

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE VALENCIA

“San Vicente Mártir”



VALORACIÓN DEL SUEÑO EN EL NIÑO PREESCOLAR

TRABAJO FIN DE GRADO PARA OPTAR AL TÍTULO DE

“GRADO EN MEDICINA”

Autora:

Lucía Bueno Martínez

Tutora:

Dra. Eva Carvajal Roca

Valencia, a 20 de mayo de 2024

AGRADECIMIENTOS

A mi tutora la Dra. Eva Carvajal, por su paciencia y dedicación. Gracias por ayudarme y guiarme durante la realización de este trabajo.

A Luis Robledo, por ayudarme con el análisis estadístico.

A mis padres, gracias por su apoyo incondicional, sus consejos y por convertirme en la persona que soy hoy en día. Sin vuestro esfuerzo el mío no hubiese sido posible.

A Gonzalo, por estar siempre a mi lado y apoyarme en los momentos más difíciles.

A mis doctoras, por acompañarme durante estos 6 años. Gracias a vosotras ha sido mucho más fácil.

ÍNDICE

1	RESUMEN	1
2	ABSTRACT	3
3	INTRODUCCIÓN	5
3.1	EL SUEÑO.....	5
3.1.1	<i>Crecimiento infantil y sueño</i>	5
3.1.2	<i>Fisiología del sueño</i>	6
3.1.3	<i>Higiene del sueño</i>	13
3.1.4	<i>Uso de pantallas y sueño</i>	14
3.2	TRASTORNOS DEL SUEÑO	17
3.2.1	<i>Concepto</i>	17
3.2.2	<i>Disomnias</i>	20
3.2.3	<i>Parasomnias</i>	24
4	HIPÓTESIS	29
5	OBJETIVOS	31
5.1	PRINCIPAL.....	31
5.2	SECUNDARIOS	31
6	MATERIAL Y MÉTODOS	33
6.1	DISEÑO DE CUESTIONARIO	33
6.2	RECOGIDA DE DATOS	37
6.3	CÁLCULO DEL TAMAÑO MUESTRAL	37
6.3.1	<i>Muestra</i>	37
6.4	ESTUDIO ESTADÍSTICO	38
6.5	NORMA ÉTICA	40
7	RESULTADOS	41
7.1	ANÁLISIS DESCRIPTIVO.....	41
7.1.1	<i>Datos sociodemográficos</i>	41
7.1.2	<i>Tipo de lactancia y entorno familiar</i>	44
7.1.3	<i>Hábitos de sueño</i>	47
7.1.4	<i>Alteraciones del sueño familiares</i>	53
7.2	ANÁLISIS MULTIVARIANTES	56
7.2.1	<i>Buena calidad de sueño</i>	56
7.2.2	<i>Buena higiene de sueño</i>	65

7.2.3	<i>Tipo de crianza</i>	84
8	DISCUSIÓN	89
9	CONCLUSIONES	99
10	ANEXOS	101
11	BIBLIOGRAFÍA	117

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Análisis descriptivo variables cualitativas de datos sociodemográficos...	42
Tabla 2. Análisis descriptivo variables cuantitativas de datos sociodemográficos.	43
Tabla 3. Análisis descriptivo variables cualitativas de tipo de lactancia y entorno familiar.	45
Tabla 4. Análisis descriptivo variables cuantitativas de tipo de lactancia y entorno familiar.	46
Tabla 5. Análisis descriptivo variables cualitativas de hábitos de sueño.	50
Tabla 6. Análisis descriptivo variables cuantitativas de hábitos de sueño.	53
Tabla 7. Análisis descriptivo variables cualitativas de alteraciones de sueño familiares.....	54
Tabla 8. Análisis descriptivo variables cuantitativas de alteraciones de sueño familiares.....	55
Tabla 9. Duración del sueño nocturno en días laborables en relación con los padres separados.	56
Tabla 10. Duración del sueño nocturno en días no laborables en relación con los padres separados.....	57
Tabla 11. Número de despertares nocturnos de media el último mes en relación con la asistencia al colegio.	59
Tabla 12. Número de despertares nocturnos de media el último mes en relación con el tipo de habitación en el momento habitual.	62
Tabla 13. Número de despertares nocturnos de media el último mes en relación con el hábito de lectura nocturno.....	64
Tabla 14. Duerme en la cama de los padres parte de la noche en relación con los padres separados.....	65
Tabla 15. Necesidad de la presencia de los progenitores para dormir en relación con los padres separados.	66
Tabla 16. Necesidad de la presencia de los progenitores para dormir en relación con la asistencia al colegio.	67
Tabla 17. Edad hasta la que durmió en la habitación de los padres en relación con la asistencia al colegio.	68

Tabla 18. Método para dormir actualmente en relación con el tipo de lactancia...	70
Tabla 19. Edad hasta la que durmió en la habitación de los padres en relación con el tipo de habitación en el momento actual.	77
Tabla 20. Necesidad de la presencia de los progenitores para dormir en relación con el número de despertares nocturnos de media el último mes.	81
Tabla 21. Tipo de lactancia materna exclusiva en relación con la convivencia familiar en la vivienda.....	84
Tabla 22. Tipo de lactancia materna exclusiva en relación con los padres separados.	85
Tabla 23. Tipo de alimentación desde el nacimiento en relación con la lactancia materna actualmente.....	86
Tabla 24. Tipo de alimentación desde el nacimiento en relación con el uso de la mama para dormir.	87

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Evolución del sueño a lo largo del tiempo.	11
Figura 2. Factores socioecológicos que contribuyen a los dominios de la salud del sueño pediátrico. Fuente: Meltzer, Williamson y Mindell 2021 (44).	12
Figura 3. Adaptación cultural del Brief Infant Sleep Questionnaire al español (BISQ-E).....	18
Figura 4. BEARS. Cribado de trastornos de sueño en la infancia.....	20
Figura 5. Duración del sueño nocturno en días laborables en relación con la posición en la familia.	58
Figura 6. Duerme siesta en relación con el cuidador habitual del menor.	60
Figura 7. Duración del sueño nocturno en días laborables en relación con el tipo de habitación en el momento habitual.	61
Figura 8. Duerme siesta en relación con el hábito de lectura nocturno.	63
Figura 9. Edad hasta la que durmió en la habitación de los padres en relación con el cuidador habitual del menor.....	69
Figura 10. Uso de aparatos electrónicos después de cenar en relación con el cuidador habitual del menor.....	71
Figura 11. Edad hasta la que durmió en la habitación de los padres en relación con el tipo de lactancia.....	73
Figura 12. Lugar en el que dormía en la habitación de los padres en relación con el tipo de lactancia.....	73
Figura 13. Necesidad de la presencia de los progenitores para dormir en relación con el tipo de lactancia.....	74
Figura 14. Hábito de lectura nocturno en relación con el tipo de lactancia.....	74
Figura 15. Duerme en la cama de los padres parte de la noche en relación con el tipo de habitación en el momento actual.	75
Figura 16. Uso de aparatos electrónicos después de cenar en relación con el tipo de habitación en el momento actual.....	76
Figura 17. Necesidad de la presencia de los progenitores para dormir en relación con la duración del sueño los días laborables.....	78
Figura 18. Intervalo de hora que se acuesta el niño (día laborable) en relación con la duración del sueño los días laborales.	79

Figura 19. Necesidad de la presencia de los progenitores para dormir en relación con la duración del sueño los días no laborales.	80
Figura 20. Intervalo de hora que se acuesta el niño (día no laborable) en relación con la duración del sueño los días laborales.....	80
Figura 21. Duerme en la cama de los padres parte de la noche en relación con si duerme siesta o no.	82
Figura 22. Hábito de lectura nocturno en relación con si duerme siesta.	83

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1. Encuesta Poblacional.	101
Anexo 2. Aprobación Comité de Ética de la Investigación de la Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir.....	109
Anexo 3. Autorización Hospital La Salud.	110
Anexo 4. Modelo hoja informativa a los participantes en el estudio.....	111
Anexo 5. Modelo Consentimiento Informado.	113
Anexo 6. Certificado de Validación del cuestionario por Comité de Expertos	114



1 RESUMEN

Hipótesis: Los niños preescolares presentan mala higiene y educación del sueño hecho que repercute en la calidad y duración del sueño en esta etapa de la vida.

Objetivos: Valorar el sueño de la población infantil comprendida de 3 a 5 años, analizar la calidad y la duración del sueño, conocer los factores externos que interfieren descanso de los niños y estudiar como influyen los tipos de crianza de los padres en el descanso de sus hijos.

Material y métodos: Estudio descriptivo transversal basado en una encuesta realizada a padres que acuden a la Consulta Externa de Pediatría del Hospital La Salud validada para un trabajo fin de grado durante el año 2024, comprendiendo los niños entre 3 y 5 años.

Resultados: La encuesta muestra como el 23% de los niños duerme más de 10 horas los días laborables y hasta el 30% los días no laborables. El 69% de los preescolares necesitan la presencia de sus padres para conciliar el sueño. Solo el 15% de los niños con lactancia materna exclusiva dormía en una cuna separada en la habitación de sus padres.

Conclusiones: Los niños de entre 3 y 5 años presentan una higiene del sueño deficiente que afecta negativamente a la calidad del sueño, con horas de sueño insuficientes en la mayoría de los casos. El dormir en la habitación de los padres repercute en la calidad e higiene de los niños, junto con la necesidad de la presencia de los padres para dormir o la visualización de pantallas antes de dormir. La lactancia materna exclusiva está relacionada con la frecuencia con la que duermen en la propia cama de los padre y con un mayor hábito de lectura nocturno.

Palabras clave: sueño, preescolar, higiene, desarrollo.





2 ABSTRACT

Hypothesis: Pre-school children present poor hygiene and sleep education, which has an impact on the quality and duration of sleep at this stage of life.

Objectives: To assess the sleep on children's population between 3 to 5 years old, analyse the quality and duration of sleep, find out factors that interfere with children's rest and study how the types of parental upbringing affect children's rest.

Material and methods: Cross-sectional descriptive study is based on a survey carried out on parents who attend the Pediatric Outpatient Clinic at Hospital La Salud, validated on a final degree project during the year 2024 in children between 3 to 5 years old.

Results: The survey shows how 23% of children sleep more than 10 hours on working days and, up to 30% on non-working days. 69% of preschool children need the presence of their parents to fall asleep. Only 15% of exclusively breastfeeding children slept in a separate crib in their parents' room.

Conclusion: Children between 3 to 5 years old have poor sleep hygiene that negatively affects their quality of sleep, as well as insufficient hours of sleep in most cases. Sleeping in the parents room has an impact on the quality and hygiene of children, along with the need for the parents' presence to sleep or the use of screen before going to sleep. Exclusive breastfeeding is related to the frequency with which they sleep on their parents own bed and to a greater habit of reading at night.

Keywords: sleep, preschooler, hygiene, development.





3 INTRODUCCIÓN

3.1 EL SUEÑO

El sueño es un estado fisiológico reversible y cíclico, que se caracteriza por una inacción relativa, con ausencia de movimientos voluntarios y aumento del umbral de respuesta a estímulos externos. Es una conducta observable, diferente de la vigilia, con la que está íntimamente relacionado, expresando distintos tipos de actividad cerebral. Los dos estados se integran en un conjunto funcional denominado ciclo vigilia-sueño, cuya aparición rítmica es circadiana y resultado de la interacción de diferentes áreas a nivel del troncoencéfalo, diencefalo y corteza cerebral. (1)

3.1.1 Crecimiento infantil y sueño

Mejorar y apoyar la salud y bienestar de los niños, sobre todo en menores de 5 años, es fundamental para promover resultados positivos a lo largo de la vida. En esta promoción de salud debemos de prestar atención al sueño infantil ya desde el nacimiento. (2) Esto se ha valorado en numerosos estudios que demuestran que un sueño adecuado en niños se asocia con una mejor atención, comportamiento, funcionamiento cognitivo, regulación emocional y salud física. (3)

La Academia Estadounidense de Pediatría (AAP) recomienda que el sueño saludable se incluya como parte preventiva en las visitas de control infantil durante todo el desarrollo para evitar los problemas de sueño en la primera infancia. (4)

El sueño infantil sufre una serie de variaciones con el crecimiento y desarrollo y se cree que los cambios en los patrones de sueño reflejan el desarrollo neurológico. Un ejemplo de esto puede ser el cese de las siestas, en los niños en edad preescolar la disminución de las siestas se ha asociado con un mayor vocabulario y una mejor memoria tras los intervalos de vigilia. (5) Se ha estudiado que este desarrollo cognitivo puede estar relacionado con la maduración de estructuras cerebrales relacionadas con la memoria como es el hipocampo. Los niños de entre 2 y 6 años que siguen durmiendo siestas muestran un volumen mayor en el



hipocampo, lo que puede indicar redes neurológicas más inmaduras, frente a los que han dejado de dormirla de forma natural. (6)

Es importante que como pediatras eduquemos a los padres y familias a tener una buena higiene de sueño de sus hijos ya que los trastornos del sueño, especialmente en las primeras etapas de la vida, pueden afectar en todos los aspectos de la salud, como el desarrollo neurológico, el bienestar emocional y el crecimiento general. (7) La falta de descanso en los niños repercute en diversos aparatos, especialmente en el ámbito cardiovascular, donde se establece una conexión entre la duración del sueño y la hipertensión. Se evidencia que un menor tiempo de sueño se asocia con un incremento en el riesgo de hipertensión, especialmente cuando la duración es inferior a 5 horas. (8) A nivel metabólico, se observa que el corto período de sueño guarda relación con el sobrepeso y la obesidad, especialmente en niños más pequeños. Además, esta carencia de sueño se vincula con parámetros analíticos como el apetito y el metabolismo de la glucosa y la insulina. En el ámbito de la salud mental, los menores de 12 meses que duermen menos de 13 horas al día presentan un aumento en el riesgo de padecer problemas de salud mental en el futuro.

Para lograr un rendimiento óptimo, se establece la recomendación de al menos 11 horas de sueño en lactantes y 10 horas en preescolares. Estos hallazgos apoyan la importancia de un adecuado descanso en la infancia para promover la salud integral y prevenir posibles complicaciones a lo largo del desarrollo. (9)

3.1.2 Fisiología del sueño

El sueño se trata de un proceso complejo regido por la interacción del proceso circadiano, un reloj interno que dicta los períodos de vigilia y sueño basándose en un ciclo de luz y oscuridad, y el proceso homeostático, en el que la necesidad de dormir aumenta durante las horas de vigilia y se alivia con el sueño, mitigados por influencias genéticas y ambientales. (10)

El ritmo circadiano es en realidad de aproximadamente 25 horas en ausencia de sincronización con las señales del entorno. Por lo que el ritmo circadiano endógeno se sincroniza diariamente al ritmo de 24 horas de los entornos externos mediante



agentes sincronizadores, como la luz, la actividad física, los comportamientos sociales y la melatonina. (11)

El proceso homeostático constituye, junto con el ritmo circadiano y la edad, otro mecanismo regulador del sueño. (12) Se trata del encargado de compensar la pérdida de sueño durante las horas de vigilia, prolongando el sueño posterior. En las primeras horas después de la privación de sueño, este aumenta por encima de los niveles básicos correspondientes del día anterior. Se cree que este aspecto homeostático es uno de los principales procesos reguladores del sueño. (13)

El *Gold Standard* para la evaluación del sueño es la polisomnografía (PSG), que incluye registros electrofisiológicos de la actividad cerebral (EEG), la actividad muscular (EMG) y los movimientos oculares (EOG). (14)

Durante el sueño, un ritmo ultradiano determina el momento y la duración de los estados de sueño. El ritmo ultradiano se refiere a la alternancia de dos tipos distintos de sueño, es decir, el sueño con movimientos oculares no rápidos (NREM) y el sueño con movimientos oculares rápidos (REM) durante todo el período de sueño. Cada tipo está asociado con niveles distintivos de excitación, respuesta autónoma, actividad cerebral y tono muscular. (15, 16)

- El sueño REM se caracteriza por movimientos oculares rápidos y sincrónicos bilaterales, ondas cerebrales de actividad rápida de bajo voltaje, tono muscular suprimido y aumento de la frecuencia cardíaca y respiratoria. Por el contrario, el sueño NREM se caracteriza por la ausencia de movimientos oculares rápidos, actividad muscular tónica y frecuencia cardíaca y respiratoria regulares. (17)
- El sueño profundo no REM se caracteriza por "ondas lentas" en el electroencefalograma (EEG), que reflejan un modo de activación sincrónica de las neuronas talamocorticales. (15) El sueño NREM a su vez se subdivide en etapas 1, 2, 3 y 4. La etapa 1 se trata de la transición entre la vigilia y el sueño, en el EEG se pueden observar ondas alfa rápidas, disincrónicas y de bajo



voltaje. (18, 19) Seguida comienza la etapa 2, esta se caracteriza por la aparición de ondas de baja amplitud y frecuencia mixta denominados husos del sueño y complejos K, identificables en el EEG. Los husos del sueño son breves estallidos de actividad cerebral en un rango de 11 a 16 Hz y duran entre 0,5 y 2,5 segundos. Los complejos K son difásicos, de alta amplitud y de una duración aproximada de 0,5 segundos. (20) Las etapas 3 y 4 se combinan en el llamado sueño de ondas lentas (SWS), se trata de la etapa de sueño profundo. Se identifica por una preponderancia de oscilaciones corticales de alta amplitud y baja frecuencia (1 a 4 Hz) en EEG. (21)

Estas etapas se van sucediendo durante la noche formando la arquitectura propia del sueño. Esta arquitectura en adultos jóvenes comienza con el sueño NREM progresando desde la primera etapa hasta la última, durando entre 70 y 100 minutos. Esta serie puede ir sucediéndose una o dos veces hasta pasar al primer sueño REM de la noche. (22, 23) Estos ciclos se repiten de forma que la duración de la fase NREM va disminuyendo y la REM va aumentando, incluyendo entre estos breves periodos de despertar. (24) Esto hace que el sueño NREM predomine durante la primera mitad de la noche mientras que en la segunda mitad de la noche se impone el sueño REM. (25)

Los ciclos de sueño se establecen desde el útero, siendo el núcleo supraquiasmático el encargado de establecer el ritmo circadiano desde la mitad de la gestación. (26) Tras la semana 32 de gestación se comienzan a diferenciar fases en el sueño del feto: fase activa y fase tranquila. (27)

En el recién nacido se reconocen tres tipos de sueño: sueño tranquilo (precursor del NREM), sueño activo (equivalente al REM) y sueño indeterminado. El sueño tranquilo se caracteriza por movimientos musculares mínimos y ciclos respiratorios rítmicos. Durante el sueño activo, se observan movimientos de succión, espasmos, sonrisas, ceños fruncidos, respiración irregular y movimientos bruscos de las extremidades. (28) Como en los adultos estas fases se alternan durante la noche, sin embargo, en los recién nacidos cada ciclo dura unos 60 minutos. (29)



El sueño activo representa el 50 % del sueño al nacer, el 40 % entre los 3 y 5 meses y al año es el 25 a 30 % aproximadamente, ya cercano a los valores propios de los adultos. (30)

Los recién nacidos no tienen un ritmo circadiano establecido, sus patrones de sueño están distribuidos durante el día y la noche. Estos periodos de sueño son cortos por su gran frecuencia de lactancias. El ritmo circadiano se inicia alrededor de las semanas 10 y 12 de vida, el sueño se va haciendo progresivamente cada vez más nocturno. (31) Duermen entre 16 y 18 horas al día, pero de forma discontinua y el episodio de sueño continuo más largo dura sólo de 2,5 a 4 horas. (32)

Los bebés pasan hasta el 80% del día durmiendo, y la mayoría de los niños pequeños y preescolares pasan la mitad o más del día durmiendo. (33) A los 3 años, el niño ha pasado más tiempo durmiendo que en todas las actividades de vigilia combinadas. (34)

La arquitectura del sueño cambia a lo largo de la vida, sobre todo durante los primeros 5 años de vida. (35) Los niños de 2 a 3 años todavía muestran ciclos de 60 minutos aproximadamente. Sin embargo, a los 4 o 5 años la duración de estos aumenta hasta 90 minutos. (36)

Durante los primeros meses, la capacidad de retener calorías aumenta y la necesidad calórica y el crecimiento en relación con el tamaño disminuyen. Esto permite que los bebés consuman la cantidad de calorías adecuadas durante el día y requieran cada vez menos comidas nocturnas para mantener el crecimiento. Al mismo tiempo, los ritmos biológicos que contribuyen a la regulación del sueño también maduran, con una menor fragmentación del sueño y una mayor consolidación del sueño, lo que hace que los bebés sean capaces de dormir toda la noche. A los 6 meses, deben tener un sueño consolidado, con un período de sueño largo por la noche, que generalmente incluye de 0 a 2 tomas durante la



noche. (35) A los 12 meses, duermen de 14 a 15 horas por día, consolidando la mayor parte del sueño por la noche y durante una o dos siestas durante el día. (37)

Las siestas diurnas siguen siendo comunes durante los 12 – 24 meses de edad y complementan el periodo de sueño nocturno para satisfacer las necesidades totales de sueño del niño. El niño promedio de 1 a 2 años hace una o dos siestas. Estas siestas varían en duración y momento. Sin embargo, suelen ser breves y ocurren a media mañana y temprano en la tarde. (38)

Entre los 3 y 5 años comienzan a sufrir un cambio en el desarrollo y de sus patrones de sueño. Los niños pasan de un patrón de sueño bifásico, siesta a lo largo del día y el sueño nocturno, a un patrón monofásico, únicamente durmiendo durante la noche. (39) Primero se elimina la siesta de la mañana, posteriormente la de la tarde. A medida que disminuye el sueño diurno, el sueño nocturno total debería aumentar un poco en este grupo de edad, porque 1 hora de sueño diurno equivale aproximadamente a 1 hora de sueño nocturno. (40)

Buysse (2014) definió el sueño saludable como “un patrón multidimensional de sueño-vigilia, adaptado a las demandas individuales, sociales y ambientales, que promueve el bienestar físico y mental. Una buena salud del sueño se caracteriza por la satisfacción subjetiva, el momento adecuado, la duración adecuada, la alta eficiencia y el estado de alerta sostenido durante las horas de vigilia”. (41)

Un sueño saludable debe tener una adecuada duración, una hora de irse a dormir apropiada, una buena calidad y regularidad y la ausencia de cualquier tipo de alteración y trastornos. Puede medirse tanto de forma subjetiva como objetiva y se conoce que la salud del sueño puede ser diferente según las situaciones y los individuos. (42)

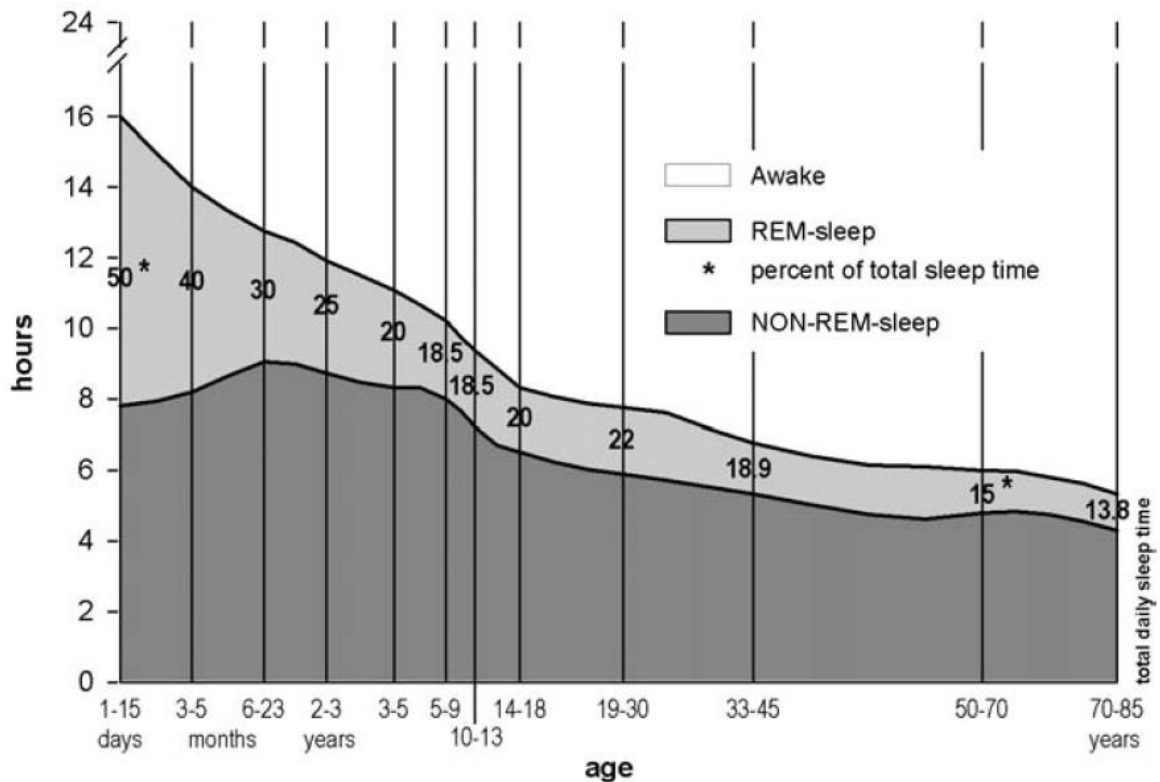


Figura 1. Evolución del sueño a lo largo del tiempo.

Fuente: Carter y Wrede 2017 (27).

