. *Evidencias en pediatría* [Internet]. 2008;4(3):57. Disponible en:
[http://archivos.evidenciasenpediatria.es/files/41-10748-RUTA/Los trastornos del sueño durante .pdf](http://archivos.evidenciasenpediatria.es/files/41-10748-RUTA/Los%20trastornos%20del%20sue%C3%B1o%20durante%20.pdf)
 21. Sánchez-carpintero R. Trastornos del sueño en la niñez. En: Narbona García J, Casas Fernández C, editores. *Protocolos Diagnósticos y Terapéuticos en Pediatría*. 2ª Edición. Madrid; 2008. p. 255-61.
 22. Barrio A, Calvo C. Actuación ante un niño con fallo de medro. En: Peña Quintana L, Armas Ramos H, Sanchez-Valverde Visus F, Camarena Grande C, Gutiérrez Junquera C, Moreno Villares JM, editores. *Protocolos Diagnósticos y Terapéuticos en Pediatría*. 2ª Edición. Madrid: Ergón s.a; 2010. p. 67-75.
 23. Asociación Española del Sueño. Insomnio en los niños [Internet]. 2013. Disponible en: <http://asencarco.es/insomnio-en-los-ninos/>
 24. Lezeidarís. 10 dudas de madres primerizas sobre el sueño del bebé [Internet]. Baby Center. 2017. Disponible en: <https://espanol.babycenter.com/blog/mamas/10-dudas-de-madres-primerizas-sobre-el-sueno-del-bebe/>
 25. Trenchi N. Mucho, poquito o nada. 1ª Edición. UNICEF. Uruguay; 2011.
 26. Pin Arboledas G. El sueño del niño y sus condicionantes: un concepto más amplio del dormir. *Pediatría al día* [Internet]. 2016;1. Disponible en:
https://www.researchgate.net/publication/311948452_EL_SUENO_DEL_NINO_Y_SUS_CONDICIONANTES
 27. Pin Arboledas G, Cubel Alarcón M, Morell Salort M. Particularidades de los trastornos del sueño en la edad pediátrica. :1-28. Disponible en:

<http://www.aepap.org/gtsiaepap/gtsueno/evolparas.pdf>

28. Sans O. Trastornos del sueño frecuentes en pediatría: síndrome de piernas inquietas y trastornos del movimiento durante el sueño. *An Pediatría Contin* [Internet]. 2010;8(3):135-8. Disponible en: http://apps.wl.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=80000556&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=51&ty=87&accion=L&origen=apccontinuada&web=www.apcontinuada.com&lan=es&fichero=v8n3a456pdf001.pdf&anuncioPdf=ERROR_publici_pdf
29. Rosenstein B, Fosarelli P. Trastornos Frecuentes de la Conducta. En: Rosenstein B, Fosarelli P, editores. *Manual del pediatra práctico*. 3ª Edición. Madrid: HARCOURT BRACE; 1998. p. 27-56.
30. Alba Lactancia Materna [Internet]. Disponible en: <http://www.albalactanciamaterna.org/foro/discussions/p1>
31. En femenino [Internet]. Disponible en: <http://maternidad.enfemenino.com/foro/all>
32. Planeta mamá [Internet]. Disponible en: <http://www.planetamama.com.ar/foro/>
33. Carlos González. *Bésame mucho*. 2ª Edición. Barcelona: Temas de Hoy; 2012.
34. Estivill E, De Béjar S. *Duérmeme niño*. Barcelona: DEBOLSILLO; 2009.
35. Estivill E. Conceptos prácticos en los trastornos del sueño de los niños. *Canar Pediátrica* [Internet]. 2012;37(2):70-2. Disponible en: <http://portal.scptfe.com/wp-content/uploads/2013/12/2012-2-1.a1.pdf>
36. Jové R. *Dormir sin lágrimas*. 1ª Edición. Madrid: La Esfera de los Libros; 2007.
37. Estivill Sancho E, Roure Miró N, Segarra Isern F, Albares Tendero J, Pascual Doménech M, Martínez C. Valoración del método Estivill: consecuencias a corto, medio y largo plazo. En: XVI Reunión Anual de la Asociación Ibérica de Patología del Sueño. 2007.
38. Málaga Guerrero S, Nieto García A, Malmierca Sánchez F, Carrasco Sanz Á, Rivera Luján J, Madero López L et al. Asociación Española de Pediatría [Internet]. 2013. Disponible en: <http://www.aeped.es/>
39. Cuervo Valdés JJ, Merino Moina M, Praena Crespo M, Valdivia Jiménez C. Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria [Internet]. 2000. Disponible en: <http://www.aepap.org/>
40. A.D.A.M [Internet]. 1990. Disponible en: <http://www.adam.com/>
41. Bousoño García C, Ramos E. Fallo de medro. *An Pediatría Contin* [Internet]. 2005;3(5):277-84. Disponible en: http://apps.wl.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=80000143&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=51&ty=16&accion=L&origen=apccontinuada&web=www.apcontinuada.com&lan=es&fichero=v3n5a143pdf001.pdf&anuncioPdf=ERROR_publici_pdf
42. Alonso Álvarez ML, Terán Santos J, Cordero Guevara JA, Navazo Egüia AI. Síndrome de apneas e hipopneas durante el sueño en niños. *Arch Bronconeumol*. 2006;42(Supl 2):47-53.

43. Gonsálvez P. Dormir con Estivill o con González. El País [Internet]. 1 de marzo de 2015; Disponible en: http://politica.elpais.com/politica/2015/03/01/actualidad/1425238832_152901.html
44. Mindell J, Kuhn B, Lewin D, Meltzer L, Sadeh A. Behavioral Treatment of Bedtime Problems and Night Wakings in Infants and Young Children. *Pediatr Sleep* [Internet]. 2006;29(10):1263-76. Disponible en: http://www.aasmnet.org/Resources/PracticeParameters/Review_NightWakingsChildren.pdf