Para una mejor prevención y detección de problemas relacionados con el sueño debemos tener en cuenta los factores socio-ecológicos. Estos factores incluyen el microsistema individual (factores biológicos y psicológicos), el mesosistema (crianza de los hijos, el contexto escolar, etc.) y el macrosistema (el entorno físico más amplio, políticas públicas, etc.). Por ejemplo, vivir en un vecindario desfavorecido o tener un nivel socioeconómico más bajo se ha asociado con un sueño pediátrico insuficiente y de mala calidad. (43) Podemos ver algunos ejemplos de estos factores que pueden interferir con un sueño saludable en la Figura 2. (44)

Múltiples estudios han asociado directamente la duración óptima del sueño con la salud psicológica, social, cognitiva, académica y física. Sin embargo, a diferencia de los adultos, las horas de sueño recomendadas cambian a lo largo del desarrollo. (44, 45)

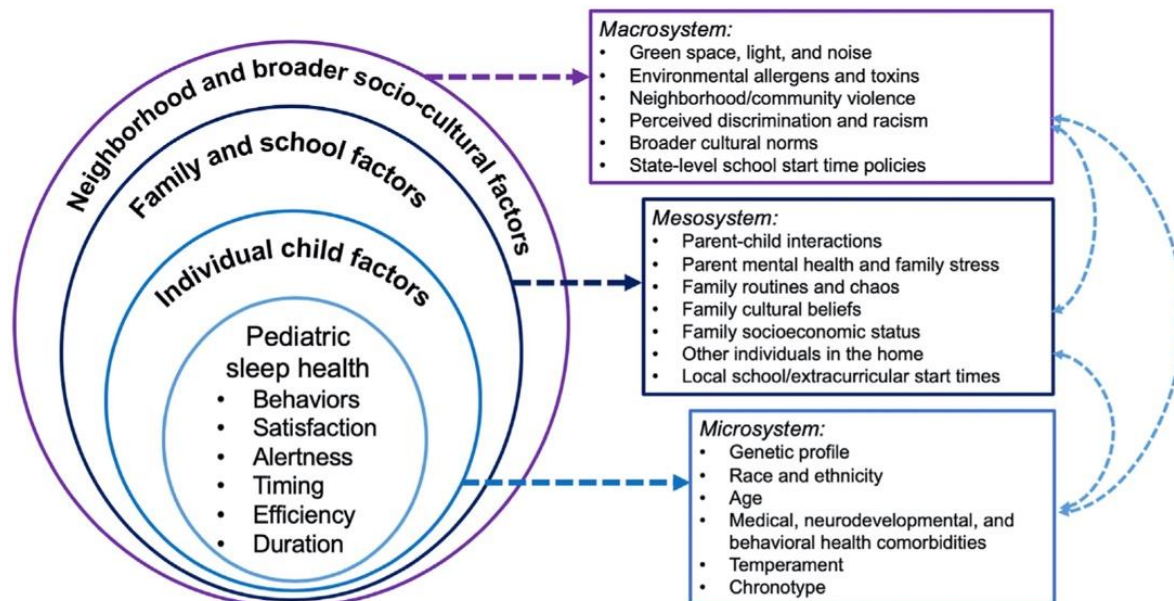


Figura 2. Factores socioecológicos que contribuyen a los dominios de la salud del sueño pediátrico. Fuente: Meltzer, Williamson y Mindell 2021 (44).

Las diferentes investigaciones dan diferentes datos y recomendaciones sobre cuáles son las horas adecuadas para cada rango de edad. Por ello la Academia Estadounidense de Medicina del Sueño ha establecido un consenso de las horas que deben dormir los niños cada día de forma regular para promover una salud óptima. Las recomendaciones son las siguientes:

- Lactantes de 4 meses a 12 meses: 12 a 16 horas cada 24 horas (incluidas las siestas).
- Lactantes de 1 a 2 años: 11 a 14 horas cada 24 horas (incluidas las siestas).
- Preescolares de 3 a 5 años: 10 a 13 horas cada 24 horas (incluidas las siestas).
- Escolares de 6 a 12 años: 9 a 12 horas cada 24 horas.
- Adolescentes de 13 a 18 años: 8 a 10 horas cada 24 horas. (46)

Otra medida importante es la eficiencia del sueño. Esta es la relación entre el tiempo que se duerme y el tiempo que se pasa en la cama intentando dormir, lo que representa la latencia del inicio del sueño y el despertar después del inicio del sueño. Un sueño deficiente altera el desarrollo neurológico y el sueño profundo, causando fatiga mental. (47) Los niños en edad preescolar y escolar alrededor del



25% experimentan problemas para conciliar el sueño y para permanecer dormidos, lo que suele conllevar una reducción de la duración del sueño. (48)

3.1.3 Higiene del sueño

La “higiene del sueño” desempeña un papel importante en el desarrollo del sueño y en los problemas relacionados con este, particularmente en la primera infancia. Facilita una buena calidad del sueño, una mayor duración de este y reduce la somnolencia durante el día. Una cuestión importante actualmente relacionada con la higiene del sueño es el acceso de los niños por la noche a dispositivos electrónicos como ordenadores, tabletas y teléfonos móviles, sobre lo cual profundizaremos más adelante. (49)

Es importante crear una buena “higiene del sueño”, esta incluye cambios que deben adoptar el niño y a su familia para fomentar un sueño de buena calidad y duración suficiente. (50)

La educación sobre el sueño se lleva a cabo con frecuencia en poblaciones pediátricas, aunque también se usan en adultos en algunos casos. Los métodos de cambio de comportamiento son intervenciones basadas en teorías conductuales, es decir, estrategias para mejorar el sueño aumentando ciertas asociaciones con el sueño. Ejemplos de esto pueden ser el uso de rutinas para la hora de acostarse, o no recompensar la búsqueda de atención y el llanto a la hora de acostarse. (51) Una rutina a la hora de acostarse se recomienda como parte de hábitos de sueño saludables, y más del 90% de los pediatras la recomiendan a los pacientes con dificultades para dormir. (52) Consiste en que los padres involucren a sus hijos para hacer las mismas actividades en el mismo orden todas las noches antes de apagar las luces. Se espera que esta rutina, similar a otras rutinas diarias, mejore el comportamiento y resulte en un mejor sueño. Además, algunos estudios han observado que las rutinas antes de dormir se asocian con menos interrupciones del sueño y un tiempo total de sueño más largo. (53)



Los horarios de sueño se refieren a la hora del día en la que se duerme. Se mide utilizando la hora de acostarse, la hora de levantarse y el punto medio del sueño. Este varía entre cada persona y se ve modificado según diversos factores que pueden ser intrínsecos (genética, edad, estado de salud, etc.) o extrínsecos (horario escolar, viajes, zona horaria, etc.). (54)

Existen muchas recomendaciones para mejorar el sueño de los niños, algunos de los más importantes son los siguiente:

- Diseñar su rutina de acostarse a una hora definida.
- Establecer horarios regulares de dormir.
- Cambios en el entorno del sueño, como un apropiado lugar donde iniciar el sueño.
- Limitar paulatinamente la actividad física de alta potencia dos horas antes de la hora de acostarse.
- Realizar actividad suave como una caminata o relajación antes de dormir.
- Intentar ver la televisión en una habitación distinta del dormitorio.
- Reducir el consumo de bebidas gaseosas o irritantes antes de acostarse o cambiarlo por líquidos más saludables.
- Ingerir productos lácteos unos 30 minutos antes de dormir.
- Evitar asociaciones ambientales y conductuales con el inicio del sueño (ser mecido para dormir, los padres acostados en la cama del niño hasta el inicio del sueño, amamantar hasta dormir, mirar televisión en la cama, etc.) (50, 55)

3.1.4 Uso de pantallas y sueño

El uso generalizado de dispositivos electrónicos portátiles y la normalización de las televisiones en los dormitorios va acompañado de una alta prevalencia de sueño insuficiente, que afecta a la mayoría de los adolescentes y al 30% de los niños pequeños, preescolares y escolares. Tres cuartas partes de los niños y adolescentes estadounidenses reportan la presencia de al menos un dispositivo con pantalla en su dormitorio, y aproximadamente el 60% reporta el uso regular de estos dispositivos durante la hora antes de acostarse. (56, 57)



El tiempo que los niños y jóvenes pasan delante de pantallas (como televisores, ordenadores, tabletas, consolas de juegos y teléfonos inteligentes) sigue aumentando. (58) Por ello, expertos como la Sociedad Canadiense de Fisiología del Ejercicio han publicado recomendaciones sobre el tiempo que deben pasar los niños expuestos a las pantallas. Estudios indican que los niños de entre 5 y 17 años no deberían pasar más de 2 horas al día y los preescolares no más de 1 hora al día, mientras que en los lactantes se debería evitar el uso de todo tipo de pantallas. (59)

Los mecanismos potenciales subyacentes al uso de pantallas y medios digitales incluyen los siguientes:

- Desplazamiento del tiempo, es decir, el tiempo pasado frente a las pantallas reemplaza el tiempo dedicado a hacer otras cosas, incluido dormir.
- Estimulación psicológica basada en contenidos mediáticos.
- Los efectos de la luz emitida por los dispositivos sobre el ritmo circadiano, la fisiología del sueño y el estado de alerta. (60)

El tiempo frente a la pantalla y la duración del sueño tienen implicaciones importantes para la salud y el bienestar de los niños. Estos hallazgos son preocupantes porque el nivel de uso de los medios, como el uso de ordenadores y visualización de la televisión entre los niños está aumentando. El aumento del tiempo frente a la pantalla entre los niños se asocia con un riesgo elevado de problemas de sueño posteriores, incluidos períodos de sueño más cortos, trastornos del sueño y despertares nocturnos frecuentes. Hay varias explicaciones generales para estos hallazgos, por ejemplo, según la hipótesis del desplazamiento, un mayor tiempo frente a las pantallas podría desplazar la duración del sueño directa o indirectamente al desplazar el tiempo dedicado a otras conductas que benefician el sueño como la actividad física). Además, debido a que el tiempo frente a una pantalla implica exposición a luz artificial, puede contribuir a una duración más corta del sueño al alterar los ritmos circadianos. (61, 62)



Otro hallazgo es que la duración del sueño se asoció inversamente con el tiempo posterior frente a la pantalla. Dormir menos podría promover el cansancio y la fatiga, podría reducir la motivación para realizar actividades más activas. Los niños que duermen poco pueden reflejar un problema de sueño subyacente, estos podrán llegar a adoptar conductas como ver la televisión o utilizar el ordenador como forma de afrontar la somnolencia y el cansancio, o incluso como forma de mejorar el sueño. (63)

Los primeros años son un período crítico en la vida para establecer comportamientos saludables, ya que el tiempo frente a la pantalla y la actividad física parecen seguir desde la infancia y la adolescencia y, en consecuencia, pueden influir en el sueño en etapas posteriores de la vida. (64) Por todo ello recomiendan que las habitaciones de los niños estén libres de cualquier dispositivo con pantalla y que los niños no deben tener acceso a ningún de estos 30 minutos antes de la hora de acostarse. Los padres pueden ayudar a establecer hábitos saludables y favorecer las medidas de higiene para un sueño saludable. (65)



3.2 TRASTORNOS DEL SUEÑO

3.2.1 Concepto

La prevalencia de trastornos del sueño en la infancia es alta, entre el 25 y 50% en preescolares y hasta el 40% en adolescentes. (66)

Existe una gran variedad de factores intrínsecos y extrínsecos que influyen en la presentación de los trastornos del sueño en el niño en desarrollo. El sueño infantil está influenciado por la edad gestacional, el entorno y las habilidades de crianza. Si a eso le sumamos la anatomía única de un bebé y un sistema nervioso inmaduro, el sueño infantil se convierte en una ciencia separada de la medicina del sueño. (67)

Para el diagnóstico de problemas del sueño en niños son útiles los cuestionarios estructurados. Estos facilitan el cribado y ayudan al diagnóstico. Dos ejemplos de estos cuestionarios usados para el cribado general son el BISQ (lactantes) y el BEARS (2 a 18 años). (68)

El cuestionario BISQ (Brief Infant Sleep Questionnaire) se usa para comprobar las rutinas para dormir y detectar problemas de sueño en lactantes. Fue creado por Sadeh, quien demostró que las medidas BISQ se correlacionaban significativamente con las medidas del sueño derivadas de la actigrafía y los diarios del sueño. La Figura 3 muestra el cuestionario. (69, 70)

Selecciona la respuesta que consideres más adecuada sobre vuestros hábitos y costumbres familiares durante las últimas dos semanas:

Nombre del entrevistado:

Fecha de hoy:

Especifica el vínculo con el niño/a: Padre Madre Abuelo/a Otros, especificar:

Nombre del niño/a: Fecha de nacimiento: Día: Mes: Año: Sexo del niño/a: Masculino Femenino

Orden entre los hermanos, si los tiene: Es el mayor Es intermedio Es el pequeño

Lugar donde duerme el niño/a:

Duerme en la cuna/cama, en una habitación

Duerme en la cuna/cama, en una habitación

independiente

compartida con otro hermano

Duerme en la cuna/cama, en la habitación de los

Duerme en la cama de los padres

padres

Otros, especificar:

¿Cuál es la posición en la que el niño/a duerme la mayor parte del tiempo?

Boca abajo De lado Boca arriba

¿Cuánto tiempo duerme el niño/a durante la NOCHE? (entre las 8 de la tarde y las 7 de la mañana)

Horas: Minutos:

¿Cuánto tiempo duerme el niño/a durante el DÍA? (entre las 7 de la mañana y 8 de la tarde) Horas: Minutos:

¿Cuántas veces se despierta durante la noche? (en promedio):

¿Cuánto tiempo pasa despierto durante la noche? (desde las 8 de la tarde y las 7 de la mañana)

Horas: Minutos:

¿Cuánto tiempo tarda en dormirse después de acostarse? Horas: Minutos:

¿Cómo consigues que se quede dormido/a?

Mientras come

En su cuna/cama, en habitación independiente

Meciéndole en la cuna o similar

En su cuna/cama, en la habitación de los padres

Meciéndole en brazos

En la misma cama de los padres

Sosteniéndole en brazos sin mecer

Otros: especificar

Entre semana: ¿Sobre qué hora suele quedarse dormido/a por la noche?

Horas: Minutos:

¿Consideras los hábitos de sueño del niño/a un problema?

Sí, un problema muy serio Sí, aunque es un problema menor No, no es un problema

Figura 3. Adaptación cultural del Brief Infant Sleep Questionnaire al español (BISQ-E)

Fuente: Cassanello 2018 (70)



La escala BEARS es una herramienta útil para el cribado de las alteraciones del sueño en niños de 2 a 18 años. Está estructurada en cinco áreas principales del sueño, cada área tiene una pregunta para cada grupo de edad.

- **B:** Problemas para acostarse (Bedtime problems).
- **E:** Excesiva somnolencia diurna (Excessive daytime sleepiness).
- **A:** Despertares durante la noche (Awakenings during the night).
- **R:** Regularidad y duración del sueño (Regularity and duration of sleep).
- **S:** Ronquidos (Snoring).

En la Figura 4 podemos ver las preguntas del cuestionario a realizar en la consulta. (71, 72)

	2- 5 años	6-12 años	13-18 años
1. Problemas para acostarse	- ¿Su hijo tiene algún problema a la hora de irse a la cama o para quedarse dormido?	- ¿Su hijo tiene algún problema a la hora de acostarse? (P). - ¿Tienes algún problema a la hora acostarte? (N)	- ¿Tienes algún problema para dormirte a la hora de acostarte? (N)
2. Excesiva somnolencia diurna	- ¿Su hijo parece cansado o somnoliento durante el día? - ¿Todavía duerme siestas?	- ¿Su hijo le cuesta despertarse por las mañanas, parece somnoliento durante el día o duerme siestas? (P) ¿Te sientes muy cansado? (N).	- ¿Tienes mucho sueño durante el día, en el colegio, mientras conduces? (N)
3. Despertares durante la noche	- ¿Su hijo se despierta mucho durante la noche?	- ¿Su hijo parece que se despierte mucho durante la noche? - ¿Sonambulismo o pesadillas? (P) - ¿Te despiertas mucho por la noche? (N) - ¿Tienes problemas para volverte a	- ¿Te despiertas mucho por la noche? - ¿Tienes problemas para volverte a dormir, cuando te despiertas? (N)

		dormir, cuando te despiertas? (N)	
4. Regularidad y duración del sueño	- ¿Su hijo se va a la cama y se despierta más o menos a la misma hora? - ¿A qué hora?	- ¿A qué hora se va su hijo a la cama y se despierta los días que hay colegio? - ¿Y los fines de semana? - ¿Vd. piensa que duerme lo suficiente? (P)	- ¿A qué hora te vas a la cama los días que hay colegio? - ¿Y los fines de semana? - ¿Cuánto tiempo duermes habitualmente? (N)
5. Ronquidos	- ¿Su hijo ronca mucho por las noches o tiene dificultad para respirar?	- ¿Su hijo ronca fuerte por las noches o tiene dificultad para respirar? (P)	- ¿Su hijo ronca fuerte por las noches? (P)

Figura 4. BEARS. Cribado de trastornos de sueño en la infancia.

Fuente: Martínez Cayuelas 2020 (71)

(P): preguntas dirigidas a los padres, (N): preguntar directamente al niño.

3.2.2 Disomnias

Las disomnias se definen como la dificultad para iniciar el sueño y/o despertares nocturnos frecuentes. Estas son las quejas de sueño más comunes entre los padres de niños pequeños, con estimaciones entre el 6,5 % y el 36 % de los niños hasta los 6 años. Ocurren aproximadamente de cinco a ocho veces por noche, al final de cada ciclo de sueño. La diferencia entre los niños que “duermen bien” y duermen toda la noche y los que “duermen mal” y se despiertan con frecuencia es la capacidad de autocalmarse después de despertarse. Aunque estos problemas relacionados con el sueño generalmente se consideran apropiados para el desarrollo y generalmente disminuyen con la edad, los estudios sugieren que pueden persistir durante toda la infancia y pueden estar asociados con resultados de salud adversos.



Se ha demostrado que las disomnias están asociadas con una cantidad y calidad reducidas del sueño en niños y adolescentes de 0 a 12 años, más problemas emocionales y de conducta especialmente entre los 2 y 5 años, menor calidad de vida relacionada con la salud entre los 4 y 5 años, disminución de la actividad funcional durante el día de los 5 a 12 años. Al mismo tiempo, se ha informado que los padres también pueden experimentar una menor calidad del sueño, mayores niveles de estrés parental, angustia y mala salud mental cuando su hijo no duerme bien. (73)

Insomnio

La Clasificación Internacional de los Trastornos del Sueño en su tercera edición describe las características clínicas asociadas al insomnio infantil bajo la categoría diagnóstica de trastorno de insomnio crónico. Define el insomnio crónico como aquel que ocurre al menos 3 veces por semana y está presente durante al menos 3 meses. Incluyó varias subcategorías de insomnio propias de la población pediátrica, y aunque ya no figuran como diagnósticos formales, los subtipos de insomnio conductual infantil, asociación con el inicio del sueño y establecimiento de límites siguen siendo un recurso útil en la práctica clínica. (74)

El insomnio no es una enfermedad en sí misma, si no que se trata de un síntoma resultante de muchas causas posibles. Estas causas pueden ser médicas o conductuales, siendo en muchas ocasiones una combinación de ambas. Las causas médica pueden ser, entre muchas otras, farmacológicas o dolor. Mientras que las conductuales estas asociadas a la falta de un horario de sueño regular, asociaciones negativas con el inicio del sueño u otras de las causas de mala higiene del sueño que hemos visto anteriormente.

Las manifestaciones más frecuentes del insomnio infantil, especialmente en los niños más pequeños, son el rechazo o los problemas a la hora de acostarse, la dificultad para conciliar el sueño después de apagar las luces o los despertares nocturnos frecuentes que requieren la intervención de los padres. (75)



El tipo de insomnio conductual infantil de establecimiento de límites se caracteriza por dificultades a la hora de acostarse e implica una serie de conductas dilatorias (necesidad de otra historia, un abrazo, un biberón, etc.). También puede presentarse principalmente como despertares nocturnos si los padres no pueden o no quieren establecer límites apropiados con respecto a permanecer en la cama durante la noche. En muchos casos, esto puede conducir a una reducción del tiempo total de sueño como resultado de un inicio tardío del sueño. Si cada padre responde de manera diferente o hay alguna variabilidad en el grado y tipo de establecimiento de límites aplicados de noche en noche, esta irregularidad refuerza el comportamiento negativo que los padres desean cambiar. (76)

Apnea obstructiva del sueño (AOS)

La AOS se describe como una obstrucción prolongada e intermitente de las vías respiratorias superiores durante el sueño que produce hipoxia, hipercapnia y sueño fragmentado. El ronquido primario se encuentra en el extremo más leve del espectro y se define como ronquido habitual sin eventos respiratorios, anomalías en el intercambio de gases o evidencia de interrupción del sueño. La prevalencia de ronquidos en niños oscila entre el 5 y el 12%, de los cuales el 5% tiene AOS. (77)

Puede estar asociada con obesidad, exceso de tejido blando en las vías respiratorias superiores, disminución del tamaño de la luz de las vías respiratorias superiores o insuficiencia de los músculos dilatadores faríngeos. Sin embargo, en los niños, la obstrucción se debe principalmente al agrandamiento de las amígdalas y adenoides, siendo el tratamiento de elección la amigdalectomía en estos niños. El inicio suele ocurrir entre los 2 y los 8 años, coincidiendo con el crecimiento máximo de las amígdalas, pero la afección puede manifestarse a cualquier edad.

Otros síntomas comunes incluyen posiciones inusuales para dormir (cuello hiperextendido o sentado con la boca abierta), respiración paradójica relacionada con el sueño, diaforesis o enuresis nocturna, dolores de cabeza matutinos y somnolencia diurna excesiva. Sin embargo, los niños tienen menos probabilidades



que los adultos de presentar somnolencia diurna. Es más probable que la somnolencia en los niños se manifieste como un estado de ánimo deprimido, falta de concentración, disminución de la atención o problemas de comportamiento. (78)

Narcolepsia

La narcolepsia se caracteriza por somnolencia irresistible, sueños vívidos al inicio del sueño (alucinaciones hipnagógicas), parálisis momentánea al inicio del sueño, sueño nocturno fragmentado y atonía abrupta del tono muscular desencadenada por emociones como la risa, el miedo o la sorpresa (cataplexia). Los síntomas de la narcolepsia son el resultado de una alteración de los mecanismos clave de excitación y de la intrusión del sueño REM en la vigilia. Aproximadamente un tercio de las personas con narcolepsia comienzan antes de los 15 años. (79)

Síndrome del sueño insuficiente

El síndrome de sueño insuficiente surge cuando un niño regularmente no logra dormir la cantidad de tiempo adecuada para mantenerse despierto durante el día. El período de sueño habitual del niño es más corto de lo previsto por las normas basadas en la edad, y el niño puede experimentar somnolencia diurna u otros comportamientos indicativos de pérdida de sueño en un niño como problemas de atención y concentración, irritabilidad e hiperactividad.

Es difícil determinar cuánto sueño necesita cada niño, por lo que nos podemos basar en función de algunos factores como que concilien el sueño fácilmente por la noche (menos de 20 minutos), que se despierten fácilmente a su hora habitual y que no necesiten dormir siestas durante el día (los niños que por desarrollo ya no deban dormirlas). (80)

Trastorno del ritmo circadiano

La característica esencial de los trastornos del ritmo circadiano es un patrón persistente o recurrente de alteración del sueño, debido principalmente a alteraciones en el sistema circadiano o desincronización entre el ritmo circadiano endógeno y factores exógenos que afectan el momento o la duración del sueño.



Existen seis tipos reconocidos en la Clasificación Internacional de los Trastornos del Sueño, a saber:

1. Tipo de fase de sueño retrasada.
2. Tipo de fase de sueño avanzada.
3. Tipo de fase de sueño-vigilia irregular.
4. Tipo de fase libre- tipo de carrera.
5. Tipo de desfase horario.
6. Tipo de trabajo por turnos. (81)

La investigación clínica ha demostrado que la prevalencia está aumentando entre niños sanos y con un desarrollo típico debido a una combinación de cambios en el estilo de vida y una mayor exposición a la luz. (82)

3.2.3 Parasomnias

Las parasomnias son un grupo de conductas indeseables que ocurren durante el sueño o que se exacerban durante el sueño. Consisten en movimientos, comportamientos, emociones, percepciones, sueños y funcionamiento anormales del sistema nervioso autónomo relacionados con el sueño. Estas están causadas por trastornos de la excitación, la excitación parcial y la transición entre la etapa del sueño, muchas son manifestaciones de activación del sistema nervioso central.

Dependiendo del momento de sueño en el que ocurran, se pueden dar diferentes trastornos. Las parasomnias del sueño NREM generalmente ocurren en la transición de las etapas más profundas a las más ligeras del sueño, aproximadamente 2 a 3 horas después del inicio. El niño se despierta agitado y confundido o camina dormido, sin recordar lo ocurrido a la mañana siguiente. La mayoría se resuelven espontáneamente en cuestión de meses. Algunas de las que se dan durante el sueño NREM son sonambulismo, despertares confusionales y terrores nocturnos. Mientras que las parasomnias durante el sueño REM generalmente se observan por la mañana temprano, cuando el sueño REM es más frecuente, estas incluyen las pesadillas. Por último, tenemos el trastorno de movimientos rítmicos que se puede dar en cualquier momento de la noche.



Las parasomnias suelen aparecer junto con otros trastornos del sueño, como el síndrome de apnea obstructiva del sueño. No es raro que ocurran varias parasomnias en un paciente. (79, 83, 84)

Sonambulismo

El sonambulismo se trata de una serie de comportamientos complejos que se producen a partir de despertares repentinos del sueño de ondas lentas y dan como resultado un comportamiento de caminar durante un estado de conciencia alterada. (85)

Durante un episodio, el niño levanta repentinamente la cabeza, abre los ojos y mira a su alrededor con confusión. Puede sentarse en la cama, gritar, hablar, levantarse, caminar, correr, enviar mensajes, buscar en cajones o manipular objetos como si estuviera despierto. También tiene riesgos asociados a la conducta, como salir a la calle, manipular objetos punzantes o lanzar objetos entre otros. Esto tiene consecuencias en la calidad de vida cotidiana produciendo somnolencia, fatiga, insomnio, ansiedad y depresión. (86, 87)

Se dan principalmente durante el primer tercio de la noche. Los episodios son generalmente breves, de unos pocos minutos. Es frecuente la amnesia después del episodio, pero a veces recuerdan que "han hecho algo". Hasta el 14% de los niños caminan sonámbulos, y entre el 2 y el 4% de los adultos, en su mayoría adultos jóvenes que a menudo caminaban sonámbulos cuando eran niños y todavía deambulan o gritan regularmente por la noche. (86, 88)

Terrores nocturnos

Los terrores nocturnos es un trastorno del sueño común en la infancia caracterizado por episodios de despertar parcial repentino del sueño de ondas lentas. Generalmente acompañados de manifestaciones de miedo intenso en el comportamiento, como un llanto o un grito desgarrador, y en el sistema nervioso autónomo, aumento de la frecuencia cardíaca, sudoración y respiración rápida. (89) Estos suelen ser más angustiantes y aterradores para los padres o para los demás



miembros de la familia que para el niño que los experimenta, ya que pueden causar un deterioro social, ocupacional u otras áreas importantes del funcionamiento.

Suelen afectar a niños de entre 4 y 12 años con una frecuencia máxima entre los 5 y 7 años. Rara vez aparece después de la pubertad y, en este caso, tiende a persistir hasta la edad adulta. La naturaleza limitante de la enfermedad está relacionada con los cambios en la estructura del sueño con la edad. La elevada cantidad de sueño de ondas lentas en la edad preescolar y escolar podría representar un factor predisponente para su aparición. (90, 91)

Despertares confusionales

Los despertares confusionales se definen como conductas de confusión durante o después de despertares del sueño, típicamente del sueño de ondas lentas en la primera parte de la noche. Característicamente se despiertan con desorientación, habla lenta, disminución de la capacidad mental y capacidad de respuesta lenta. Los comportamientos pueden ser simples y breves o complejos y prolongados, pero a veces implican agresividad y violencia. Su fisiopatología consiste en una predisposición genética y agregación familiar, unidos a factores predisponentes y precipitantes como el estrés, estímulos ambientales o estímulos endógenos. (92, 93)

Pesadillas

Las pesadillas son sueños aterradores que normalmente despiertan durante el sueño REM. Por lo general, implican un episodio de despertar repentino del sueño, con ansiedad intensa o miedo a sufrir daño. Una manera de distinguir las pesadillas de los terrores nocturnos es que, al despertar, el niño suele estar alerta y con poca confusión o desorientación. Además, la mayoría de los niños buscan que sus padres los tranquilicen, describen detalles vívidos de las imágenes aterradoras y tienen dificultades para volver a dormir.



El enfoque clínico para los niños que experimentan pesadillas ocasionales, generalmente no implica más que educarles en que las pesadillas son una parte inevitable del crecimiento y asegurarles que no necesariamente significan un trastorno emocional. Las pesadillas que ocurren con frecuencia o cuyo contenido es extremadamente perturbador pueden requerir atención profesional. (94)

Trastorno de movimientos rítmicos

Los movimientos rítmicos de la cabeza, el cuello y el tronco relacionados con el sueño, como golpear la cabeza, balancear el cuerpo o girar la cabeza, son comunes en los niños pequeños. La prevalencia de estos movimientos rítmicos es del 33 % en niños de 18 meses. Si estos movimientos afectan considerablemente al sueño normal, a la función diurna o provocan autolesiones, se clasifican como un trastorno del movimiento rítmico.

El movimiento rítmico más común observado es balancear el cuerpo (43%), seguido de girar la cabeza (24%) y luego golpearse la cabeza (22%). El inicio de estos movimientos rítmicos suele ser antes del primer año de vida, y el balanceo del cuerpo, los golpes y movimientos de la cabeza comienzan aproximadamente a los 6, 9 y 10 meses, respectivamente.

La mayoría de estos episodios ocurren al inicio del sueño y durante el sueño NREM (etapas 1 y 2), pero a veces también se pueden observar durante el sueño REM. Por lo general, no se altera el sueño y es poco probable que se produzcan lesiones importantes. En raras ocasiones, en los casos en que estos movimientos rítmicos persisten hasta la adolescencia o la edad adulta, pueden estar asociados con el trastorno por déficit de atención/hiperactividad. (95)





4 HIPÓTESIS

El sueño es un proceso fisiológico, dinámico y reversible donde tiene lugar cambios de funciones corporales y de actividades importantes para el equilibrio psíquico y físico, durante el cual se producen modificaciones hormonales, bioquímicas, metabólicas imprescindibles para el buen funcionamiento durante el día.

Los problemas del sueño, especialmente en las primeras etapas de la vida, pueden afectar en todos los aspectos de la salud, como el desarrollo neurológico, el bienestar emocional y el crecimiento general.

Es importante que las familias tengan una buena “higiene del sueño”, para que el descanso nocturno sea de buena calidad y de duración suficiente para mejorar la memoria, la atención y la consolidación del aprendizaje, consiguiendo mejorar las estrategias cognitivas y la salud global de los niños.

Debido al cambios sociales acontecidos en los últimos años en hábito de vida y más aun con el uso de pantallas cada vez a menor edad el sueño de los niños se ha visto afectado tanto en cantidad como en calidad.

Por todo ellos la hipótesis de este trabajo es:

Los niños preescolares presentan mala higiene y educación del sueño hecho que repercute en la calidad y duración del sueño en esta etapa de la vida.





5 OBJETIVOS

5.1 PRINCIPAL

Valorar el sueño de la población infantil comprendida de 3 a 5 años.

5.2 SECUNDARIOS

- Analizar la calidad y la duración del sueño preescolar.
- Conocer los factores externos que interfieren con el correcto descanso de los niños.
- Estudiar como influyen los tipos de crianza de los padres en el descanso de sus hijos.



6 MATERIAL Y MÉTODOS

6.1 DISEÑO DE CUESTIONARIO

Se trata de un estudio descriptivo transversal realizado en base a un cuestionario validado integrado por un total de 70 preguntas. Dicho cuestionario ya está validado previamente por un panel de expertos y fue confeccionado para el trabajo de fin de grado de la facultad de medicina y ciencias de la salud por la alumna Alicia Desantes Nieto llamado “Impacto de la jornada laboral de los padres en los hábitos de sueño del niño menor de 6 años” dirigido por la Dra. Eva Carvajal Roca publicado en el 2023.

El componente general del cuestionario se subdivide en 5 apartados, en los cuales se pretende evaluar, la edad y el género del niño, los datos generales de convivencia familiar, los antecedentes de crianza y hábitos de sueño actuales, y las alteraciones del sueño familiares. Por otro lado, en un inicio se recabarán aquellos datos de filiación básicos (Anexo 1).

El cuestionario contiene preguntas de dos tipos: respuesta abierta (en la que el encuestado puede rellenar libremente el apartado), o preguntas de opción múltiple. Las preguntas de opción múltiple pueden comprender desde 2 hasta 6 opciones, siendo solo una opción certera y las demás falsas.

El primer apartado recoge la fecha en la que se realiza la encuesta, siendo esta un periodo comprendido entre el 1 de febrero y 30 de marzo del año 2024, evitando periodos los vacacionales para evitar las interferencia que pudieran ocasionar en el sueño.

En el apartado número 2 se pretenden recopilar los datos de filiación básicos de los pacientes, con su nombre, fecha de nacimiento, edad y género.

A continuación, el apartado 3 reúne los datos generales de convivencia familiar, así como las características de la jornada laboral del/de los progenitor/es. Dicho



apartado comprende de la pregunta 6 a la 34. Así pues, las preguntas 6-8 pretenden poner de manifiesto la convivencia familiar en la vivienda, pudiendo ser esta monoparental (1 progenitor), nuclear (2 progenitores), extensa (progenitor/es y otros familiares) o ensamblada (uno o ambos miembros de la actual pareja tiene uno o varios hijos de uniones anteriores). Cabe destacar que las familias ensambladas forman parte de nuestros criterios de exclusión. Por otro lado, se evalúa la situación de padres separados y, en caso afirmativo, si se encuentran en custodia compartida. Ambas preguntas se contestan son “sí” en caso afirmativo, y “no” en caso negativo. Las preguntas 9-34 valoran las características de la jornada laboral de uno del/de los progenitor/es, tanto su profesión como su horario.

En el apartado 4, denominado “Descriptivo de antecedentes de crianza y hábitos de sueño actuales”. En este bloque se pretende describir al menor en cuestión, especialmente sus hábitos y rutina del sueño y es sobre el que se basa el estudio de este trabajo. Consta de los siguiente bloques:

- Las preguntas 35-37 pretenden conocer la influencia del número de hermanos, el orden en la familia y la asistencia a la guardería o colegio, y su repercusión en el horario de sueño del niño.
- La pregunta 38 pone de manifiesto quién/es son el/los cuidadores habituales del menor, pudiéndose elegir entre tres opciones: Padres; Familiar cercano (abuelos, tíos ...); Persona externa a la familia (canguro).
- La pregunta 39 quién es el cuidador habitual del niño en caso de que los padres no estén presentes (dado que se presupone que los padres será la opción más escogida en la pregunta anterior), presentando dos opciones: Familiar cercano (abuelos, tíos ...); Persona externa a la familia (canguro).
- Las preguntas 40-44 abarcan la alimentación del menor desde su nacimiento, en concreto la lactancia materna. Todas ellas (a excepción de la número 41) son preguntas de opción múltiple en las cuales se indaga si el niño tomó lactancia materna, artificial o mixta; si actualmente toma lactancia materna; el tipo de lactancia materna (a demanda o reglada); y si se emplea o se empleó en el pasado la mama para dormir.



- La pregunta 41 es una pregunta abierta en la que se consulta la duración de la lactancia materna en meses. De esta manera, podemos reflejar la posible influencia de la lactancia materna en la rutina del sueño, los despertares nocturnos, el lugar en el que duerme/durmió en la habitación de los padres y la necesidad de la presencia de los padres para dormir. Para un mejor estudio de la población en cuestión, se clasificaron las respuestas de duración de lactancia materna en los intervalos siguientes: 1-6 meses, 7-12 meses, 13-24 meses y más de 25 meses
- La pregunta 45 obtiene el uso o no de chupete para dormir, ya sea actualmente o en el pasado.
- Las preguntas 46-48 valoran la posible influencia del lugar donde duerme y su rutina para dormir. Por un lado, hasta qué edad durmió en la habitación de los padres o si sigue durmiendo con ellos actualmente, y el lugar en el que dormía/duerme en la habitación de ellos (Cuna separada; Cuna colecho; Cama de los padres; Cuna y cama de los padres; Nunca lo ha hecho). Cabe destacar que la pregunta 48, especifica si duerme en la cama de los padres parte de la noche, siendo las opciones: Siempre; Habitualmente; Ocasionalmente; Nunca.
- Las preguntas 49-54 recogen la rutina para dormir del niño. Este bloque de preguntas pone de manifiesto el ritual de sueño del niño. El método para dormir actual (reflejado en la pregunta 49): hora de acostarse, pudiendo ser: Mientras come (lactancia materna); En brazos; Meciéndolo en el carro / cuna; Mientras visualiza un dispositivo electrónico; En la cuna / cama, en presencia de la madre/padre; Solo/a en la habitación. De la misma manera, la pregunta 50 valora quién es el adulto que más frecuentemente acompaña al niño para que se duerma pudiendo ser la madre, el padre, alternancia entre ambos, los dos progenitores a la vez, un familiar cercano o una persona externa a la familia. La pregunta 51 consulta expresamente si la presencia de los padres es imprescindible para que el niño se duerma, y en qué medida. La pregunta 52 hace referencia al tipo de habitación en el momento actual, siendo individual o compartida (con hermano, padres u otros). Las preguntas 53 y 54 evalúan la posible repercusión del uso de aparatos electrónicos después de cenar y del hábito de lectura nocturno (cuento) en el sueño del menor.



- Las preguntas 55-58 recogen el horario de acostarse del niño y la duración del sueño nocturno. Las preguntas 55 y 56 son ambas abiertas, estudiando las horas a las que el menor se acuesta a dormir por la noche tanto en día laborable como en fin de semana / festivo, con el fin de compararlas con los horarios de llegada de los progenitores tras la jornada laboral. Con el fin de realizar un estudio descriptivo, ambas cuestiones se han agrupado en los siguientes horarios:
 - Hora a la que el niño se acuesta a dormir por la noche (día laborable): 19:00 – 20:59; 21:00 – 21:59; después de las 22:00.
 - Hora a la que el niño se acuesta a dormir por la noche (fin de semana o festivo): 19:00 – 20:59; 21:00 – 21:59; después de las 22:00.
- Las preguntas 55 y 56 por otro lado, reflejan la duración del sueño nocturno en horas en día laborable y fin de semana / festivo, respectivamente.
- La pregunta 60 refleja el número de despertares durante el sueño, concretamente la media del último mes.
- Las preguntas 60-63 hacen referencia a las siestas. En la primera pregunta se consulta si duerme siesta, y se contesta entre las opciones Sí o No. En caso de que sí, las siguientes dos preguntas demandan el número de siestas al día, y la cantidad en horas de dichas siestas. Por lo tanto, las preguntas 62 y 63 sólo deben contestarse en el caso de que sí duerma la siesta.

Alcanzamos así el quinto bloque, que refleja la influencia del horario de sueño de los padres en el dormir de sus hijos, así como las alteraciones del sueño familiares.

Las preguntas 64-67 hacen referencia únicamente a los padres, siguiendo el mismo sistema que en preguntas anteriores: las preguntas son las mismas para ambos padres. En caso de tratarse de una familia monoparental, deben contestarse únicamente las preguntas que hacen referencia a la madre.



6.2 RECOGIDA DE DATOS

En lo que se refiere a la manera de proceder para la obtención de los datos, estos fueron recogidos mediante la contestación de un cuestionario, cumplimentado en la sala de espera de la Consulta Externa de Pediatría del Hospital La Salud.

Todo paciente recibe con la encuesta, una hoja informativa (Anexo 4) y un consentimiento informado a cumplimentar (Anexo 5), siendo este último devuelto y almacenado conjuntamente al cuestionario.

El cuestionario elaborado para el TFG expuesto anteriormente fue revisado y validado por un “Comité de expertos” formado por distintos tipos de profesionales.

Se han realizado las modificaciones pertinentes siguiendo las instrucciones proporcionadas por este comité, con el fin de lograr la validación de la encuesta por parte de todos los miembros (Anexo 6).

6.3 CÁLCULO DEL TAMAÑO MUESTRAL

6.3.1 Muestra

Para calcular el tamaño muestral, utilizamos la expresión usual para el cálculo del tamaño de la muestra para poblaciones conocidas con un intervalo de confianza del 95% y un error máximo esperado del 10% para proporciones con un grado máximo de indeterminación ($p = q = 50\%$). En el caso de este estudio, la población conocida hace referencia a los 1.534 niños nacidos en el Hospital Casa de Salud en 2023. En consecuencia, la muestra necesaria para la realización del trabajo debe ser, como mínimo, de 90 niños:

$$n = \frac{N \cdot z^2 \cdot p \cdot q}{(N - 1) \cdot d^2 + z^2 \cdot p \cdot q} = \frac{1534 \cdot 1,96^2 \cdot 0,5 \cdot 0,5}{(1534 - 1) \cdot 0,1^2 + 1,96^2 \cdot 0,5 \cdot 0,5} = 90$$



Este cuestionario se realiza en el periodo natural que comprende entre el 1 de febrero de 2024 y el 30 de marzo de ese mismo año, en la Consulta Externa de Pediatría del Hospital La Salud, ubicado en C/ Manuel del Dr. Manuel Candela, 41. El cuestionario se realiza hasta alcanzar una muestra de 93 encuestas. Son cumplimentados por los padres o tutores legales de los niños que acuden al centro en el periodo comprendido entre ambas fechas, dentro del horario habitual de consultas. El formulario está destinado a los niños cuya edad quede delimitada entre los 3-5 años. No se tiene en cuenta el motivo por el que acude a consulta ni la frecuencia con la que acude.

A continuación, se exponen los criterios de inclusión y exclusión:

- Criterios de inclusión: niños de ambos sexos nacidos a término, con edades comprendidas entre 3-5 años en el momento del estudio; que acuden a la Consulta Externa de Pediatría del Hospital La Salud; cuyos progenitores acepten participar en el estudio.
- Criterios de exclusión: antecedentes de prematuridad; niños con alteración del neurodesarrollo; niños que consultan por alteraciones del sueño; necesidad de medicación que pueda alterar o interferir con la maduración normal del sueño (antiepilépticos y melatonina); niños adoptados; niños con más de dos progenitores; parejas homosexuales; familias ensambladas; niño que acuda a consulta con una persona distinta a su padre o su madre; dificultad idiomática; ausencia firma de consentimiento informado.

6.4 ESTUDIO ESTADÍSTICO

Los datos se analizarán estadísticamente por IBM SPSS versión 24.0. Las variables cuantitativas se describirán a través de la media y desvío estándar para aquellas que siguen distribución normal y mediana, y rango intercuartílico para las que tienen una distribución distinta a la normal. Para las variables cualitativas se realizará un análisis de frecuencias.



Para el análisis estadístico se describieron tres conceptos basados en los objetivos de este trabajo: buena calidad de sueño, buena higiene del sueño y tipos de crianza. Los datos de estos han sido cruzados con el resto de la base de datos, lo obtenido se encuentra en el apartado de resultados.

Buena calidad de sueño es definida de la siguiente manera:

- Todo aquel niño que duerma más de 10 horas en los días lectivos.
- Todo aquel niño que duerma más de 10 horas en los días no lectivos.
- Que no tengan despertares nocturnos o máximo uno.
- Las horas de sueño deben ser las mismas tanto en los días lectivos como en los no lectivos.
- Dormir menos de dos siestas durante el día.

Definimos buena higiene del sueño como:

- Niños que hayan dormido en la habitación de sus padres como máximo hasta los 12 meses.
- Que durante el periodo que dormían en la habitación de los padres lo hiciesen en una cuna separada.
- Nunca deben haber dormido en la propia cama de los padres junto a ellos.
- El método de dormir actual debe ser del niño solo en su habitación.
- No necesitar a sus padres para poder conciliar el sueño.
- No utilizar ningún tipo de dispositivo electrónico o pantalla en los momentos previos a irse a la cama.
- Aquellos que tengan el hábito de lectura siempre o habitualmente antes de dormir.
- Los niños que se vayan a la cama antes de las 21:00.



Los tipos de crianza están divididos en tres tipos definidos cada uno como:

- Crianza 1: los niños cuya duración de la lactancia materna exclusiva fue mayor a 12 meses y que esta fuese a demanda.
- Crianza 2: aquellos niños que tuviesen una lactancia materna exclusiva menor o igual a 12 meses, tuviesen un método de lactancia mixta o aquello que la lactancia materna fuese reglada.
- Crianza 3: el resto de niños que tuviesen una lactancia artificial exclusiva.

Utilizando para este estudio comparativo el tes estadístico T Student para comparar medias entre muestras independientes para variables con distribución normal, U de Mann-Whitney para el resto de las variables, Chi cuadrado si las variables son nominales y si ambas variables son dicotómicas se ha usado la prueba exacta de Fisher). Se considera la diferencia significativa cuando $p \leq 0,05$,

6.5 NORMA ÉTICA

El estudio fue aprobado por el Comité de ética de la Universidad Católica de Valencia san Vicente Mártir realizándose siguiendo las normas éticas de actuación formuladas en la declaración de Helsinki de 1964 (modificada el 5 de mayo de 2015)

Así mismo, los investigadores se comprometían tanto a guardar el secreto profesional como a la máxima confidencialidad sobre todos los datos y la información a la que se tuvo acceso de cada participante, atendiendo al art. 10 de la Ley Orgánica 15/1999 el 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal del art 16 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica del art. 23 de la Ley 1/2003, del 28 de enero, de derechos e información al paciente de la Comunidad Valenciana.

7 RESULTADOS

7.1 ANALISIS DESCRIPTIVO

7.1.1 Datos sociodemográficos

Como se ha indicado previamente, los datos recogidos abarcan a los niños en edad preescolar, es decir, de edades entre 3 y 5 años, siendo la media de edad de 3,64+/- 0,86. (Tabla 2)

El sexo de los encuestados esta diferenciado en masculino y femenino. Ambos están en una proporción prácticamente idéntica, siendo el 49,5% masculino y el 50,5% femenino. (Tabla 1)

A continuación, se describen los datos relacionados con la convivencia familiar. De los encuestados 79 (87%) están compuestos por un “núcleo familiar” (compuesto por ambos padres). En menor representación 10 (11%) de ellos constan de una forma “extensa (padres y otros familiares)”. Finalmente, solo 2 (2%) marcaron la casilla de familia monoparental (1 progenitor). (Tabla 1)

También se ha observado si los padres están separados o no. Solo el 2% respondió afirmativamente a esta pregunta, y de este grupo, la mitad tiene establecido un régimen de custodia compartida. (Tabla 1)

Con respecto a la edad de los padres se dividió los rango de edad de las madres en 5 intervalos de edad: 25-29 años, 30-34 años, 35-39 años, 40-44 años y 45-50 años. Los edades más repetidos son las comprendidas entre 35-39 años y 40-44 años, con una representación del 43% y del 38% respectivamente. Después se encuentran los intervalos de 30-34 años y 45-50 años, encontrándose en una proporción similar. El grupo más joven de edad, 25-29 años, es el menos numeroso con un 4%. (Tabla 2)

A los padres se les añade un intervalo de edad: 51-60 años. En este caso el intervalo más abundante es 40-44 años con un 45%. Seguido de los 25-40 años siendo el 31% de los encuestados. Conforme nos vamos hacia los extremos de los siguientes intervalos de edad la representación va siendo menor, incluyendo los intervalos de edades más jóvenes y mayores formados por un 1% y 4% respectivamente. (Tabla 2)

Tabla 1. Análisis descriptivo variables cualitativas de datos sociodemográficos.

GÉNERO DEL MENOR		Frecuencia	Porcentaje
	Hombre	45	49,5
	Mujer	46	50,5
	Total	91	100,0
CONVIVENCIA FAMILIAR EN LA VIVIENDA		Frecuencia	Porcentaje
	Monoparental (1 progenitor)	2	2,2
	Nuclear (2 progenitores)	79	86,8
	Extensa (progenitor/es y otros familiares)	10	11,0
	Total	91	100,0
PADRES SEPARADOS		Frecuencia	Porcentaje
	No	89	97,8
	Sí	2	2,2
	Total	91	100,0
CUSTODIA COMPARTIDA		Frecuencia	Porcentaje
	No	1	50,0
	Sí	1	50,0
	Total	2	100,0
MADRES		Frecuencia	Porcentaje
	Mujer	91	100,0
PADRES		Frecuencia	Porcentaje
	Hombre	89	100,0

Tabla 1. Análisis descriptivo variables cualitativas de datos sociodemográficos

EDAD MADRE		Frecuencia	Porcentaje
	25-29 años	4	4.4
	30-34 años	7	7.7
	35-39 años	39	42.9
	40-44 años	35	38.5
	45-50 años	6	6.6
	Total	91	100.0

EDAD PADRE		Frecuencia	Porcentaje
	25-29 años	1	1.1
	30-34 años	6	6.7
	35-39 años	28	31.5
	40-44 años	40	44.9
	45-50 años	10	11.2
	51-60 años	4	4.5
Total	89	100.0	

Tabla 2. Análisis descriptivo variables cuantitativas de datos sociodemográficos.

EDAD DEL MENOR	Media	3,84	
	95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	3,61
		Límite superior	4,07
	Media recortada al 5%	3,82	
	Mediana	4,00	
	Varianza	0,732	
	Desv. estándar	0,856	
	Mínimo	3	
	Máximo	5	
	Rango	2	
	Rango intercuartil	2	
	Asimetría	0,327	
	Curtosis	-1,568	

7.1.2 Tipo de lactancia y entorno familiar

En este apartado se analizan los datos propios de los preescolares y de sus propios hábitos de sueño.

Se ha tenido en cuenta el número hermanos (Tabla 4) que tienen y la posición que ocupan en la familia (Tabla 3). La media es de 2 hijos por familia, siendo el 28% hijos únicos. Sin embargo, lo más frecuente es que se traten de los hijos menores cuando tienen hermanos (36%). En segunda posición están los primogénitos (30%) y por último los hermanos medianos (6%).

Como forma de evaluación de sus rutinas se ha preguntado si acuden al colegio o no. En la Tabla 3 observamos como la gran mayoría, el 98%, están escolarizados frente al 2% que no lo está.

El 89% de los progenitores encuestados son los cuidadores habituales de sus hijos, mientras que solo el 7% y 4% recurren a un familiar cercano (abuelo/as, tío/as, etc.) o por una persona externa a la familia (canguros) respectivamente. (Tabla 3)

Lo siguiente a analizar es el tipo de lactancia que tuvieron desde el nacimiento (Tabla 3). La mayoría (44%) tuvo una lactancia materna exclusiva, seguida por lactancia artificial exclusiva (32%) y en menor medida (24%) una lactancia mixta (materna y artificial).

La duración media de la lactancia materna (Tabla 4) de los niños encuestados es de 14 meses, con un máximo de duración de 71 meses. Mientras que de los que comenzaron la lactancia materna la duración mínima de esta fue de 1 mes. Solo 5 de los menores continúan con la lactancia materna actualmente.

En cuanto al método de lactancia materna utilizado el 91% optaron por una lactancia a demanda mientras que solo el 9% de los niños que tuvieron lactancia materna fue reglada. (Tabla 3)

Tabla 3. Análisis descriptivo variables cualitativas de tipo de lactancia y entorno familiar.

POSICIÓN EN LA FAMILIA		Frecuencia	Porcentaje
	Hijo único	25	27,5
	Primogénito	27	29,7
	Mediano	6	6,6
	Último	33	36,3
	Total	91	100,0
ASISTENCIA AL COLEGIO		Frecuencia	Porcentaje
	No	2	2,2
	Sí	89	97,8
	Total	91	100,0
CUIDADOR HABITUAL DEL MENOR		Frecuencia	Porcentaje
	Progenitor/es	81	89,0
	Familiar cercano (abuelo/as, tío/as)	6	6,6
	Persona externa a la familia (canguro)	4	4,4
	Total	91	100,0
TIPO DE LACTANCIA		Frecuencia	Porcentaje
	Lactancia materna exclusiva	40	44,0
	Lactancia artificial exclusiva	29	31,9
	Mixta	22	24,2
	Total	91	100,0
LACTANCIA MATERNA ACTUALMENTE		Frecuencia	Porcentaje
	No	86	94,5
	Sí	5	5,5
	Total	91	100,0
TIPO DE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA		Frecuencia	Porcentaje
	A demanda	59	90,8
	Reglada	6	9,2
	Total	65	100,0

Tabla 4. Análisis descriptivo variables cuantitativas de tipo de lactancia y entorno familiar.

NÚMERO DE HIJOS	Media		2,07
	95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	1,89
		Límite superior	2,25
	Media recortada al 5%		2,08
	Mediana		2,00
	Varianza		0,439
	Desv. estándar		0,663
	Mínimo		1
	Máximo		3
	Rango		2
	Rango intercuartil		1
	Asimetría		-0,079
	Curtosis		-0,641
DURACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA EN MESES	Media		14,62
	95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	10,84
		Límite superior	18,40
	Media recortada al 5%		13,28
	Mediana		9,00
	Varianza		195,685
	Desv. estándar		13,989
	Mínimo		1
	Máximo		71
	Rango		70
	Rango intercuartil		17
	Asimetría		1,739
	Curtosis		3,658



7.1.3 Hábitos de sueño

Un factor para tener en cuenta es el uso de la lactancia como método de ayudar a que el niño concilie el sueño (Tabla 5), hemos encontrado que más de la mitad (53%) nunca lo ha llevado a cabo. En una proporción similar entre ellas la han usado de forma ocasional o habitual. Mientras que menos de un cuarto de los encuestados la ha utilizado siempre a la hora de dormir.

Por otra parte, otro método para ayudar al niño a conciliar el sueño es el uso del chupete para dormir, actualmente solo lo usa el 31% de los niños. (Tabla 5)

Parámetros importantes para valorar el sueño de los niños son algunos como la estancia de la casa en la que duermen, con quien duermen o los hábitos que tienen antes de dormir.

La edad hasta la que han dormido en la habitación de sus padres está dividida en 7 grupos de edad. Solo 1 de los encuestados refiere que el niño nunca durmió en la habitación de sus padres. Mientras que la mayoría (48%) de los niños abandonaron la habitación antes de los 12 meses. Como dato a destacar tenemos que el 25% de los encuestados refieren que su hijo sigue durmiendo en la habitación de los padres. (Tabla 5)

Durante el tiempo en el que dormían en la habitación de los padres (Tabla 5) el 35% refiere que lo hacían en una cuna separada de la cama de sus padres, siendo la mayoría de los niños. Seguido de los que lo hacían en una cuna de colecho y en la propia cama de los padres en proporciones similares, 22% y 24% respectivamente. Mientras que el 19% dormían tanto en la cuna como en la cama. De forma más específica se les ha preguntado la frecuencia con la que duermen los niños en la cama de los padres, a destacar que el 31% respondió “nunca” frente al 16% que respondió “siempre”. Sin embargo, hasta un 40% seleccionó la opción de “ocasionalmente”.



Refiriéndonos al método que se usa para dormir, en la Tabla 5 encontramos que 63 de ellos duermen en la cuna o cama con la presencia de su madre o padre, seguido por los 21 que consiguen dormirse solos en su habitación. Los 7 restantes se duermen mientras comen (lactancia materna), en brazos, meciéndolos en la cuna o carro o mientras visualizan un dispositivo electrónico.

Se valoró también quien acompaña al niño a la hora de dormir y el 66% de las veces se trata de la madre, seguido de un 31% siendo la alternancia entre la madre y el padre y solo en el 3% de los casos están ambos progenitores a la vez. Cabe destacar que ninguno de los encuestados refiere que el padre sea el único que acompaña al niño. La necesidad de que al menos uno de los progenitores se ve reflejado en que más de la mitad de las respuestas (54%) afirman que estos deben estar siempre para que el niño consiga conciliar el sueño, en contraste con el 11% que nunca los necesita. (Tabla 5)

Otra pregunta relacionada con las anteriores era el tipo de habitación en la que dormía el niño en el momento actual (Tabla 5). En una frecuencia similar entre ellas, los niños tenían su propia habitación y también compartida con algún hermano. Solo 18 de los encuestados compartía habitación con sus padres.

Un parámetro relevante es el uso de dispositivos electrónicos antes de irse el niño a la cama, observado en la Tabla 5. Solo 3 personas marcaron la opción de siempre y 9 lo hacen de forma habitual. Mientras que 27 marcaron la casilla de ocasionalmente y 57 que nunca visualizaban estos dispositivos antes de dormir.

Sin embargo, si analizamos los datos recogidos para la lectura de un cuento antes de dormir podemos ver una tendencia inversa (Tabla 5). El hábito de leer está siempre presente en la rutina de sueño de 36 niños, mientras que 28 de ellos lo hacen de forma habitual y otros 23 de ocasionalmente. En contraste de los únicos 4 que afirman que nunca lo hacen.



La hora a la que se van a dormir por la noche en un día laborable también varía según el niño como vemos en la Tabla 5. El 31% se acuesta entre las 19:00 y las 20:59, el 47% entre las 21:00 y las 21:59 y otro 22% después de las 22:00.

Vemos una clara diferencia de estos últimos datos respecto a los que obtenemos para la hora de irse a la cama los fines de semana y días festivos, esta hora se retrasa en un significativo número de niños. El 2% se acuesta entre las 19:00 y las 20:59, el 31% entre las 21:00 y las 21:59 y el 67% después de las 22:00. (Tabla 5)

Otra forma de comparar los hábitos de sueño entre días laborales y los fines de semana y días festivos es mediante las horas de sueño en cada una de estas dos opciones (Tabla 5). Los días laborales más de la mitad de los niños (59%) duermen entre 9 y 10 horas cada noche. Los niños que duermen menos de 9 horas corresponden al 18% y los que duermen más de 10 horas son el 23%.

De nuevo estas horas de sueño se ven alteradas los fines de semana y días festivos (Tabla 5), aunque en menor medida que en las anteriores. Los niños que duermen menos de 9 horas se mantienen iguales, mientras que los que duermen más de 10 horas se ven ligeramente aumentados hasta el 30% y aquellos que duermen entre 9 y 10 horas ligeramente disminuidos a un 53%.

También se pedía que especificasen cuantos despertares durante el sueño nocturno habían tenido de media los niños durante el último mes (Tabla 5). La mayoría tenían un solo despertar, 34 de los encuestados. Los segundos en frecuencia eran aquellos que no habían tenido ninguno, conformando un 34%. En tercer lugar, los 16 encuestados que refieren que los niños han tenido 2 despertares de media. Los niños que refieren 3 o más despertares representan muy pocos casos.

En cuanto a aquellos preescolares que aún duermen la siesta representan un 34% de los encuestados, dentro de estos el 97% duerme una única siesta durante el día

(Tabla5). La duración de estas siestas es de 1 hora y media en promedio entre los niños. (Tabla 6)

Tabla 5. Análisis descriptivo variables cualitativas de hábitos de sueño.

USO DE LA MAMA PARA DORMIR		Frecuencia	Porcentaje
	Nunca	48	52,7
	Ocasionalmente	13	14,3
	Habitualmente	10	11,0
	Total	91	100,0
USO DE CHUPETE PARA DORMIR		Frecuencia	Porcentaje
	No	63	69,2
	Sí	28	30,8
Total	91	100,0	
EDAD HASTA LA QUE DURMIÓ EN LA HABITACIÓN		Frecuencia	Porcentaje
	Nunca ha dormido	1	1,1
	Hasta los 6 meses (0-6 m)	21	23,1
	Hasta el año (7-12 m)	23	25,3
	Hasta los 2 años (12-36 m)	17	18,7
	Hasta los 3 años (24-36 m)	5	5,5
	Hasta los 4 años (36-48 m)	1	1,1
	Sigue durmiendo	23	25,3
Total	91	100,0	
LUGAR EN EL QUE DORMÍA EN LA HABITACIÓN DE LOS PADRES		Frecuencia	Porcentaje
	Cuna separada	32	35,2
	Cuna colecho	20	22,0
	Cama de los padres	22	24,2
	Cuna y cama de los padres	17	18,7
Total	91	100,0	
DUERME EN LA CAMA DE LOS PADRES PARTE DE LA NOCHE		Frecuencia	Porcentaje
	Nunca	28	30,8
	Ocasionalmente	36	39,6
	Habitualmente	12	13,2
	Siempre	15	16,5
Total	91	100,0	

Tabla 5. Análisis descriptivo variables cualitativas de hábitos de sueño.

MÉTODO PARA DORMIR ACTUALMENTE		Frecuencia	Porcentaje
	Mientras come (lactancia materna)	1	1,1
	En brazos	2	2,2
	Meciéndolo en el carro/cuna	1	1,1
	Mientras visualiza un dispositivo electrónico	3	3,3
	En la cuna/cama, en presencia de la madre/padre	63	69,2
	Solo/a en la habitación	21	23,1
	Total	91	100,0
ADULTO QUE MÁS FRECUENTEMENTE ACOMPAÑA AL NIÑO DURANTE EL RITUAL DE SUEÑO		Frecuencia	Porcentaje
	Madre	60	65,9
	Alternancia madre y padre	28	30,8
	Ambos progenitores a la vez	3	3,3
	Total	91	100,0
NECESIDAD DE PRESENCIA DE LOS PROGENITORES PARA DORMIR		Frecuencia	Porcentaje
	Nunca	10	11,0
	Ocasionalmente	14	15,4
	Habitualmente	18	19,8
	Siempre	49	53,8
	Total	91	100,0
TIPO DE HABITACIÓN EN EL MOMENTO ACTUAL		Frecuencia	Porcentaje
	Individual	37	40,7
	Compartida con hermano	36	39,6
	Compartida con padres	18	19,8
	Total	91	100,0
USO DE APARATOS ELECTRÓNICOS DESPUÉS DE CENAR		Frecuencia	Porcentaje
	Nunca	52	57,1
	Ocasionalmente	27	29,7
	Habitualmente	9	9,9
	Siempre	3	3,3
	Total	91	100,0

Tabla 5. Análisis descriptivo variables cualitativas de hábitos de sueño.

HÁBITO DE LECTURA NOCTURNO (CUENTO)		Frecuencia	Porcentaje
	Nunca	4	4,4
	Ocasionalmente	23	25,3
	Habitualmente	28	30,8
	Total	91	100,0
INTERVALO HORA ACUESTA NIÑO (DÍA LABORABLE)		Frecuencia	Porcentaje
	19:00 – 20:59	28	30,8
	21:00 – 21:59	43	47,3
	> 22:00	20	22,0
Total	91	100,0	
INTERVALO HORA ACUESTA NIÑO (DÍA NO LABORABLE)		Frecuencia	Porcentaje
	19:00 – 20:59	2	2,2
	21:00 – 21:59	28	30,8
	> 22:00	61	67,0
Total	91	100,0	
DURACIÓN DEL SUEÑO NOCTURNO (DÍA LABORABLE)		Frecuencia	Porcentaje
	<9 horas	16	17,6
	9-10 horas	54	59,3
	>10 horas	21	23,1
Total	91	100,0	
DURACIÓN DEL SUEÑO NOCTURNO (DÍA NO LABORABLE)		Frecuencia	Porcentaje
	<9 horas	16	17,6
	9-10 horas	48	52,7
	>10 horas	27	29,7
Total	91	100,0	
NÚMERO DE DESPERTARES DURANTE EL SUEÑO (LA MEDIA DEL ÚLTIMO MES)		Frecuencia	Porcentaje
	0 despertares	31	34,1
	1 despertar	34	37,4
	2 despertares	16	17,6
	3 despertares	6	6,6
	4 despertares	1	1,1
	= 5 despertares	3	3,3
Total	91	100,0	
DUERME SIESTA		Frecuencia	Porcentaje
	No	60	65,9
	Sí	31	34,1
Total	91	100,0	
NÚMERO DE SIESTAS POR DÍA		Frecuencia	Porcentaje
	1 siesta	30	96,8
	2 siestas	0	0,0
	3 siestas	0	0,0
	Total	31	100,0

Tabla 6. Análisis descriptivo variables cuantitativas de hábitos de sueño.

HORAS DE SIESTA	Media		1,30
	95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	1,11
		Límite superior	1,51
	Media recortada al 5%		1,21
	Mediana		1
	Varianza		0,29
	Desv. estándar		0,542
	Mínimo		1
	Máximo		3
	Rango		2
	Rango intercuartil		0,5
	Asimetría		1,694
	Curtosis		2,121

7.1.4 Alteraciones del sueño familiares

Pasando a los hábitos de sueño de los propios progenitores observamos que tanto la madre como el padre prefieren madrugar a traspasar. Se les preguntó por las horas aproximadas que han dormido durante el último mes y de nuevo se obtiene una media similar entre ambos progenitores de unas 7 horas de sueño cada noche (Tabla 8).

Como podemos observar en la tabla 7 el 73% de los encuestados nunca han necesitado medicación para dormir en el último mes por parte de alguno de los progenitores y solo el 3% la necesitan cada noche.

Respecto a la familia de los progenitores se les ha preguntado si alguno de sus familiares de primer grado (hermano o padre del progenitor/es) presentan alguna alteración del sueño. Las repuestas muestran que el 21% de los progenitores contestan de manera afirmativa. También se les preguntó por sus otros hijos (hermanos del menor), en los cuales se encuentra que el 12% de estos padecen alteraciones del sueño. (Tabla 7)

Tabla 7. Análisis descriptivo variables cualitativas de alteraciones de sueño familiares.

PREFERENCIA MADRE		Frecuencia	Porcentaje
	Madrugar (levantarse pronto)	59	64,8
	Trasnochar (quedarse despierto hasta tarde)	32	35,2
	Total	91	100,0
PREFERENCIA PADRE		Frecuencia	Porcentaje
	Madrugar (levantarse pronto)	66	66
	Trasnochar (quedarse despierto hasta tarde)	23	23
	Total	89	89
NECESIDAD DE MEDICAMENTO PARA DORMIR EN EL ÚLTIMO MES DE ALGUNO DE LOS PROGENITORES		Frecuencia	Porcentaje
	Nunca	66	72,5
	Ocasionalmente	18	19,8
	Habitualmente	4	4,4
	Siempre	3	3,3
	Total	91	100,0
PRESENCIA DE ALTERACIÓN DEL SUEÑO EN FAMILIAR DE PRIMER GRADO (HERMANO O PADRE DEL PROGENITOR)		Frecuencia	Porcentaje
	No	72	79,1
	Sí	19	20,9
	Total	91	100,0
PRESENCIA DE ALTERACIÓN DEL SUEÑO EN ALGUNO DE LOS HIJOS (HERMANOS DEL MENOR)		Frecuencia	Porcentaje
	No	80	87,9
	Sí	11	12,1
	Total	91	100,0



Tabla 8. Análisis descriptivo variables cuantitativas de alteraciones de sueño familiares.

DURACIÓN DEL SUEÑO NOCTURNO DE LA MADRE (APROXIMACIÓN DEL ÚLTIMO MES)	Media		6,85
	95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	6,56
		Límite superior	7,15
	Media recortada al 5%		6,84
	Mediana		7,00
	Varianza		1,201
	Desv. estándar		1,096
	Mínimo		4
	Máximo		10
	Rango		6
	Rango intercuartil		1
	Asimetría		0,299
	Curtosis		0,927
DURACIÓN DEL SUEÑO NOCTURNO DEL PADRE (APROXIMACIÓN DEL ÚLTIMO MES)	Media		7,05
	95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	6,76
		Límite superior	7,35
	Media recortada al 5%		7,06
	Mediana		7,00
	Varianza		1,201
	Desv. estándar		1,096
	Mínimo		4
	Máximo		10
	Rango		6
	Rango intercuartil		2
	Asimetría		-0,111
	Curtosis		0,867

7.2 ANÁLISIS MULTIVARIANTES

En este apartado hemos cruzado las variables que definimos en material y método: buena calidad de sueño, buena higiene del sueño y tipos de crianza. De las tablas obtenidas hemos seleccionado las necesarias según la hipótesis y nuestros objetivos.

7.2.1 Buena calidad de sueño

7.2.1.1 Padres separados

Para tener una buena calidad de sueño una condición que consideramos necesaria era que los niños debían dormir más de 10 horas. En la Tabla 9 ($p=0,008$) y en la Tabla 10 ($p=0,008$) podemos observar la relación obtenida de las horas de sueño dependiendo de si los padres están o no separados. Obtenemos que la mayoría de los hijos de parejas no separadas, duermen más de 9 horas nocturnas (84,3%) y solo el 23,6% duermen más de 10 horas en los días laborables, aumentando ligeramente hasta el 30,3% en los días no laborables. Mientras que el 100% de los encuestados de padres separados ha referido que el menor no llega a las 9 horas nocturnas de forma habitual.

Tabla 9. Duración del sueño nocturno en días laborables en relación con los padres separados.

		Duración del sueño nocturno en días laborables			Total
		< 9 horas	9 – 10 horas	> 10 horas	
Padres separados	No	15,7%	60,7%	23,6%	100,0%
	Si	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%
Total		17,6%	59,3%	23,1%	100,0%

$p = 0,008$



Tabla 10. Duración del sueño nocturno en días no laborables en relación con los padres separados.

p = 0,008

		Duración del sueño nocturno en días no laborables			Total
		< 9 horas	9 – 10 horas	> 10 horas	
Padres separados	No	15,7%	53,9%	30,3%	100,0%
	Si	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%
Total		17,6%	52,7%	29,7%	100,0%

7.2.1.2 Posición en la familia

En la Figura 5 ($p=0,095$, relación no significativa) podemos ver la relación obtenida entre la duración del sueño nocturno los días laborales y la posición del niño en la familia, destacando que todos los hijos medianos llegan a dormir más de 9 horas los días laborales y a la vez son aquellos que más frecuentemente consiguen dormir las más de 10 horas definitivas de buena calidad de sueño.

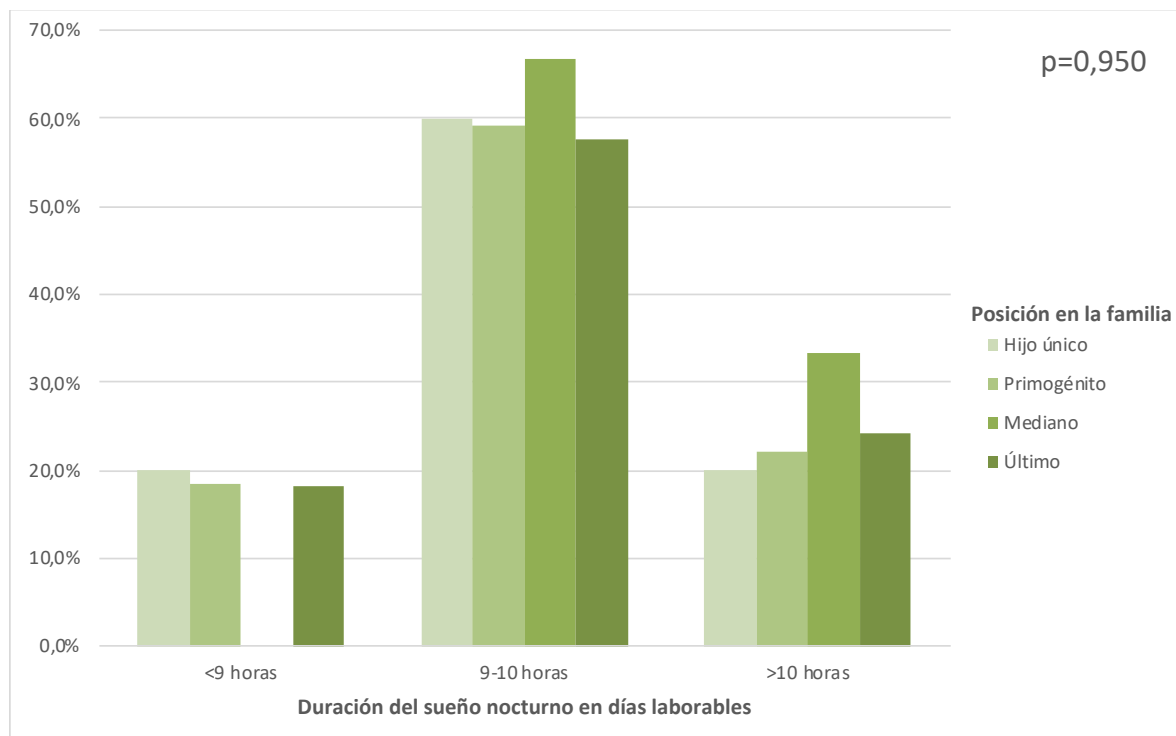


Figura 5. Duración del sueño nocturno en días laborables en relación con la posición en la familia.

7.2.1.3 Asistencia al colegio

La Tabla 11 no muestra relación significativa entre el número de despertares nocturnos de media el último mes y la asistencia al colegio ($p=0,975$) pero muestra como los niños que no acuden al colegio cumplen el criterio de no tener más de 1 despertar nocturno cada noche, ya que el 50% tiene solo 1 y el otro 50% ninguno. Al contrario, ocurre si van al colegio en los que vemos que llegan a tener hasta 5 despertares o más por noche, cumpliendo con el criterio descrito el 70,8% de estos.



Tabla 11. Número de despertares nocturnos de media el último mes en relación con la asistencia al colegio.

$p = 0,975$

		Número de despertares nocturnos de media el último mes						Total
		0	1	2	3	4	≥ 5	
Asistencia al colegio	No	50,0%	50,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
	Si	33,7%	37,1%	18,0%	6,7%	1,1%	3,4%	100,0%
Total		34,1%	37,4%	17,6%	6,6%	1,1%	3,3%	100,0%

7.2.1.4 Cuidador habitual del menor

En la siguiente figura (Figura 6, $p=0,030$) podemos observar que tanto en los casos en los que el cuidador habitual del menor son los progenitores (69,1%) y en el que se trata de una persona externa a la familia (75%) ya no duermen siesta de forma habitual, lo cual sería la mejor opción para tener una buena calidad de sueño. Al contrario, con aquellos menores que son cuidados por un familiar cercano como pueden ser los abuelos, en los que la mayoría si continúan con las siestas (83,3%).

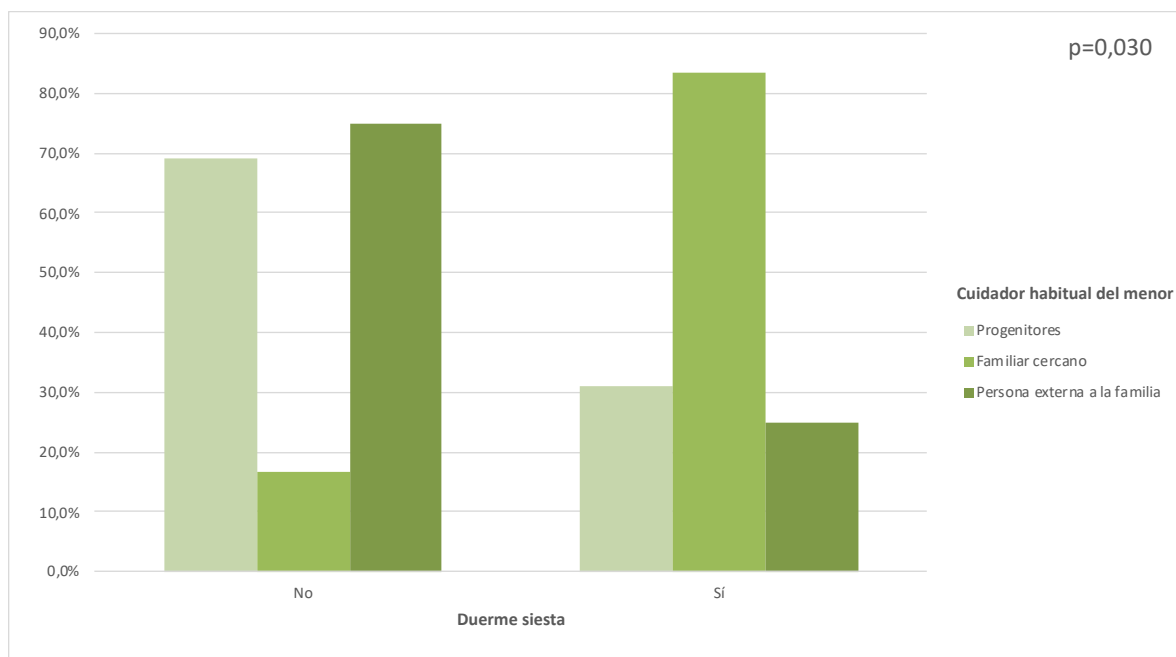


Figura 6. Duerme siesta en relación con el cuidador habitual del menor.

7.2.1.5 Tipo de habitación en el momento actual

La Figura 7 ($p=0,008$) nos muestra como solo el 10,8% de los niños que duermen en habitaciones individuales duermen más de 10 horas los días laborables, el 33,3% de los que comparten habitación con algún hermano y el 27,8% de los que comparten habitación con los padres. La mayoría de los niños con habitación individual (75,7%) y de los que duermen con sus hermanos (55,6%) duermen entre 9 y 10 horas. Sin embargo, los niños que duermen en la habitación de sus padres más frecuentemente duermen menos de 9 horas nocturnas, el 39% de estos.

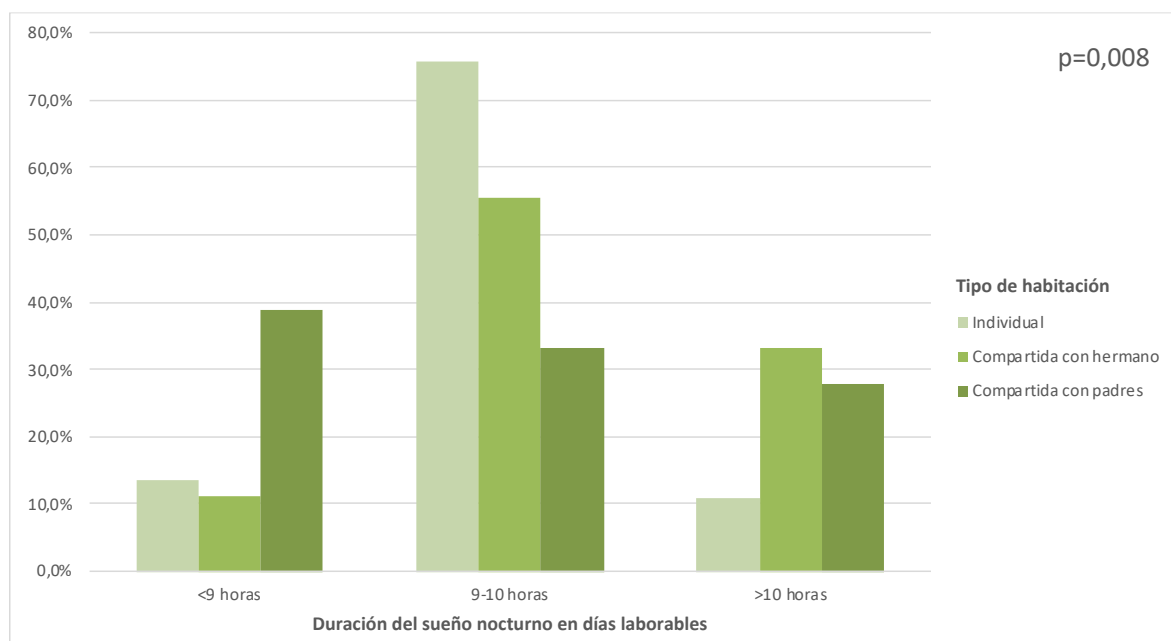


Figura 7. Duración del sueño nocturno en días laborables en relación con el tipo de habitación en el momento habitual.

Los despertares nocturnos en relación con el tipo de habitación en el momento actual los vemos reflejados en la Tabla 12 ($p=0,020$). Los niños que comparten habitación con hermanos son los que menos despertares tienen por noche, el 75% tienen 1 despertar o ninguno a lo largo de la noche. Aquellos que duermen en una habitación individual este porcentaje disminuye a 70,2%. Mientras que los niños que comparten habitación con sus padres llegan al 66,7%.



Tabla 12. Número de despertares nocturnos de media el último mes en relación con el tipo de habitación en el momento habitual.

p = 0,020

		Número de despertares nocturnos de media el último mes						Total
		0	1	2	3	4	≥ 5	
Tipo de habitación en el momento actual	Individual	24,3%	45,9%	24,3%	0,0%	0,0%	5,4%	100,0%
	Compartida con hermano	33,3%	41,7%	13,9%	5,6%	2,8%	2,8%	
	Compartida con padres	55,6%	11,1%	11,1%	22,2%	0,0%	0,0%	100,0%
Total		34,1%	37,4%	17,6%	6,6%	1,1%	3,3%	100,0%

7.2.1.6 Hábito de lectura nocturno

En la Figura 8 vemos como el cuento antes de dormir se relaciona con que los niños preescolares sigan durmiendo o no la siesta ($p=0,045$). Los niños que nunca leen un cuento antes de dormir no continúan durmiendo siestas durante el día. El porcentaje de niños que si las siguen durmiendo va aumentando conforme aumenta esta hábito de lectura nocturno, hasta llegar a los que siempre leen cuento antes de dormir, en los que los porcentajes de dormir siesta frente al de no dormir la se igualan.

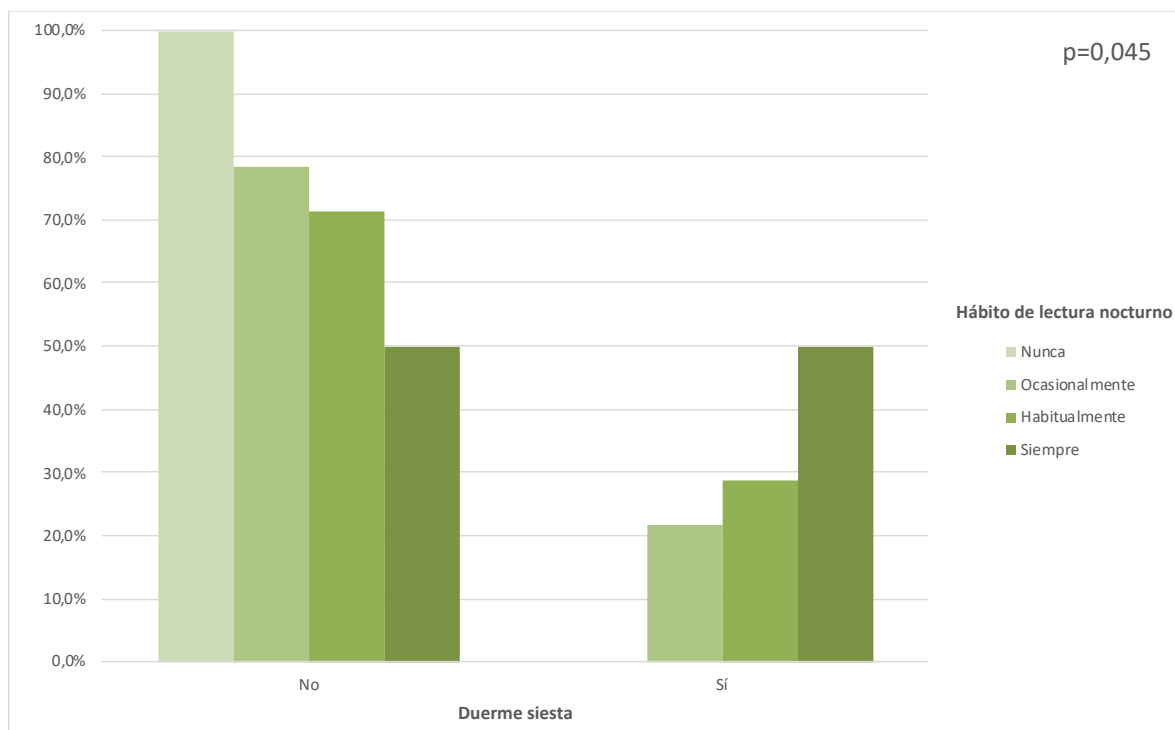


Figura 8. Duerme siesta en relación con el hábito de lectura nocturno.

Hemos observado una relación significativa ($p=0,045$) entre el número de despertares que tienen los niños por noche y el hábito de lectura nocturno, es decir que lean un cuento antes de dormir. En la Tabla 13 vemos como todos aquellos que nunca leen antes de dormir tienen 1 o ningún despertar durante el sueño. Sin embargo, aquellos niños que siempre tienen este hábito antes de dormir son los que con más frecuencia se despiertan por la noche, el 41,7% tienen más de 1 despertar por noche.



Tabla 13. Número de despertares nocturnos de media el último mes en relación con el hábito de lectura nocturno.

p = 0,045

		Número de despertares nocturnos de media el último mes						Total
		0	1	2	3	4	≥ 5	
Hábito de lectura nocturno	Nunca	50,0%	50,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
	Ocasionalmente	39,1%	34,8%	17,4%	8,7%	0,0%	0,0%	100,0%
	Habitualmente	39,3%	42,9%	7,1%	3,6%	3,6%	3,6%	100,0%
	Siempre	25,0%	33,3%	27,8%	8,3%	0,0%	5,6%	100,0%
Total		34,1%	37,4%	17,6%	6,6%	1,1%	3,3%	100,0%

7.2.2 Buena higiene de sueño

7.2.2.1 Padres separados

Los datos cruzados con el apartado de padres separados no han sido estadísticamente significativos, pero hemos querido resaltar algunas de las tablas obtenidas. Los niños de padres separados duermen más frecuentemente en la cama de sus padres parte de la noche, un 50% de forma habitual y otro 50% siempre. Mientras que los hijos de parejas que siguen juntas es más raro que duerman con ellos ya que el 31,5% nunca duerme con ellos y el 40,4% solo ocasionalmente. (Tabla 14, $p=0,177$)

De forma similar encontramos, como se muestra en la Tabla 15 ($p=0,625$), que los niños con padres separados siempre los necesitan para dormir. En los hijos de parejas estables este porcentaje disminuye hasta el 52,8% aquellos que los necesitan para dormir y continúa disminuyendo hasta llegar al 11,2% que nunca necesita a sus padres.

Tabla 14. Duerme en la cama de los padres parte de la noche en relación con los padres separados.

$p = 0,177$

		Duerme en la cama de los padres parte de la noche				Total
		Nunca	Ocasional mente	Habitual mente	Siempre	
Padres separados	No	31,5%	40,4%	12,4%	15,7%	100,0%
	Si	0,0%	0,0%	50,0%	50,0%	100,0%
Total		30,8%	39,6%	13,2%	16,5%	100,0%



Tabla 15. Necesidad de la presencia de los progenitores para dormir en relación con los padres separados.

p = 0,625

		Necesidad de la presencia del progenitor para dormir				Total
		Nunca	Ocasional mente	Habitual mente	Siempre	
Padres separados	No	11,2%	15,7%	20,2%	52,8%	100,0%
	Si	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%
Total		11,0%	15,4%	19,8%	53,8%	100,0%

7.2.2.2 Asistencia al colegio

En la Tabla 16 ($p=0,010$) vemos como aquellos niños que no van al colegio solo necesitan ocasionalmente a sus padres para conciliar el sueño. Por lo contrario, de los niños que si van al colegio el 55,1% siempre necesita a sus padres para poder dormir, frente al 11,2% que nunca los necesita.

Tabla 16. Necesidad de la presencia de los progenitores para dormir en relación con la asistencia al colegio.

$p = 0,010$

		Necesidad de la presencia del progenitor para dormir				Total
		Nunca	Ocasional mente	Habitual mente	Siempre	
Asistencia al colegio	No	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%
	Sí	11,2%	13,5%	20,2%	55,1%	100,0%
Total		11,0%	15,4%	19,8%	53,8%	100,0%

Los niños que no asisten al colegio actualmente podemos observar en la Tabla 17 ($p=0,844$, estadísticamente no significativo) como la mitad dejaron la habitación de sus padres de los 7 a los 12 meses y la otra mitad de los 12 a los 36. Por otro lado, los que si asisten al colegio observamos que la mayoría al año ya no dormían con sus padres, un 23,6% hasta los 6 meses y un 24,6% hasta el año, mientras que un 25,8% continúa durmiendo en la misma habitación que sus padres.



Tabla 17. Edad hasta la que durmió en la habitación de los padres en relación con la asistencia al colegio.

p = 0,844

		Hasta qué edad durmió en la habitación de los padres							Total
		Nunca ha dormido	Hasta los 6 meses (0-6 m)	Hasta el año (7-12 m)	Hasta los 2 años (12-36 m)	Hasta los 3 años (24-36 m)	Hasta los 4 años (36-48 m)	Segue durmiendo	
Asistencia al colegio	No	0,0%	0,0%	50,0%	50,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
	Si	1,1%	23,6%	24,7%	18,0%	5,6%	1,1%	25,8%	100,0%
Total		1,1%	23,1%	25,3%	18,7%	5,5%	1,1%	25,3%	100,0%

7.2.2.3 *Cuidador habitual del menor*

El cuidador habitual del menor condiciona la edad hasta la duermen en la habitación de los padres (Figura 9, $p=0,723$), ya que podemos que cuando es una persona externa a la familia la mayoría de niños (hasta el 75%) dejan de dormir en la habitación de los padres antes del año. Los niños cuyo cuidador habitual son los progenitores han ido transicionando de forma más progresiva, el 47% durmió hasta el año en contraste al 27,2% que continúan en la habitación de los padres. Y de forma intermedia encontramos a los cuidados por familiares cercanos, los cuales el 50% durmió en la habitación de los padres hasta el año y continúan durmiendo con ellos el 16,7%.

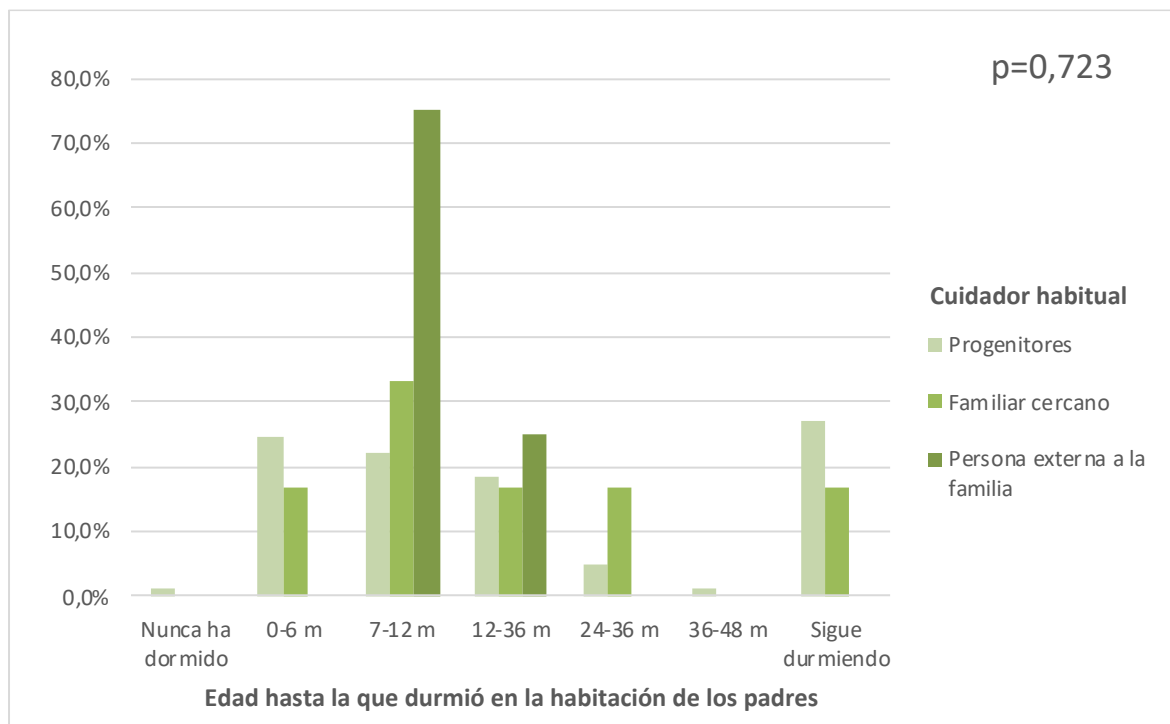


Figura 9. Edad hasta la que durmió en la habitación de los padres en relación con el cuidador habitual del menor.



Tabla 18. Método para dormir actualmente en relación con el tipo de lactancia.

p = 0,000

		Método para dormir actualmente						Total
		Mientras come (lactancia materna)	En brazos	Meciéndolo en el carro/cuna	Mientras visualiza un dispositivo electrónico	En la cuna/cama, en presencia de la madre/padre	Solo/a en la habitación	
Cuidador habitual del menor	Progenitores	1,2%	0,0%	0,0%	1,2%	74,1%	23,5%	100,0%
	Familiar cercano	0,0%	33,3%	16,7%	16,7%	0,0%	33,3%	100,0%
	Persona externa a la familia	0,0%	0,0%	0,0%	25,0%	75,0%	0,0%	100,0%
Total		1,1%	2,2%	1,1%	3,3%	69,2%	23,1%	100,0%

En la Tabla 18 podemos ver las distintas relaciones entre los distintos cuidadores habituales y el método que suelen utilizar para dormir los niños ($p=0,000$). Los niños cuyo cuidador habitual son sus padres vemos como lo más frecuente es que se queden dormidos en presencia de sus padres (74%) seguido de un 23,5% que se duermen solos en su habitación. Los niños cuidados por una persona externa a la familia como un canguro también es lo más frecuente que necesiten a sus padres para dormir (75%), pero a diferencia de los anteriores el 25% se quedan dormidos mientras visualizan un dispositivo. Por último, en aquellos cuidados de forma habitual por algún familiar cercano es igual de habitual que se queden durmiendo solos en su habitación que en brazos del familiar (33,3%), seguido por aquellos que se duermen mecidos en la cuna o en el carro y los que se duermen mientras ven un dispositivo electrónico (16,7%).

La figura 10 ($p=0,047$) nos muestra como aquellos niños cuidados por un familiar cercano son los que más frecuentemente nunca usa aparatos electrónicos después de cenar (67%), seguidos de los cuidados por sus padres (58%). Sin embargo observamos como aquellos que son cuidados por un canguro se reparte de manera equitativa en todas las opciones, forma un cuarto de cada una de ellas.

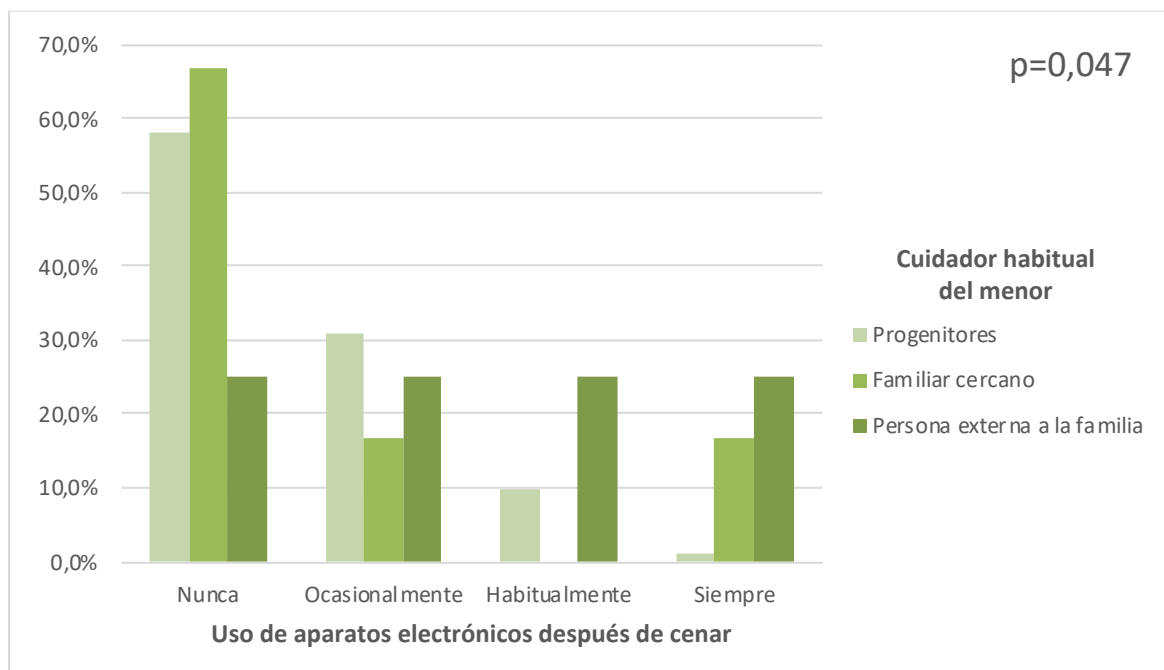


Figura 10. Uso de aparatos electrónicos después de cenar en relación con el cuidador habitual del menor.



7.2.2.4 Tipo de lactancia

De los resultados que encontramos en la Figura 11 ($p=0,172$, estadísticamente no significativa), en relación con el tipo de lactancia y la edad hasta la que durmió en la habitación de los padres, podemos destacar que el 41% de los niños con lactancia mixta dejaron de dormir en la habitación de sus padres a los 6 meses, seguido por un 20% de los niños con lactancia exclusiva y por último un 15% de los niños con lactancia materna exclusiva. Como observamos en la gráfica el mayor pico la lactancia artificial exclusiva se encuentra entre los 7 y 12 meses y de ahí va disminuyendo. Sin embargo, el mayor porcentaje de los niños con lactancia materna exclusiva se encuentra todavía durmiendo en la habitación de los padres, el 35% de estos.

En la Figura 12 ($p=0,029$) vemos como los niños con lactancia artificial exclusiva (52%) y lactancia mixta (50%) más frecuentemente duermen en una cuna separada de la cama de los padres. En contraposición el 35% de los niños con lactancia materna exclusiva duerme en la cama con los padres y solo el 15% duerme en una cuna separada.

El tipo de lactancia y la necesidad de la presencia de los padres para dormir no ha encontrado relaciones significativas (Figura 13, $p=0,067$) pero cabe destacar el 65% de los niños con lactancia materna exclusiva necesitan siempre a sus padres para conciliar el sueño, seguido del 48% de los que toman lactancia artificial exclusiva y el 41% de los niños con lactancia mixta.

El 45% de los niños con lactancia materna exclusiva siempre leen un cuento antes de dormir, siendo estos los que lo hacen con más frecuentemente. Los alimentados con lactancia artificial exclusiva suelen leerlos siempre (34%) y habitualmente (34%). Por último, los niños con lactancia mixta el 50% leen un cuento antes de dormir de forma ocasional y el 36% siempre. (Figura 14, $p=0,027$)

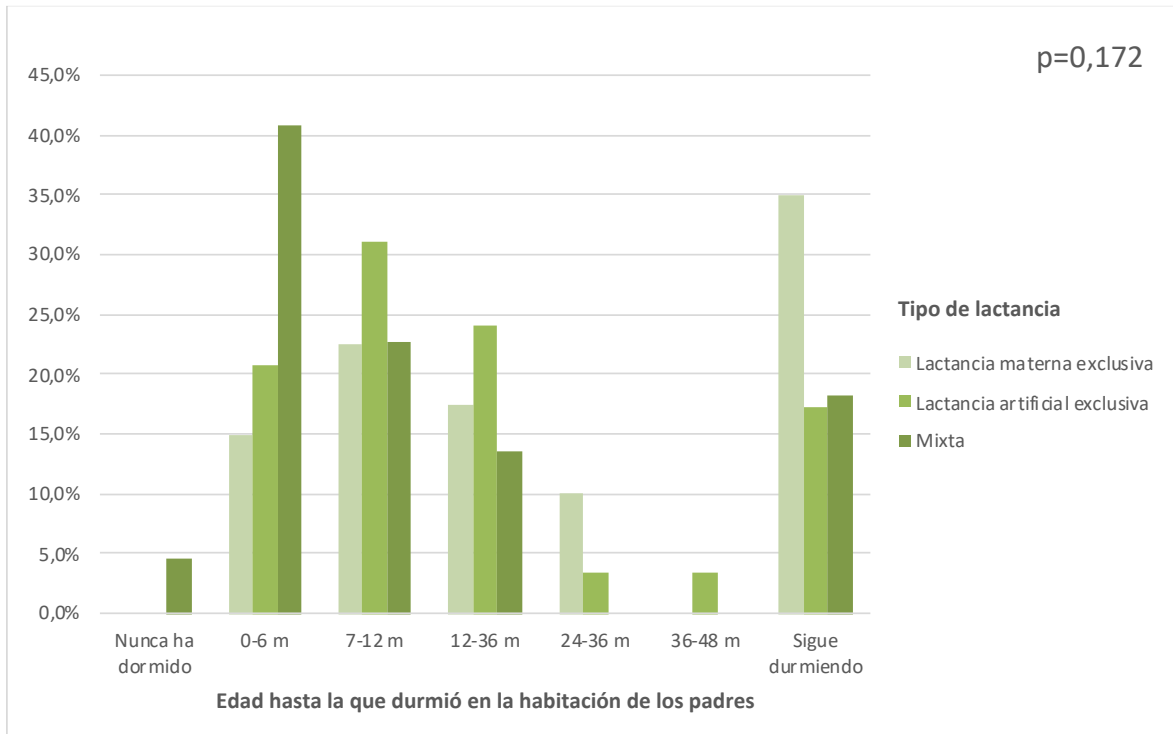


Figura 11. Edad hasta la que durmió en la habitación de los padres en relación con el tipo de lactancia.

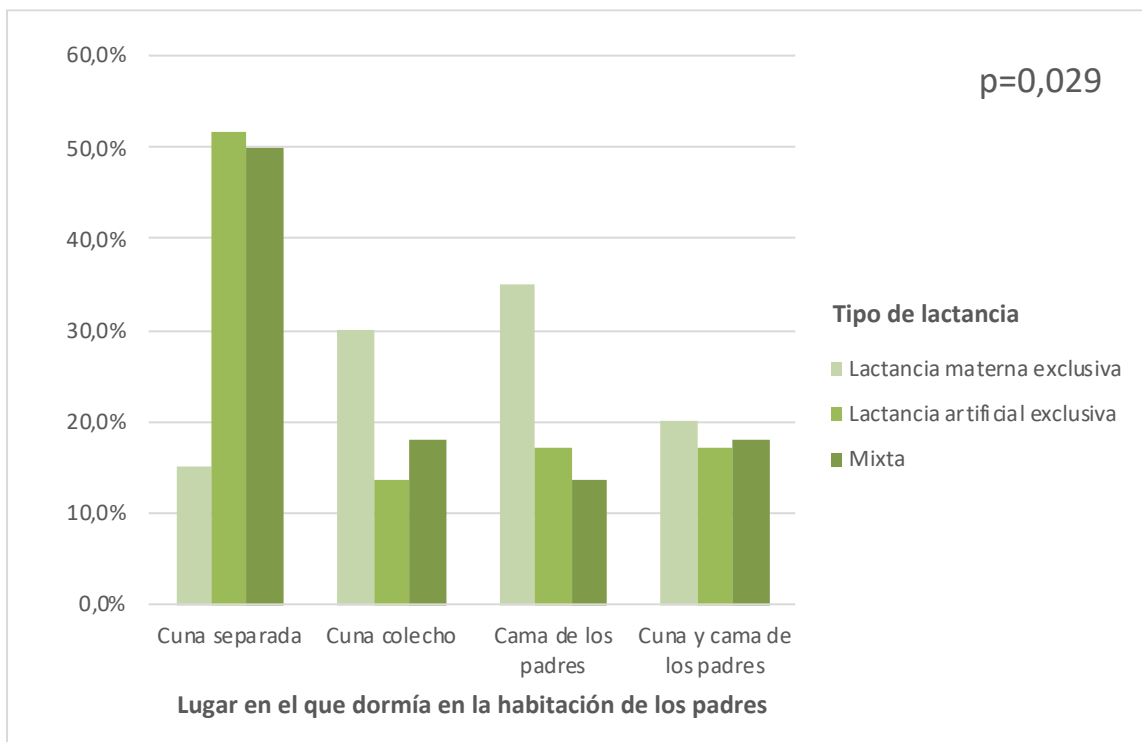


Figura 12. Lugar en el que dormía en la habitación de los padres en relación con el tipo de lactancia.

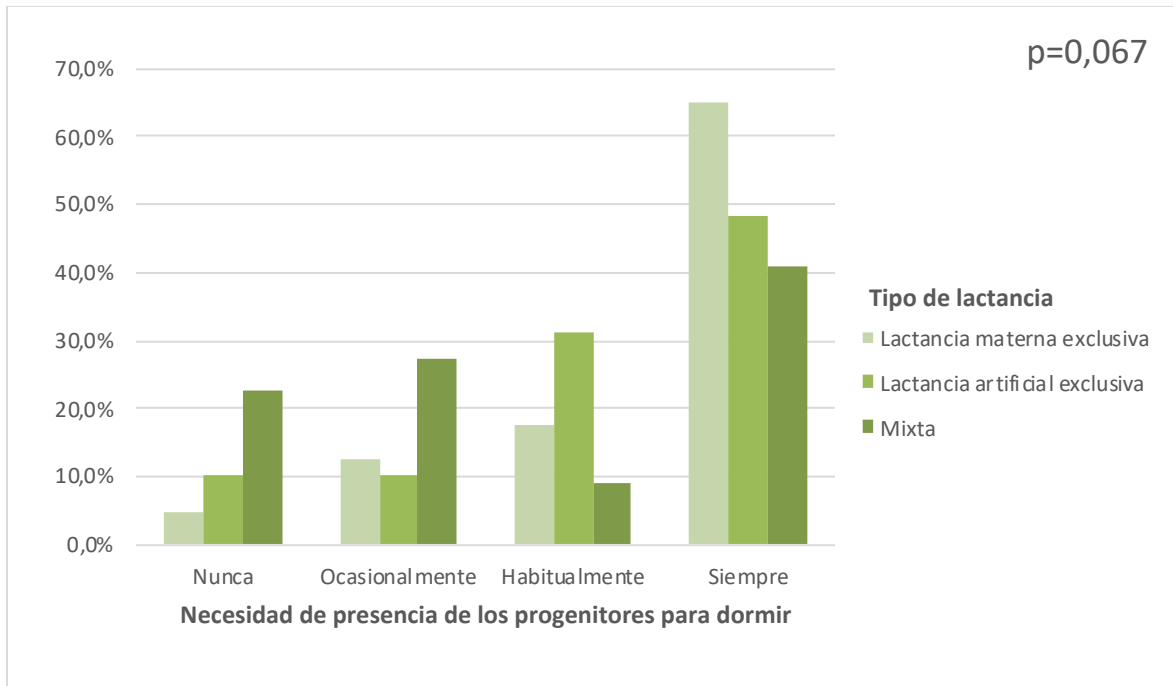


Figura 13. Necesidad de la presencia de los progenitores para dormir en relación con el tipo de lactancia.

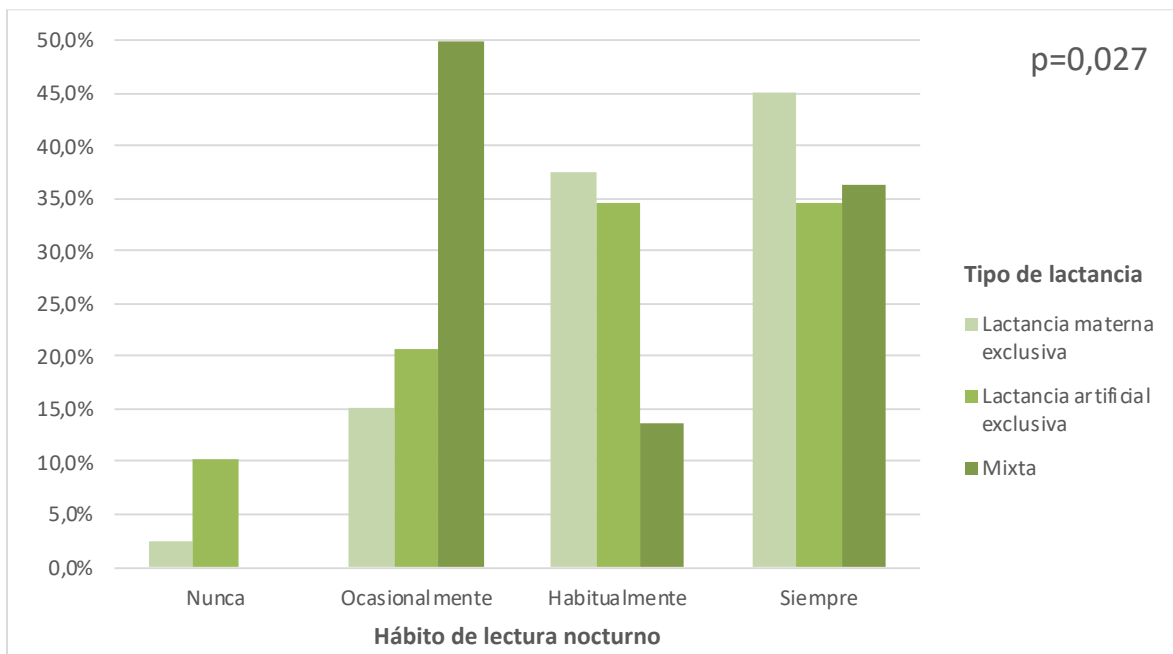


Figura 14. Hábito de lectura nocturna en relación con el tipo de lactancia.

7.2.2.5 Tipo de habitación en el momento actual

La relación entre el tipo de habitación del niño y el que duerman en la cama de los padres parte de la noche la hemos encontrado estadísticamente significativa (Figura 15, $p=0,000$). Vemos como entre los niños que tienen habitación individual o la comparten con hermanos es menos frecuente que duerman en la cama de los padres, el 43% de los que duermen en habitación individual y el 50% de los que comparten la habitación con hermanos van a dormir a la cama de sus padres solo de forma ocasional. Mientras que por otro lado encontramos como aquellos niños que duermen en la habitación de los padres es mucho más frecuente que duerman con ellos en su cama, ya que el 56% de los encuestados refieren que siempre duermen en la cama de los padres parte de la noche.

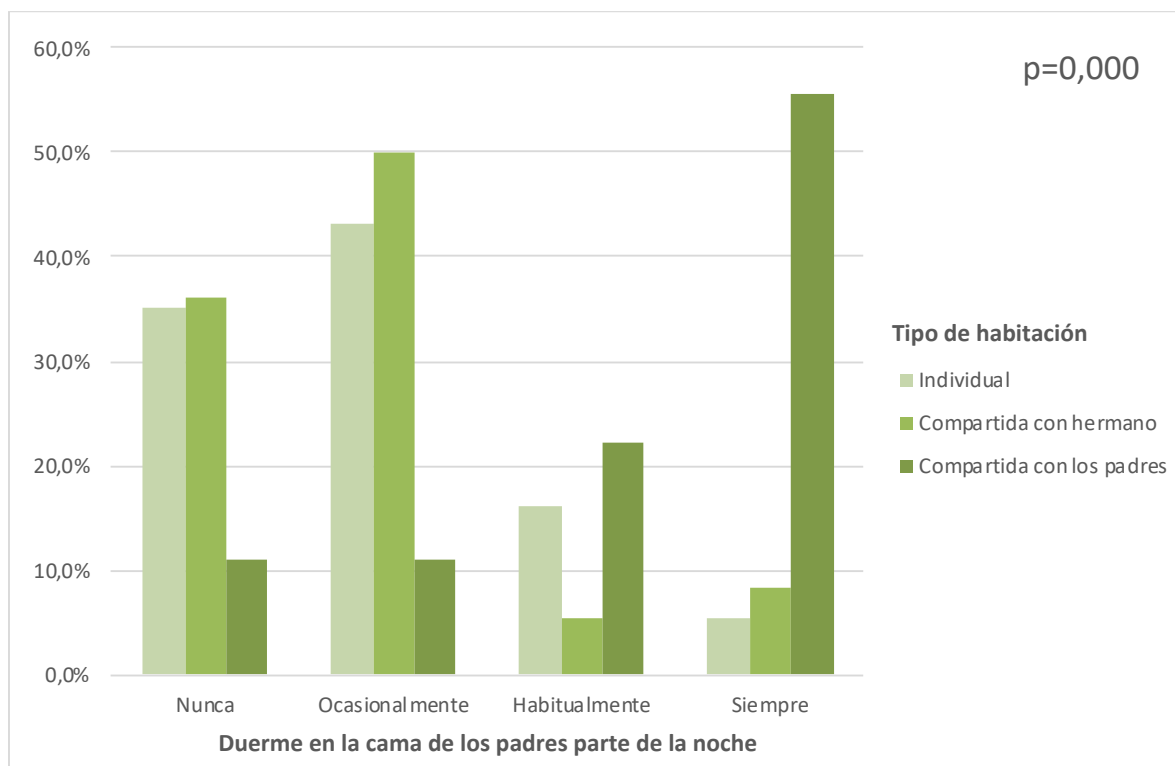


Figura 15. Duerme en la cama de los padres parte de la noche en relación con el tipo de habitación en el momento actual.

En la Tabla 19 podemos ver los datos cruzados entre la edad hasta la que durmió el menor en la habitación de los padres y el tipo de habitación en el momento actual. Podemos ver como los niños con habitación individual y los que la comparten con algún hermano dejaron de dormir en la habitación de sus padres antes de los 12 meses en un 54% y un 61% respectivamente. Sin embargo, vemos como la incidencia máxima es diferente en ambos casos, el 29,7% de los niños con habitación propia dejaron la habitación de sus padres entre los 12 y los 36 meses. Por otro lado, los niños que comparten habitación con sus hermanos cambiaron de habitación antes, el 33,3% entre los 7 y 12 meses.

Por otra parte, en la Figura 16 ($p=0,025$) vemos como aquellos niños que siempre usan aparatos electrónicos antes de dormir solo son niños que comparten habitación con algún hermano. Los que nunca ven aparatos después de cenar son el 61% de los que comparten habitación con algún hermano, el 51% de los que tienen habitación individual y el 56% de los que duermen en la habitación con sus padres.

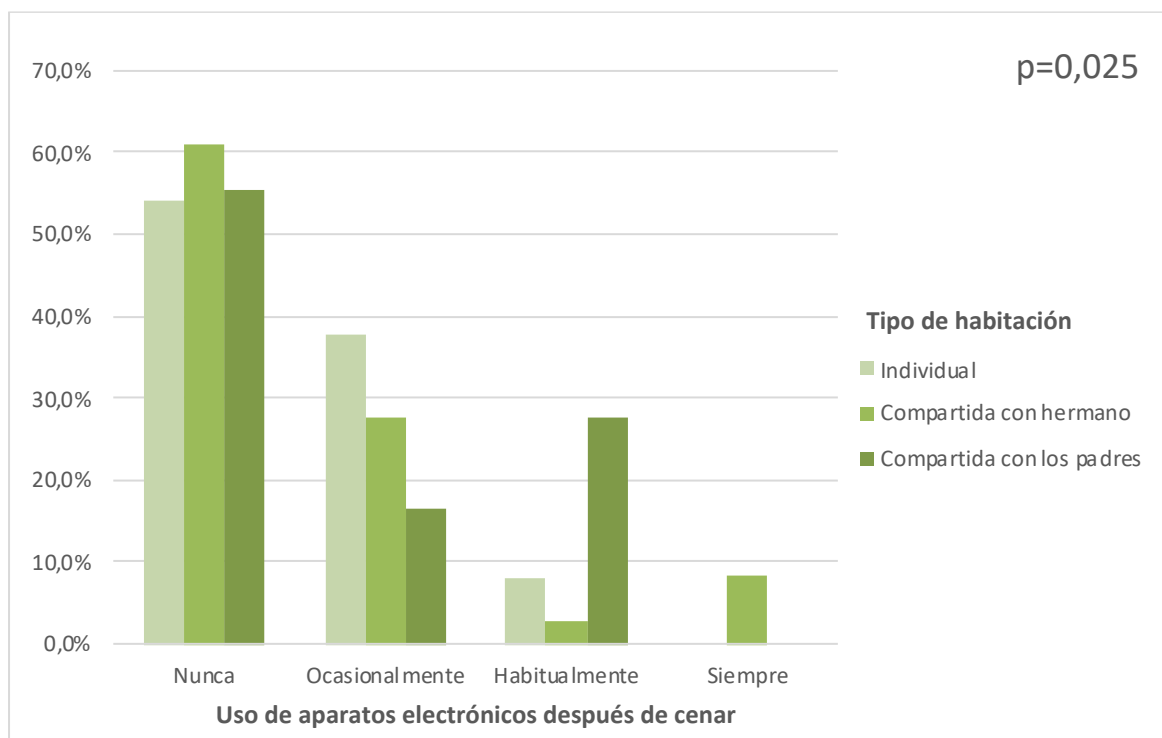


Figura 16. Uso de aparatos electrónicos después de cenar en relación con el tipo de habitación en el momento actual.



Tabla 19. Edad hasta la que durmió en la habitación de los padres en relación con el tipo de habitación en el momento actual.

$p = 0,000$

		Hasta qué edad durmió en la habitación de los padres							Total
		Nunca ha dormido	Hasta los 6 meses (0-6 m)	Hasta el año (7-12 m)	Hasta los 2 años (12-36 m)	Hasta los 3 años (24-36 m)	Hasta los 4 años (36-48 m)	Sigue durmiendo	
Tipo de habitación en el momento actual	Individual	0,0%	27,0%	27,0%	29,7%	10,8%	0,0%	5,4%	100,0%
	Compartida con hermano	2,8%	27,8%	33,3%	16,7%	2,8%	2,8%	13,9%	100,0%
	Compartida con padres	0,0%	5,6%	5,6%	0,0%	0,0%	0,0%	88,9%	100,0%
Total		1,1%	23,1%	25,3%	18,7%	5,5%	1,1%	25,3%	100,0%

7.2.2.6 Duración del sueño nocturno los días laborables

Los niños que duermen más de 10 horas los días laborables y nunca necesitan a sus padres para conciliar el sueño son marcadores de buena calidad de sueño y de higiene de sueño respectivamente (Figura 17, $p=0,001$), ya que observamos como el porcentaje de niños que cumplen estos criterios son solo un 24% de los niños que duermen más de 10 horas. Dentro de los niños que duermen menos de 9 horas el 81% necesitan siempre a sus padres para conciliar el sueño, seguido del 54% de los que duermen entre 9 y 10 horas.

Como podemos ver en la Figura 18 ($p=0,002$) los niños que duermen más de 10 horas los días laborables suelen dormirse antes de las 21:00 (62%), el resto se duermen antes de las 22:00 ya que no hay ningún caso que consiga dormir esas horas necesarias acostándose más tarde de esa hora. Por otro lado, observamos como de los niños que duermen menos de 9 horas lo más frecuente es que se duerman entre las 21:00 y las 21:59, siendo un 63% de estos.

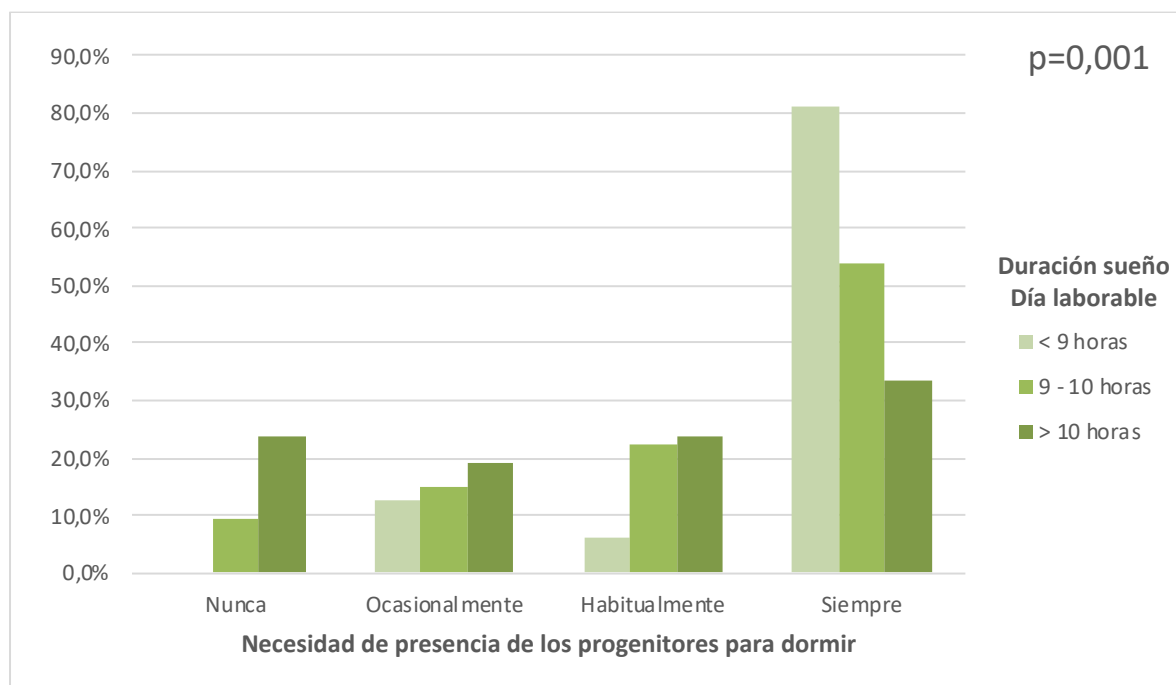


Figura 17. Necesidad de la presencia de los progenitores para dormir en relación con la duración del sueño los días laborables.

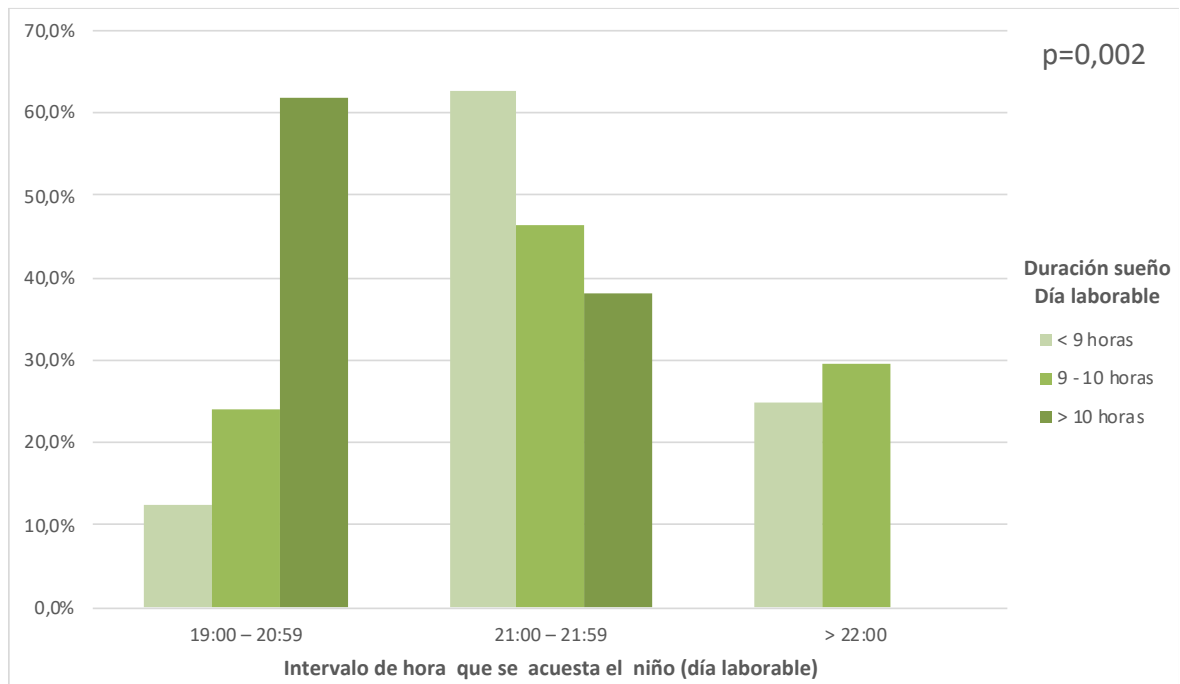


Figura 18. Intervalo de hora que se acuesta el niño (día laborable) en relación con la duración del sueño los días laborales.

7.2.2.7 Duración del sueño nocturno los días no laborales

A continuación, volvemos a ver un comportamiento similar al anterior en este apartado (Figura 17), esta vez relacionada con la duración del sueño los días no laborales. Observamos como el porcentaje de los niños que duermen más de 10 horas y nunca necesitan a sus padres para conciliar el sueño disminuye hasta el 14% de los encuestados y el porcentaje de los niños que duermen menos de 10 horas y siempre necesitan a sus padres se mantiene estable. (Figura 19, $p=0,022$)

De nuevo, como se puede valorar en la Figura 20 ($p=0,050$) si se comparan las diferencias de sueño entre días laborales y no laborales, encontramos que la hora a la que se van a dormir se atrasa con respecto a los días laborales y por ello ahora aquellos niños que duermen más de 10 horas pasan a irse a la cama entre las 21:00 y las 21:59 (37%), por lo que podemos suponer que la hora de despertarse también se atrasa para poder mantener las horas de sueño. Los niños que duermen menos de 9 horas también retrasan su hora de acostarse hasta llegar el 63% a después de las 22:00.

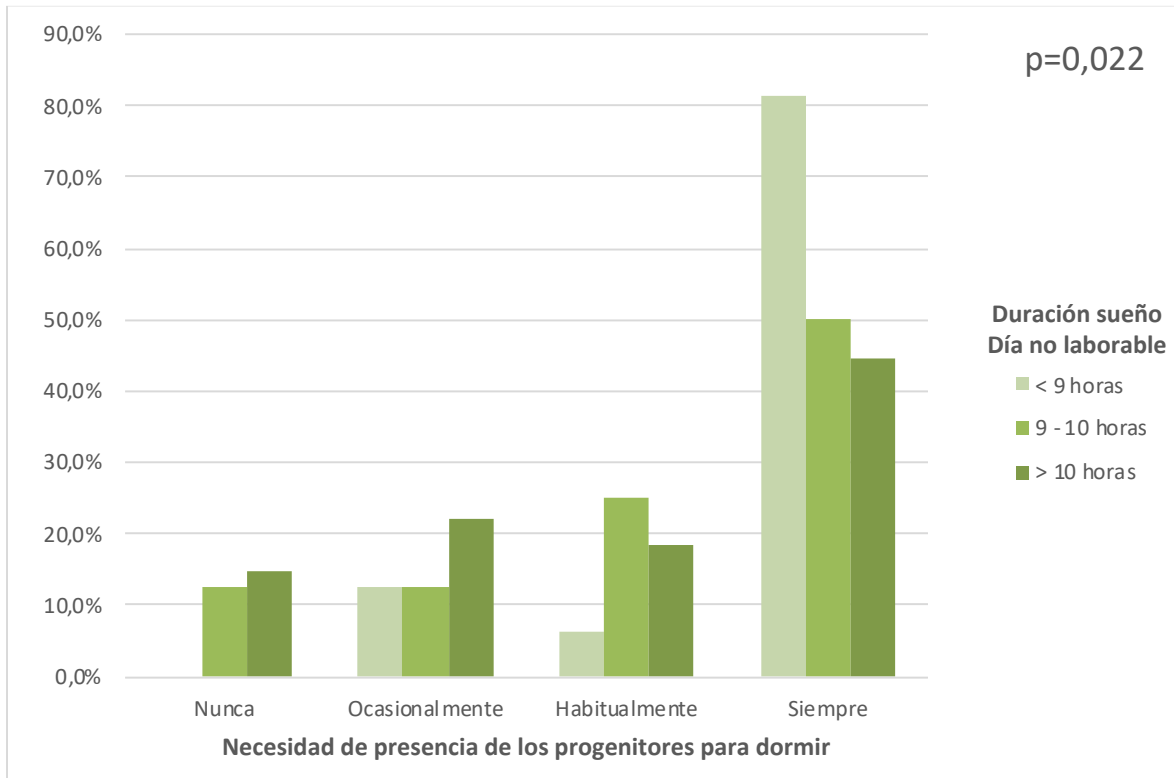


Figura 19. Necesidad de la presencia de los progenitores para dormir en relación con la duración del sueño los días no laborales.

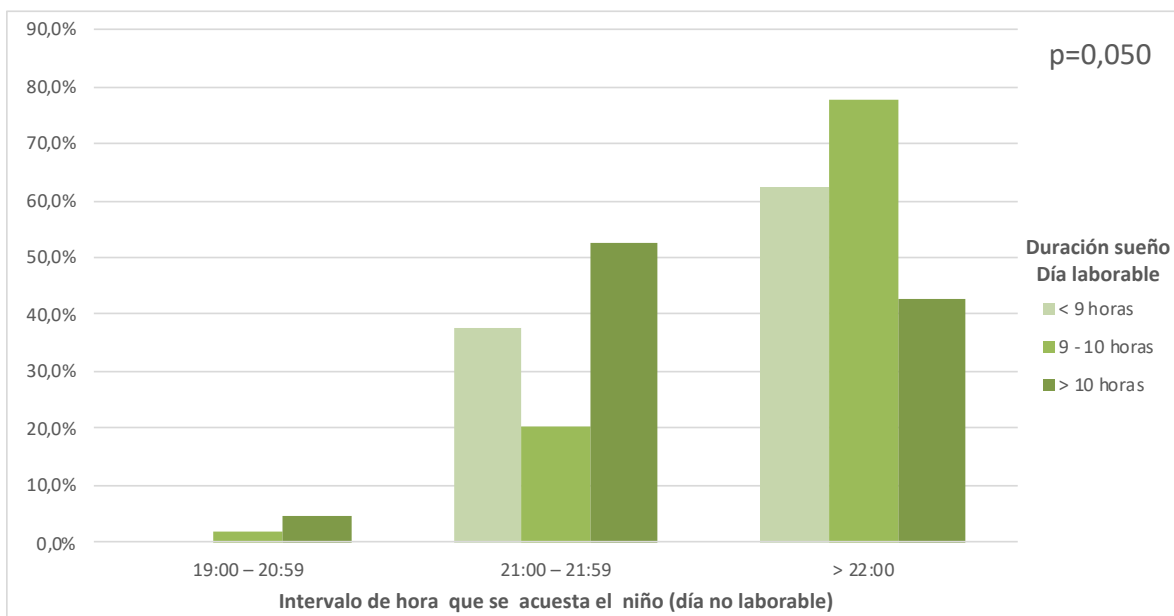


Figura 20. Intervalo de hora que se acuesta el niño (día no laboral) en relación con la duración del sueño los días laborales.



7.2.2.8 *Número de despertares nocturnos de media el último mes*

En la Tabla 20 queda patente la influencia de la necesidad de los padres para dormir en relación con el número de despertares nocturnos durante el sueño ($p=0,000$). Encontramos una tendencia que según van aumentando el número de despertares de media al mes va aumentando la frecuencia con la que necesitan a sus padres para dormir, aquellos que tienen 1 o ningún despertar necesitan siempre a sus padres el 50% y el 35,5% respectivamente, frente al 87% de los que tienen 2 despertares y el 67% de los que tienen 3. También observamos como a partir de 2 despertares todos los encuestados necesitan en alguna ocasión a sus padres para conciliar el sueño, al contrario que aquellos que no tienen ningún despertar el 26% nunca necesita a sus padres.

Tabla 20. Necesidad de la presencia de los progenitores para dormir en relación con el número de despertares nocturnos de media el último mes.

$p = 0,000$

		Necesidad de la presencia de los progenitores para dormir				Total
		Nunca	Ocasional mente	Habitual mente	Siempre	
Número de despertares nocturnos de media el último mes	0	25,8%	19,4%	19,4%	35,5%	100,0%
	1	5,9%	17,6%	26,5%	50,0%	100,0%
	2	0,0%	12,5%	0,0%	87,5%	100,0%
	3	0,0%	0,0%	33,3%	66,7%	100,0%
	4	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%
	≥ 5	0,0%	0,0%	33,3%	66,7%	100,0%
Total		11,0%	15,4%	19,8%	53,8%	100,0%

7.2.2.9 *Duerme siesta*

Existe una relación estadísticamente significativa entre los niños que duermen en la cama de sus padres parte de la noche y el sí continúan durmiendo la siesta o no (Figura 21, $p=0,050$). Destacando que la mayoría de los que duermen en la cama de forma ocasional no continúan durmiendo la siesta actualmente (48%) y, por otro lado, lo más frecuente entre los que nunca duermen en la cama de los padres es que si duerman siesta (39%).

El 58% de los niños que siempre lee un cuento antes de dormir, de forma significativa, continúa durmiendo la siesta actualmente. Sin embargo, los niños que ya no duermen la siesta no tienen un hábito de lectura tan frecuente, el 33% lo hace de forma habitual y el 30% de forma ocasional. (Figura 22, $p=0,045$)

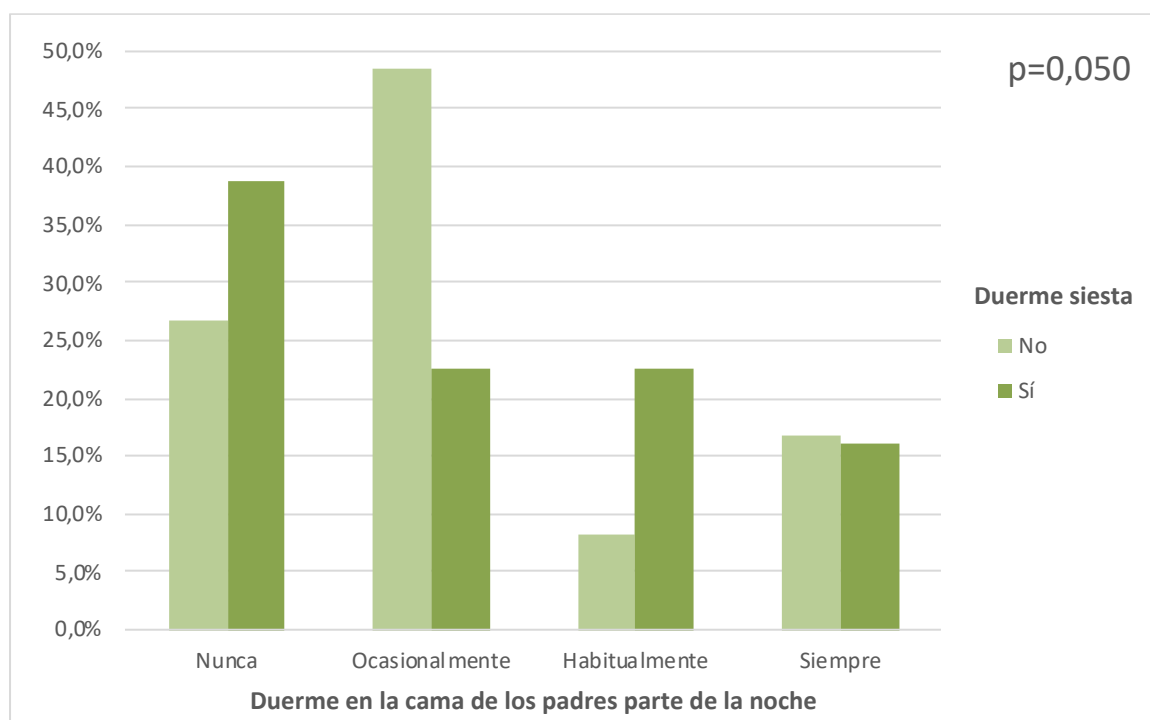


Figura 21. Duerme en la cama de los padres parte de la noche en relación con si duerme siesta o no.

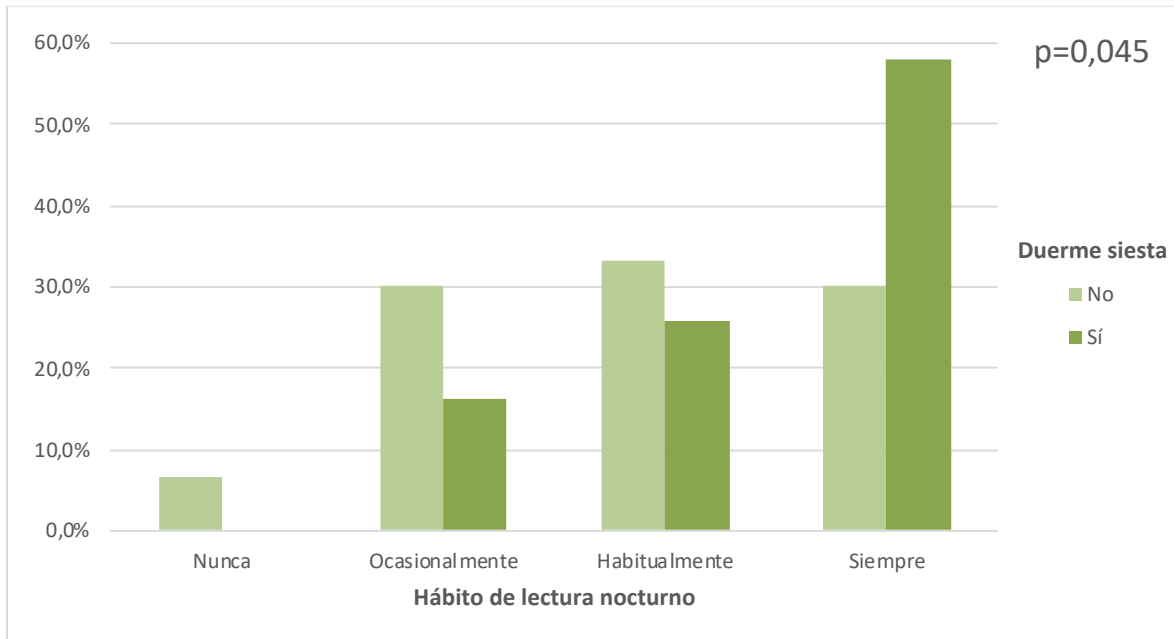


Figura 22. Hábito de lectura nocturna en relación con si duerme siesta.



7.2.3 Tipo de crianza

7.2.3.1 Tipo de lactancia materna exclusiva

En la Tabla 21 ($p=0,006$) vemos como el niño perteneciente a una familia monoparental ha tenido una lactancia materna exclusiva reglada, en contraposición a los niños con familia nuclear y familia extensa que la mayoría han tenido una lactancia materna exclusiva a demanda siendo las diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 21. Tipo de lactancia materna exclusiva en relación con la convivencia familiar en la vivienda

$p = 0,006$

		Tipo de lactancia materna		Total
		A demanda	Reglada	
Convivencia familiar en la vivienda	Monoparental (1 progenitor)	0,0%	16,7%	1,5%
	Nuclear (2 progenitores)	89,8%	66,7%	87,7%
	Extensa (progenitor/es y otros familiares)	10,2%	16,7%	10,8%
Total		100,0%	100,0%	100,0%



La Tabla 22 ($p=0,002$) nos muestra como en el caso de padres separados ha sido un tipo de lactancia materna exclusiva reglada, mientras que en los casos de padres separados la mayoría esta ha sido a demanda.

Tabla 22. Tipo de lactancia materna exclusiva en relación con los padres separados.

$p = 0,002$

		Tipo de lactancia materna		Total
		A demanda	Reglada	
Padres separados	No	100,0%	83,3%	98,5%
	Sí	0,0%	16,7%	1,5%
Total		100,0%	100,0%	100,0%



7.2.3.2 *Tipo de alimentación*

En la Tabla 23 ($p=0,034$) vemos como todos los que han tenido desde el nacimiento lactancia artificial exclusiva y los que han tenido lactancia artificial mixta no continúan con la lactancia actualmente. Sin embargo, un 12,5% de los niños que han tenido lactancia materna exclusiva desde el nacimiento continúan actualmente con la lactancia.

Tabla 23. Tipo de alimentación desde el nacimiento en relación con la lactancia materna actualmente.

$p = 0,034$

		Tipo de lactancia			Total
		Lactancia materna exclusiva	Lactancia artificial exclusiva	Mixta	
Lactancia materna actualmente	No	87,5%	100,0%	100,0%	94,5%
	Sí	12,5%	0,0%	0,0%	5,5%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%



La Tabla 24 ($p=0,000$) nos muestra como aquellos preescolares que han tenido lactancia artificial exclusiva desde el nacimiento el 89,7% no han usado nunca la mama para conciliar el sueño. Por lo contrario, encontramos a los que han tenido un tipo de lactancia materna exclusiva desde el nacimiento, el 45% de estos niños utilizan siempre la mama para dormir.

Tabla 24. Tipo de alimentación desde el nacimiento en relación con el uso de la mama para dormir.

$p = 0,000$

		Tipo de lactancia			Total
		Lactancia materna exclusiva	Lactancia artificial exclusiva	Mixta	
Uso de la mama para dormir	Nunca	17,5%	89,7%	68,2%	52,7%
	Ocasionalmente	17,5%	3,4%	22,7%	14,3%
	Habitualmente	20,0%	3,4%	4,5%	11,0%
	Siempre	45,0%	3,4%	4,5%	22,0%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%



8 DISCUSIÓN

El objetivo del trabajo era valorar el sueño de la población infantil comprendida de 3 a 5 años ya que es importante promover las mejoras en la salud y el bienestar de los niños, sobre todo en los menores de 5 años, por ello la AAP recomienda medidas preventivas para asegurar un sueño saludable durante la primera infancia. (2, 4)

Los estudios leídos durante la revisión de la bibliografía inicial del trabajo estaban de acuerdo con que un sueño de calidad en niños conlleva una mejor atención, comportamiento, funcionamiento cognitivo, regulación emocional y salud física. (3) El sueño es esencial para la salud de los más pequeños, por lo que las variaciones en el sueño pueden afectar al desarrollo neurológico, el bienestar emocional y el crecimiento general. (7,9)

Un sueño saludable debe tener una correcta duración para una buena salud psicológica, social, cognitiva, académica y física. Sin embargo, a diferencia de los adultos, las horas de sueño recomendadas cambian a lo largo del desarrollo. (42, 44, 45) Las horas que deben dormir los niños en cada etapa del desarrollo varían según la bibliografía que se revise, es por ello, por lo que para la definición de buena calidad de sueño elegimos el consenso establecido por la Academia Estadounidense de Medicina del Sueño (AEMS) ya que las han determinado para promover una salud óptima. La AEMS recomiendan que los niños entre 3 y 5 años deben dormir entre 10 y 13 horas cada 24 horas. (46)

Siguiendo la bibliografía, establecimos como criterio para la buena calidad del sueño que los niños preescolares tenían que dormir al menos 10 horas nocturnas al día tanto los días laborables como los no laborables. Los días laborables nos encontramos con que solo el 23% de los niños encuestados duermen más de 10 horas, lo que nos indica que la mayoría de los niños preescolares duermen menos de lo que necesitan. Lo más frecuente es que los niños encuestados duerman entre 9 y 10 horas de media, siendo estos el 59% de ellos. El 18% duerme menos de 9



horas, siendo muy insuficiente para niños de estas edades ya que estarían durmiendo un número de horas que serían propias de un sueño saludable en el rango de la adolescencia (46).

Como factor que parece afectar a las horas de sueño nocturno nos encontramos, en primer lugar, con que los niños con padres separados no duermen las horas necesarias, ya que de los encuestados todos duermen menos de 9 horas tanto en los días laborables como los no laborables, ya que los resultados de ambas variables son los mismos.

En segundo lugar, tenemos la relación estadísticamente significativa entre la duración del sueño en los días laborables y el tipo de habitación en la que duerme el niño en el momento actual. Esta relación nos sugiere que aquellos niños que tienen una habitación propia o la comparten con hermanos tienden a dormir más horas que aquellos que duermen en la habitación de los padres. Solo el 11% de los niños que duermen solos en su habitación duerme más de 10 horas, pero el 76% duerme entre 9 y 10 horas. Algo similar ocurría con los que comparten habitación con sus hermanos ya que el 33% duerme más de 10 horas y el 56% entre 9 y 10%. Pero de forma contraria encontramos a aquellos que duermen en la habitación de sus padres que lo más frecuente es que durmiesen menos de 9 horas por la noche (39%), disminuyendo el porcentaje de niños conforme aumentan las horas de sueño nocturno.

Por otro lado, tenemos los días no laborales en los que encontramos variaciones de las horas de sueño, los niños estos días pasan a dormir un mayor porcentaje más de 10 horas (30%) con respecto a los no laborales y en consecuencia los que duermen entre 9 y 10 horas disminuyen al 52%. Sin embargo, aquellos niños que duermen menos de 9 horas se mantienen iguales que en los días laborables. Esto nos lleva a pensar que aquellos niños que duermen horas muy insuficientes para su edad no se ven afectados por la jornada laboral, pero aquellos que duermen un poco menos de lo necesario si se ven influenciados ya que vemos como un pequeño porcentaje de ellos duerme más horas los días que no son laborables.



Para valorar un sueño eficiente también hay que tener en cuenta los despertares después del inicio del sueño, los niños en edad preescolar suelen tener problemas para permanecer dormidos, siendo una de las manifestaciones más frecuentes del insomnio infantil. (47, 48, 75)

Para el rango de edad de los preescolares establecimos como máximo un despertar durante la noche como rasgo de una calidad de sueño buena. Dentro de esta pregunta del cuestionario esto lo cumplen la mayoría de los encuestados, ya que solo el 29% se despierta 2 o más veces por noches.

La asociación entre el número de despertares nocturnos promedio en el último mes y la asistencia escolar no resultó significativa, sin embargo, se observa una diferencia notable en los patrones de despertares nocturnos entre los niños que asisten al colegio y los que no. Los resultados muestran que los niños que no asisten al colegio tienden a cumplir el criterio de no tener más de un despertar nocturno cada noche. En contraste, entre los niños que sí van al colegio, se observan porcentajes más altos de despertares nocturnos. Estos resultados sugieren que la asistencia al colegio puede estar relacionada con una mayor incidencia de despertares nocturnos en los niños, teniendo más probabilidades de experimentar múltiples despertares los que van al colegio en comparación con aquellos que no.

Por otro lado, el tipo de habitación en la que duermen los niños puede influir en la frecuencia de los despertares nocturnos. Los niños que duermen en la habitación de sus padres hemos observado que suelen tener más de un despertar nocturno en comparación a los que duermen en su propia habitación y los que comparten con algún hermano.

Además, hemos observado que todos los niños que nunca leen antes de dormir tienen solo 1 o ningún despertar durante la noche. En contraste, aquellos niños que siempre tienen este hábito antes de dormir son los que más frecuentemente experimentan despertares nocturnos. Estos hallazgos sugieren que el hábito de



leer un cuento antes de dormir puede estar asociado con una mayor incidencia de despertares nocturnos en los niños. Este hecho nos ha sorprendido porque el hábito de lectura es aconsejado por expertos, pensamos que puede ser debido a que, en nuestra opinión, se implante en los niños que tienen dificultad o problema en el sueño y en aquellos que duermen bien no lo implantan porque estos padres no necesitan rituales para conseguir que sus hijos duerman.

Entre los 3 y 5 años comienzan a haber cambios en la regulación del sueño importantes para el crecimiento y que denotan un correcto desarrollo neurológico, ya que se cree que estos correctos cambios de patrones de sueño son una evidencia de ello. Un ejemplo de esto es el cambio de un patrón de sueño bifásico a un patrón monofásico, es decir, el comienzo de la reducción y cese de las siestas diurnas a estas edades. (5, 6, 39) En la encuesta se les preguntó a sus hijos si continuaban durmiendo la siesta y en caso de respuesta afirmativa cuántas siestas al día dormían. Con estas preguntas se estableció un criterio de buena calidad del sueño, que los preescolares ya no debían dormir la siesta o máximo una siesta diurna al día. Por ello, hemos observado cómo el 66% de los preescolares había dejado de dormir la siesta y del resto que continúan durmiendo la siesta, solo 1 caso duerme más de una siesta al día.

En las tablas cruzadas encontramos una relación entre el cuidador habitual del menor y que el niño siga durmiendo la siesta. Podemos afirmar que aquellos niños que son cuidados de forma habitual por un familiar cercano, como pueden ser sus abuelos o tíos, continúan durmiendo la siesta en un mayor número en comparación con los niños cuidados por sus padres o por una persona externa a la familia.

Por último, en cuanto a las siestas, la relación significativa entre continuar durmiendo la siesta y el hábito de leer un cuento antes de dormir nos muestra cómo aquellos niños que nunca leen antes de dormir ya no duermen la siesta. Conforme aumenta la frecuencia con la que establecen el hábito, aumenta el porcentaje de estos que sí duermen siestas, llegamos a aquellos que siempre leen antes de dormir en los que el número de estos que continúan durmiendo la siesta y los que



no se iguala. Por lo que llegamos a la conclusión de que cuanto más hábito de lectura nocturno tiene el niño, más frecuentemente dichos niños continúan durmiendo la siesta hoy en día.

La higiene del sueño juega un papel muy importante en el descanso del niño y en los problemas asociados al sueño, especialmente durante la primera infancia. Favorece una alta calidad del sueño, prolonga su duración y disminuye la somnolencia diurna. (49) Una buena higiene del sueño incluyen cambios que deben adoptar tanto el niño como la familia, como el uso de rutinas o cambiar factores que pueden estar ayudando a que el sueño sea deficiente. (50, 52, 53) Teniendo en cuenta las recomendaciones recopiladas por parte de los profesionales definimos “buena higiene del sueño” para valorar su cumplimiento por parte de los niños encuestados. (50, 55)

Para definir una buena higiene del sueño comenzamos estableciendo que los niños debían haber dormido en la habitación de sus padres hasta los 12 meses máximo. Los resultados nos muestran que esto lo cumplen casi la mitad de los niños. De los restantes, un cuarto continúan en la habitación de sus padres y el otro cuarto cambió de habitación en edades posteriores.

Se observa un patrón interesante, a pesar de no haber encontrado significación estadística, en el cual el cuidador habitual del menor parece influir en la edad hasta la cual el niño duerme en la habitación de los padres. Los niños que son cuidados de forma habitual por canguros (persona externa a la familia) muestran una transición temprana a dejar la habitación de los padres y aquellos cuidados por los propios progenitores mostrando una transición más gradual.

En cuanto a la relación significativa con el tipo de habitación en la que duerme el niño en el momento actual hemos encontrado que la mayoría de los niños, tanto los que tienen habitación individual como los que comparten habitación con un hermano, dejaron de dormir en la habitación de sus padres antes de los 12 meses.



Los niños deben tener su propio espacio a la hora de dormir, por ello era importante preguntar el lugar en el que había dormido el bebé cuando dormía en la habitación de sus padres. Aquellos niños acostumbrados a dormir en la cama de sus padres o en una cuna colecho pueden haber desarrollado manías conductuales al hacerse mayores que les interfieren con una buena rutina e higiene del sueño. (66) Por ello, establecimos como correcta higiene del sueño que los niños hayan dormido en su propia cuna separada de la cama de sus padres.

La encuesta revela que solo el 35% dormía solo en su cuna, el porcentaje restante dormía en una colecho, en la propia cama de los padres o repartido entre su cuna y la cama de los padres. Podemos decir que este es un mal hábito muy extendido y que se establece desde muy temprana edad, ya que se duerme en la habitación de los padres habitualmente desde el nacimiento.

La lactancia materna puede tener un impacto sobre los hábitos de sueño del niño, ya que en este caso encontramos que facilita que los niños compartan la cama con sus padres durante la noche debido a una mayor comodidad y la facilidad para la alimentación nocturna. (52) Existe una diferencia notable entre donde dormían los niños con lactancia materna exclusiva y alimentados con lactancia artificial. Los niños con lactancia materna exclusiva tienden menos a dormir en una cuna separada (15%) en comparación a la artificial (50% tanto exclusiva como artificial).

Otro requisito que establecimos en cuanto al espacio en el que debía dormir es que nunca durmiese en la cama de sus padres, siguiendo de nuevo las recomendaciones para una buena higiene. En esta parte, hemos obtenido que lo más habitual es que los niños acudan a la cama de sus padres solo de forma ocasional, seguido de aquellos que nunca duermen con ellos. Por lo que podemos decir que los niños preescolares que duermen con sus padres de forma habitual o siempre constituyen una minoría en este caso.



Aunque estos datos cruzados con la pregunta de si los padres se encuentran separados no mostraron significación estadística, los resultados sugieren una diferencia en el lugar de dormir de los niños según el estado de los padres. Los niños de padres separados más propensos a dormir en la cama de sus padres en comparación con aquellos cuyos padres siguen juntos.

Existe una asociación significativa entre el tipo de habitación del niño y si duermen en la cama de los padres parte de la noche. Los niños que tienen su propia habitación o comparten una con hermanos tienden a dormir menos frecuentemente en la cama de los padres, la mayoría de ambos grupos no lo hacen nunca o solo de forma habitual. En comparación con aquellos que duermen en la habitación de los padres, más de la mitad de estos siempre duermen en la propia cama de los padres.

En cuanto a la relación con los niños que siguen durmiendo la siesta se encontró relación con aquellos que nunca duermen en la cama de sus padres. A diferencia de los que duermen con ellos de forma ocasional que es más frecuente que ya no duerman la siesta.

Los niños de estas edades, entre 3 y 5 años, ya pueden ser capaces de dormir solos en su habitación sin que necesiten a sus padres para poder conciliar el sueño. Pero esta transición puede ser diferente en cada niño y debe hacerse con paciencia. (53) Es por ello que encontramos que el 54% de los encuestados necesita a sus padres siempre para dormir. También lo vemos en la pregunta del método de dormir actual, en la que observamos como solo el 23% es capaz de dormir solo en su habitación frente al 69% que sigue necesitando la presencia de sus padres.

El método usado para dormir junto con el cuidador habitual nos muestra como es común que los niños cuyos cuidadores habituales son sus padres se duerman en presencia de estos. Por otro lado, los niños cuidados por un canguro tienen una tendencia similar a necesitar a sus padres para dormir, sin embargo, una proporción



notable de estos niños se duermen mientras visualizan un dispositivo electrónico, lo que podría indicar una estrategia de conciliación del sueño utilizada por el cuidador.

En cuanto a la necesidad de que estén acompañados por los padres para dormir hemos encontrado varias relaciones estadísticamente significativas. En primer lugar, parece que los niños que asisten al colegio tienen una mayor necesidad de sus padres para dormir. Porque aquellos que no asisten al colegio tienden a necesitar ocasionalmente a sus padres para dormir, mientras que entre los que sí van al colegio una proporción significativa siempre necesita a sus padres para poder conciliar el sueño.

Seguimos con su relación con la duración del sueño, tanto los días laborables como los no laborables. Ambos requisitos de buena calidad e higiene del sueño, dormir más de 10 horas y nunca necesitar a los padres, respectivamente son solo cumplidos por un 24% de los encuestados en los días laborables, llegando a disminuir al 14% los días no laborables. Este cambio podríamos atribuirlo al cambio de rutina que tienen las familias los fines de semana o que las normas se vuelvan más laxas estos días.

Por último, hemos encontrado una relación estadísticamente significativa con el número de despertares nocturnos. A medida que aumenta el número de despertares nocturnos en promedio al mes, también aumenta la frecuencia con la que los niños necesitan a sus padres para dormir. Solo los niños que nunca u ocasionalmente necesitan a sus padres para dormir cumplen el requisito de menos de dos despertares nocturnos, siendo solo el 11% de los encuestados los que cumplen de nuevo ambos criterios de calidad e higiene del sueño.

Un factor importante para la higiene del sueño es el uso de aparatos electrónicos o pantallas antes de dormir y su uso se ha relacionado con un sueño insuficiente, por ello establecimos que no debían usarse nunca. (56, 57) Los resultados cruzados con el cuidador habitual sugieren que el tipo de cuidador puede influir en el uso de



aparatos electrónicos después de cenar. Los niños cuidados por un familiar cercano o por sus padres tienden a usar menos frecuentemente estos dispositivos en comparación con aquellos cuidados por un canguro, cuyo uso se distribuye de manera uniforme en todas las opciones.

En cuanto al uso de pantallas antes de dormir y el tipo de habitación también encontramos relaciones significativas, como que el dormir en la habitación con tus hermanos es un factor para que este dentro de la rutina visualizar pantallas antes de dormir. Sin embargo, aquellos que nunca las ven establecen una distribución similar sin importar el tipo de habitación en la que duermen.

Como parte de crear una rutina de sueño está el hábito de lectura antes de dormir para ayudar a conciliar el sueño y mantener una buena higiene del sueño. Es un hábito ampliamente extendido por los datos recogidos, el 40% de los niños lee un cuento siempre antes de dormir y solo el 4% no lo hace nunca. (51) Hemos encontrado que existe una clara relación entre el hábito de lectura nocturno y el tipo de lactancia. El 45% de los niños con lactancia materna exclusiva siempre leen un cuento antes de dormir, lo que indica que este grupo es el que más a menudo incorpora la lectura como parte de su rutina de sueño. En comparación, los niños alimentados con lactancia artificial exclusiva tienen una distribución más equitativa, con un 34% que lo hace siempre y otro 34% que lo hace habitualmente.

Diseñar su rutina de acostarse a una hora definida es otra de las recomendaciones más importantes para una buena higiene del sueño. (55) Teniendo en cuenta esto y el rango de edad estudiado establecimos que los niños preescolares debían dormirse antes de las 21:00 todas las noches. Este criterio solo lo cumplen un 31% de los niños encuestados los días laborables pero disminuye a un 2% los fines de semana y festivos, por lo que aparte de afirmar que pocos niños se acuestan a la hora que deberían vemos una clara variación en esta que hace imposible crear una rutina sólida para el niño.



La relación significativa entre la hora a la que se acuestan los niños y la duración de sueño en días laborables nos muestra como la mayoría de los niños que duermen más de 10 horas se duermen antes de las 21:00 (62%), lo que nos sugiere que acostarse temprano se asocia con una mayor duración del sueño. Además, no encontramos ningún caso en el que un niño duerma más de 10 horas los días laborables acostándose más tarde de las 22:00. En comparación a los días no laborables vemos como los niños que duermen más de 10 horas pasan a irse a la cama entre las 21:00 y las 21:59, por lo que para seguir cumpliendo las horas de sueño pasan a acostarse más tarde y también a despertarse más tarde.



9 CONCLUSIONES

1. Los niños de entre 3 y 5 años presentan un sueño deficiente, de menos de 10 horas diarias tanto en días laborales como festivos, hecho que puede afectar negativamente y poner en riesgo el desarrollo físico, cognitivo y emocional.
2. Los hijos de padres separados presentan un sueño de peor calidad caracterizado por menos horas de sueño y la necesidad de realizar colecho.
3. El colecho repercute en la calidad e higiene de sueño de los niños, ya que aumenta el número de despertares nocturnos y disminuyendo la duración del sueño y entorpece el paso a su propia habitación.
4. Los preescolares que acuden al colegio presentan mayor número de despertares nocturnos, al igual que, los que realizan colecho y los que necesitan la lectura de un cuento como ritual de sueño.
5. Los niños que quedan al cuidado de los familiares, en ausencia de las figuras paternas, no presentan el correcto cambio en el patrón de sueño bifásico a patrón monofásico realizando más número de siestas.
6. Los niños cuyos cuidadores habituales son personas externas a la familia muestran una transición temprana a dormir en su habitación frente a los que son cuidados por los propios padres que muestran una transición más gradual.
7. Una estrategia para la conciliación del sueño utilizada por el cuidador externo a la familia es el uso de las pantallas, hecho que también lo presenta aquellos preescolares que comparten habitación y que condiciona peor descanso.
8. El uso de la lectura como ritual de sueño no modifica la calidad del mismo en los niños de estas edades.
9. Solo un tercio de los niños de esta edad son capaces de conciliar el sueño solos.
10. La hora en la que el niño preescolar se va a la cama influye en la duración y calidad del sueño, recomendando por ello, que a esta edad, los niños se duerman antes de las 21 horas.
11. Los preescolares que continúan con la lactancia materna presentan mayor dificultad para conciliar el sueño utilizando la mama para dormir y con ello realizan más colecho. Sin embargo, la lectura nocturna está más extendida en los niños de este grupo lo que nos lleva a pensar también fomenta buenos hábitos de sueño futuros.



10 ANEXOS

Anexo 1. Encuesta Poblacional.

Acceso al
cuestionario →
online



ENCUESTA HIGIENE DEL SUEÑO

Formulario de preguntas destinado a padres o tutores de niños con una edad entre 6 meses y 5 años.

Tabla 1. Fecha	
Variable	Respuesta
1. Fecha de la encuesta	/ /

Tabla 2. Datos de filiación	
Variable	Respuesta
2. Nombre del menor	[-]
3. Fecha de nacimiento del menor	/ /
4. Edad del menor	a) 6 – 12 meses (6-12 m)
	b) 1 año (13-24 m)
	c) 2 años (25-36 m)
	d) 3 años (37-48 m)
	e) 4 años (49-60 m)
	f) 5 años (61-72 m)
5. Género del menor	a) Masculino b) Femenino

Tabla 3. Datos generales	
Variable	Respuesta
6. Convivencia familiar (en la vivienda)	a) Monoparental (1 progenitor)
	b) Nuclear (2 progenitores)
	c) Extensa (progenitor/es y otros familiares)
	d) Ensamblada (uno o ambos miembros de la actual pareja tiene uno o varios hijos de uniones anteriores)
7. Padres separados	a) Sí b) No
8. Custodia compartida	a) Sí



Progenitor 1	
9. Género	a) Masculino
	b) Femenino
10. Edad	a) 18 - 24
	b) 25 - 29
	c) 30 - 34
	d) 35 - 39
	e) 40 - 45
	f) 46 - 50
	g) 51 - 60
	h) Más de 60
11. Nivel de estudios	a) Primarios
	b) Secundarios
	c) Bachiller
	d) Universitarios
	f) Otros
12. Situación laboral	a) En activo
	b) En paro
	c) Amo/a de casa
13. Tipo de actividad laboral (empleo)	[-]
14. Tipo de trabajador	a) Trabajador por cuenta ajena
	b) Trabajador por cuenta propia (autónomo)
15. Horario laboral	a) Jornada partida
	b) Jornada continua
16. Horario laboral	a) Jornada completa
	b) Jornada parcial
17. Horario laboral	a) Jornada diurna
	b) Jornada nocturna
	c) Ambas (diurna y nocturna)
18. Horario laboral	a) Jornada fija
	b) Jornada rotatoria



19. Hora de salida del domicilio previa a la jornada laboral (por ejemplo: 08:00)	[-]
20. Hora de llegada al domicilio tras la jornada laboral (por ejemplo: 17:00)	[-]
21. ¿Se encuentra actualmente de baja laboral (maternidad / paternidad, o cualquier otro motivo)?	a) Sí
	b) No
Progenitor 2 (En caso de <u>sí</u> nuclear)	
22. Género	a) Masculino
	b) Femenino
23. Edad	a) 18 - 24
	b) 25 - 29
	c) 30 - 34
	d) 35 - 39
	e) 40 - 45
	f) 46 - 50
	g) 51 - 60
	h) Más de 60
24. Nivel de estudios	a) Primarios
	b) Secundarios
	c) Bachiller
	d) Universitarios
	e) Otros
25. Situación laboral	a) En activo
	b) En paro
	c) Amo/a de casa
26. Tipo de actividad laboral (empleo)	[-]
27. Tipo de trabajador	a) Trabajador por cuenta ajena
	b) Trabajador por cuenta propia (autónomo)
28. Horario laboral	a) Jornada partida
	b) Jornada continua



29. Horario laboral	a) Jornada completa
	b) Jornada parcial
30. Horario laboral	a) Jornada diurna
	b) Jornada nocturna
	c) Ambas (diurna y nocturna)
31. Horario laboral	a) Jornada fija
	b) Jornada rotatoria
32. Hora de salida del domicilio previa a la jornada laboral (por ejemplo: 08:00)	[-]
33. Hora de llegada al domicilio tras la jornada laboral (por ejemplo: 17:00)	[-]
34. ¿Se encuentra actualmente de baja laboral (maternidad / paternidad, o cualquier otro motivo)?	a) Sí
	b) No

Tabla 4. Descriptivo de antecedentes de crianza y hábitos de sueño actuales

Variable	Respuesta
35. Número de hijos	a) 1
	b) 2
	c) 3
	d) 4
	e) 5 o más
36. Posición en la fratria	a) Hijo único
	b) Primogénito
	c) Mediano
	d) Último
37. Asistencia a guardería o colegio	a) Sí
	b) No
38. Cuidador habitual del menor	a) Progenitor/es
	b) Familiar cercano (abuel@/s, tí@s, ...)
	c) Persona externa a la familia (canguro)
39. En caso de que los progenitores no estén presentes, quién es el cuidador habitual del menor	a) Familiar cercano (abuel@/s, tí@s, ...)
	b) Persona externa a la familia (canguro)



40. Desde el nacimiento, tipo de alimentación	a) Lactancia materna exclusiva
	b) Lactancia artificial exclusiva
	c) Mixta
41. Duración de la lactancia materna exclusiva (meses) (En caso de <u>sí</u> lactancia materna)	[-]
42. ¿Actualmente toma lactancia materna? (En caso de <u>sí</u> lactancia materna)	a) Sí
	b) No
43. Tipo de lactancia materna exclusiva (En caso de <u>sí</u> lactancia materna exclusiva)	a) A demanda
	b) Reglada
44. ¿Uso de la mama para dormir? (En caso de <u>sí</u> lactancia materna)	a) Siempre
	b) Habitualmente
	c) Ocasionalmente
	d) Nunca
45. Uso de chupete para dormir	a) Sí
	b) No
46. ¿Hasta qué edad durmió en la habitación de los padres?	a) Nunca ha dormido
	b) Hasta los 6 meses (0-6 m)
	c) Hasta el año (7-12 m)
	d) Hasta los 2 años (24-36 m)
	e) Hasta los 3 años (24-36 m)
	f) Hasta los 4 años (36-48 m)
	g) Sigue durmiendo
47. Lugar en el que dormía en la habitación de los padres	a) Cuna separada
	b) Cuna colecho
	c) Cama de los padres
	d) Cuna y cama de los padres
	e) Nunca lo ha hecho
48. Duerme en la cama de los padres parte de la noche	a) Siempre
	b) Habitualmente
	c) Ocasionalmente
	d) Nunca



49. Método para dormir actual	a) Mientras come (lactancia materna)
	b) En brazos
	c) Meciéndolo en el carro / cuna
	d) Mientras visualiza un dispositivo electrónico
	e) En la cuna / cama, en presencia de la madre/padre
	f) Solo/a en la habitación
50. Adulto que más frecuentemente acompaña al niño durante el ritual de sueño* <i>*Ritual de sueño: pasos que hay que realizar antes de meterse en la cama</i>	a) Progenitor 1
	b) Progenitor 2
	c) Alternancia Progenitor 1 y Progenitor 2
	d) Ambos progenitores a la vez
	e) Familiar cercano (abuel@/s, tí@s, ...)
	f) Persona externa a la familia (canguro)
51. Necesidad de presencia de los progenitores para dormir	a) Siempre
	b) Habitualmente
	c) Ocasionalmente
	d) Nunca
52. Tipo de habitación en el momento actual	a) Individual
	b) Compartida con hermano
	c) Compartida con padres
	d) Compartida con otros
53. Uso de aparatos electrónicos después de cenar (iPad, móvil, ...)	a) Siempre
	b) Habitualmente
	c) Ocasionalmente
	d) Nunca
54. Hábito de lectura nocturno (cuento)	a) Siempre
	b) Habitualmente
	c) Ocasionalmente
	d) Nunca
55. Hora en la que el niño se acuesta a dormir por la noche (día laborable)	[-]



56. Hora en la que el niño se acuesta a dormir por la noche (fin de semana / festivo)	[-]
57. Duración del sueño nocturno (día laborable)	a) <9 horas
	b) 9-10 horas
	c) >10 horas
58. Duración del sueño nocturno (fin de semana / festivo)	a) <9 horas
	b) 9-10 horas
	c) >10 horas
60. Número de despertares durante el sueño (la media del último mes)	a) 0
	b) 1
	c) 2
	d) 3
	e) 4
	f) 5 o más
61. Duerme siesta	a) Sí
	b) No
62. Número de siestas / día (En caso de que <u>sí</u> duerma siesta)	a) 1
	b) 2
	c) 3
	d) 4
	e) 5 o más
63. Horario en el que duerme la siesta (En caso de que <u>sí</u> duerma siesta)	[-]



Tabla 5. Alteraciones del sueño familiares	
Variable	Respuesta
64. Progenitor 1: Preferencia por	a) Madrugar (levantarse pronto) b) Trasnóchar (quedarse despierto hasta tarde)
65. Progenitor 2: Preferencia por (En caso de <u>sí nuclear</u>)	a) Madrugar (levantarse pronto) b) Trasnóchar (quedarse despierto hasta tarde)
66. Duración del sueño nocturno del Progenitor 1 (aproximación del último mes)	[-]
67. Duración del sueño nocturno del Progenitor 2 (aproximación del último mes) (En caso de <u>sí nuclear</u>)	[-]
68. Necesidad de medicamento para dormir en el último mes de alguno de los Progenitores	a) Siempre b) Habitualmente c) Ocasionalmente d) Nunca
69. Presencia de alteración del sueño en familiar de primer grado (hermano o padre del progenitor)	a) Sí b) No
70. Presencia de alteración del sueño en alguno de los hijos (hermanos del menor)	a) Sí b) No



Anexo 2. Aprobación Comité de Ética de la Investigación de la Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir.



INFORME DEL COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN DE LA UNIVERSIDAD CATOLICA DE VALENCIA SAN VICENTE MÁRTIR (CEI).

Dra. Mar Aranda Jurado, Secretaria del Comité de Ética de la Investigación de la Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir

Certifico que:

Ha tenido entrada en la reunión del Comité de Ética de la Investigación (CEI) de la Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir en su reunión, de fecha **26 de enero de 2022**, la solicitud de evaluación del proyecto de investigación, relacionado a continuación:

Título: **“Impacto del horario laboral de los padres en el sueño del niño menor de 6 años”**.
Código del proyecto: **UCV/2022-2023/041**
Investigador Principal: **Alicia Desantes Nieto**

El Comité de Ética de la Investigación ha acordado **informar favorablemente el mismo**.

Valencia, 30 de enero de 2023.

MARIA MAR
ARANDA
JURADO

Firmado digitalmente por MARIA
MAR|ARANDA|JURADO
Nombre de reconocimiento (DN):
cn=MARIA MAR|ARANDA|JURADO,
serialNumber=52648490H,
givenName=MARIA MAR,
sn=ARANDA JURADO,
ou=CIUDADANOS, o=ACCV, c=ES
Fecha: 2023.02.07 10:41:36 +01'00'

Mar Aranda Jurado
Secretaria del Comité de Ética de la Investigación



Anexo 3. Autorización Hospital La Salud.



**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE VALENCIA SAN VICENTE MÁRTIR
FACULTAD DE MEDICINA**

Siguiendo con el plan de estudios el alumno LUCIA BUENA MARTÍNEZ realiza el trabajo final de grado bajo la tutorización de Dra EVA CARVAJAL ROCA titulado: VALORACIÓN DEL SUEÑO EN LE NIÑO PREESCOLAR en el Servicio de Pediatría del Hospital La Salud.

Es un estudio observacional y en su realización la alumna se compromete a no utilizar ningún dato personal de la población a estudio.

Por todo lo anterior, se autoriza su realización.

Valencia a 20 de diciembre 2023

Fdo: Director Médico del Servicio de Pediatría del Hospital La Salud
Dr D. Leandro Picó Sirvent



Anexo 4. Modelo hoja informativa a los participantes en el estudio.

HOJA INFORMATIVA A LOS PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO

Título: Impacto del horario laboral de los padres en el sueño del niño menor de 6 años.
Investigador principal: Alicia Desantes Nieto

El objetivo principal de este documento es informar a los participantes acerca del estudio que se va a realizar en el Hospital La Salud de Valencia (Carrer del Dr. Manuel Candela 41, 46021).

La participación en este estudio es completamente voluntaria y puede declinar su consentimiento en cualquier momento sin necesidad de dar explicación alguna y sin que su relación con su médico de cabecera, pediatra o Centro Médico se vea alterada de ningún modo. Los datos cumplimentados en el cuestionario se mantendrán en el anonimato durante la completa realización del estudio, y una vez este sea finalizado se procederá a su destrucción.

Objetivo del estudio

Conocer el impacto del horario laboral de los padres en el sueño del niño, tanto en sus hábitos como en su duración y consecuencias, con el fin de realizar un estudio descriptivo entre diferentes realidades. Mediante dicho cuestionario se pretende brindar la información de apoyo necesaria a todos los pacientes, con el fin de que puedan tomar decisiones basadas en información de calidad y resolver sus dudas frente a los hábitos de sueño de sus hijos.

¿Por qué se me ofrece participar?

La invitación a la participación es el resultado de una muestra aleatoria realizada basada en criterios de selección del estudio; criterios básicos como la edad y lugar de residencia.

¿En qué consiste mi participación?

En caso de que acepte participar, se procederá a la realización de un breve cuestionario con una duración no superior a 10 minutos. Ante cualquier duda frente a su realización, podrá consultar al personal de referencia.

¿Existe algún riesgo o inconveniente?

No existe riesgo ni inconveniente alguno, tanto si decide participar como si declina este ofrecimiento.

¿Dónde puedo consultar los resultados del estudio?

En caso de que lo desee, en el propio cuestionario existe un apartado a rellenar con su correo electrónico personal al cual le remitiremos los resultados del estudio una vez finalizado. Este correo electrónico permanecerá almacenado en una base de datos privada que no se compartirá bajo ningún concepto y cuyo único objetivo será informar a los participantes que lo deseen una vez finalizado el estudio.

¿Dónde se publicará este estudio?

Dado que este estudio forma parte de un TFG (Trabajo de Final de Grado) de un estudiante de Medicina, será expuesto ante un Comité de Evaluación en la Universidad Católica de Valencia y posteriormente podrá utilizarse en ámbitos de uso científico. A pesar de esto, en ningún momento se presentará ningún dato personal de ninguno de los participantes.



¿Cómo se protegerá la confidencialidad de mis datos?

El tratamiento, comunicación y cesión de sus datos se hará conforme a lo dispuesto por la Ley Orgánica 372018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. En todo momento, usted podrá acceder a sus datos, corregirlos o cancelarlos.

Sólo el equipo investigador, los representantes del promotor y las autoridades sanitarias, que tienen deber de guardar la confidencialidad, tendrán acceso a todos los datos recogidos por el estudio. Se podrá transmitir a terceros la información que no pueda ser identificada. En el caso de que alguna información sea transmitida a otros países, se realizará con un nivel de protección de los datos equivalente, como mínimo, al exigido por la normativa de nuestro país. Sus datos serán recogidos y conservados hasta acabar el estudio de forma anónima, es decir, que romperá todo vínculo que pueda identificar a la persona donante de los datos, no pudiendo ser identificado ni siquiera por el equipo investigador.

¿Existe alguna retribución económica?

No existe ninguna retribución económica ni para los investigadores ni para alguno de los participantes.

¿Qué beneficios conlleva mi participación?

Su participación en el estudio contribuirá al avance de la investigación científica.



Anexo 5. Modelo Consentimiento Informado.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título: Impacto del horario laboral de los padres en el sueño del niño menor de 6 años.

Nombre y Apellidos: _____

DNI: _____

Fecha: _____

- He leído la hoja informativa, he podido consultar cualquier duda con la persona que me la entregó y, por ende, todas han quedado resueltas.
- Entiendo que mi participación es plenamente voluntaria, no recibiré retribución económica.
- Entiendo que puedo revocar mi consentimiento de participación en el estudio en cualquier momento, sin dar explicación alguna y sin ninguna consecuencia sobre mi atención médica.
- Apruebo que mis datos sean procesados y tratados acorde a como se describe en la hoja informativa.
- Presto libremente mi conformidad a participar en este estudio.
- Accedo a que mis datos sean conservados para futuros trabajos una vez finalizado este estudio, siempre y cuando sea imposible mi identificación personal por parte de ningún investigador o medio.

Nombre del participante:

Firma del participante:

Nombre del investigador:

Firma del investigador:

Anexo 6. Certificado de Validación del cuestionario por Comité de Expertos

CERTIFICADO DE VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO AD HOC MEDIANTE EL MÉTODO DELPHI

Por la presente, en Valencia a 9 de noviembre de 2022, los miembros abajo firmantes certifican haber revisado el cuestionario destinado a progenitores/tutores de niños entre 0-5 años, para realizar el Trabajo de Fin de Grado de Medicina titulado: *“Impacto del horario laboral de los padres en el sueño del niño menor de 6 años”*, realizado por la alumna Alicia Desantes Nieto de 6º de Medicina de la Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir. El cuestionario ha sido modificado de acuerdo con las recomendación e indicaciones recibidas por todos aquellos miembros que firman este documento, mostrando su conformidad con la utilización del mismo, con el fin de recopilar datos que muestre una imagen poblacional lo más útil, adecuada y fidedigna a la realidad posible.

Así pues, el cuestionario adjunto al final de este documento está constituido por un total de 70 preguntas, con un apartado general común que consta de 65 preguntas (número variable si se trata de uno o de dos progenitores), y otro apartado específico, con 5 preguntas destinadas a aquellos pacientes que sigan con lactancia materna. El componente general del cuestionario se subdivide en 5 apartados en los cuales se pretende evaluar, la edad y el sexo del menor, los datos generales de convivencia familiar, los antecedentes de crianza y hábitos de sueño actuales, y las alteraciones del sueño familiares.



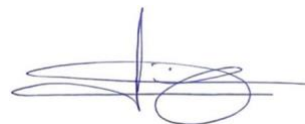
Gonzalo Pin Arboledas
Jefe Servicio Pediatría
Hospital Quirónsalud. Valencia.
Miembro Grupo sueño SEPEAP



David de Cubas García
Psicólogo clínico.
Especialista infancia y adolescencia.



Leandro Pico Sirvent
Jefe de Servicio de Pediatría
Hospital La Salud. Valencia



Ignacio Güemes Heras
Jefe de Servicio UCI pediátrica
Hospital La Salud. Valencia.



M^ª Dolores Hernández Solaz
Supervisora enfermería NIDOS y
UCI pediátrica.
Hospital la Salud. Valencia.

Rosa Fornés Vivas
Pediatra de Urgencias.
Hospital La Salud. Valencia.

Luis Robledo Díaz
Profesor Asociado Departamento
Sociología y Antropología Social.
Universidad de Valencia

**GERMAN
ARSENIO|
CERDA|
OLMEDO**

Firmado digitalmente por GERMAN
ARSENIO|CERDA|OLMEDO
Fecha: 2022.11.09 11:23:43 +01'00'

Germán Cerdá Olmedo
Médico de Familia y Profesor
de Medicina de la Universidad
Católica de Valencia.

Laura Morante Hernández
Psiquiatra.
Centro Salud Mental. Malvarrosa.

Joaquín Cuevas Canet
Abogado.





11 BIBLIOGRAFÍA

1. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre trastornos del Sueño en la Infancia y adolescencia en atención Primaria. Guía de Práctica Clínica sobre trastornos del Sueño en la Infancia y adolescencia en atención Primaria. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. unidad de Evaluación de tecnologías Sanitarias de la agencia laín Entralgo; 2011. Guías de Práctica Clínica en el SNS: uEtS N.o 2009/8
2. Black MM, Walker SP, Fernald LCH, Andersen CT, DiGirolamo AM, Lu C, McCoy DC, Fink G, Shawar YR, Shiffman J, Devercelli AE, Wodon QT, Vargas-Barón E, Grantham-McGregor S; Lancet Early Childhood Development Series Steering Committee. Early childhood development coming of age: science through the life course. *Lancet*. 2017 Jan 7;389(10064):77-90
3. Cassoff J, Bhatti JA, Gruber R. The effect of sleep restriction on neurobehavioural functioning in normally developing children and adolescents: insights from the Attention, Behaviour and Sleep Laboratory. *Pathol Biol (Paris)*. 2014 Oct;62(5):319-31
4. Mindell JA, Williamson AA. Benefits of a bedtime routine in young children: Sleep, development, and beyond. *Sleep Med Rev*. 2018 Aug; 40:93-108
5. Mason GM, Lokhandwala S, Riggins T, Spencer RMC. Sleep and human cognitive development. *Sleep Med Rev*. 2021 Jun; 57:101472
6. Riggins T, Spencer RMC. Habitual sleep is associated with both source memory and hippocampal subfield volume during early childhood. *Sci Rep*. 2020 Sep 17;10(1):15304
7. De Beritto TV. Newborn Sleep: Patterns, Interventions, and Outcomes. *Pediatr Ann*. 2020 Feb 1;49(2): e82-e87
8. Matthews KA, Pantesco EJ. Sleep characteristics and cardiovascular risk in children and adolescents: an enumerative review. *Sleep Med*. 2016 Feb; 18:36-49



9. Paruthi S, Brooks LJ, D'Ambrosio C, Hall WA, Kotagal S, Lloyd RM, Malow BA, Maski K, Nichols C, Quan SF, Rosen CL, Troester MM, Wise MS. Consensus Statement of the American Academy of Sleep Medicine on the Recommended Amount of Sleep for Healthy Children: Methodology and Discussion. *J Clin Sleep Med*. 2016 Nov 15;12(11):1549-1561
10. Ahmad SF, Buckley AW, Glaze DG. Neurology of Sleep. *Neurol Clin*. 2021 Aug;39(3):867-882
11. Zhu L, Zee PC. Circadian rhythm sleep disorders. *Neurol Clin*. 2012 Nov;30(4):1167-91
12. Pin-Arboledas, G. Higiene de Sueño y Melatonina. AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría 2014. Madrid: Exlibris Ediciones. 133-42
13. Deboer T. Sleep homeostasis and the circadian clock: Do the circadian pacemaker and the sleep homeostat influence each other's functioning? *Neurobiol Sleep Circadian Rhythms*. 2018 Mar 1; 5:68-77
14. Baglioni C, Nanovska S, Regen W, Spiegelhalter K, Feige B, Nissen C, Reynolds CF, Riemann D. Sleep and mental disorders: A meta-analysis of polysomnographic research. *Psychol Bull*. 2016 Sep;142(9):969-990
15. Leproult R, Van Cauter E. Role of sleep and sleep loss in hormonal release and metabolism. *Endocr Dev*. 2010;17:11-21
16. Amici R, Cerri M, Hitrec T, Zoccoli G. Overview of physiological processes during sleep. *Encyclopedia of Sleep and Circadian Rhythms, Second Edition 2023 (Vol. 2, pp. 1-10)*. Academic Press
17. Clore ER, Hibbel J. The parasomnias of childhood. *J Pediatr Health Care*. 1993 Jan-Feb;7(1):12-6
18. Irwin MR. Why sleep is important for health: a psychoneuroimmunology perspective. *Annu Rev Psychol*. 2015 Jan 3;66:143-72
19. Leung AKC, Leung AAM, Wong AHC, Hon KL. Sleep Terrors: An Updated Review. *Curr Pediatr Rev*. 2020;16(3):176-182
20. Mölle M, Bergmann TO, Marshall L, Born J. Fast and slow spindles during the sleep slow oscillation: disparate coalescence and engagement in memory processing. *Sleep*. 2011 Oct 1;34(10):1411-21



21. Landolt HP. Sleep homeostasis: a role for adenosine in humans? *Biochem Pharmacol.* 2008 Jun 1;75(11):2070-9
22. Bruni O, Ferri R, Novelli L, Finotti E, Miano S, Guilleminault C. NREM sleep instability in children with sleep terrors: the role of slow wave activity interruptions. *Clin Neurophysiol.* 2008 May;119(5):985-92
23. Thiedke CC. Sleep disorders and sleep problems in childhood. *Am Fam Physician.* 2001 Jan 15;63(2):277-84
24. Blunden S, Galland B. The complexities of defining optimal sleep: empirical and theoretical considerations with a special emphasis on children. *Sleep Med Rev.* 2014 Oct;18(5):371-8
25. Chaput JP, McHill AW, Cox RC, Broussard JL, Dutil C, da Costa BGG, Sampasa-Kanyinga H, Wright KP Jr. The role of insufficient sleep and circadian misalignment in obesity. *Nat Rev Endocrinol.* 2023 Feb;19(2):82-97
26. Serón-Ferré M, Torres-Farfán C, Forcelledo ML, Valenzuela GJ. The development of circadian rhythms in the fetus and neonate. *Semin Perinatol.* 2001 Dec;25(6):363-70
27. Carter JC, Wrede JE. Overview of Sleep and Sleep Disorders in Infancy and Childhood. *Pediatr Ann.* 2017 Apr 1;46(4):e133-e138
28. Sheldon SH. Diagnostic Methods in Pediatric Sleep Medicine. *Sleep Medicine Clinics.* 2007 Sep;2(3):343-351
29. Anders TF, Carskadon MA, Dement WC. Sleep and sleepiness in children and adolescents. *Pediatr Clin North Am.* 1980 Feb;27(1):29-43
30. Grigg-Damberger MM. The Visual Scoring of Sleep in Infants 0 to 2 Months of Age. *J Clin Sleep Med.* 2016 Mar;12(3):429-45
31. Galland BC, Taylor BJ, Elder DE, Herbison P. Normal sleep patterns in infants and children: a systematic review of observational studies. *Sleep Med Rev.* 2012 Jun;16(3):213-22
32. Adair RH, Bauchner H. Sleep problems in childhood. *Curr Probl Pediatr.* 1993 Apr;23(4):147-70; discussion 142



33. Bacaro V, Feige B, Benz F, Johann AF, De Bartolo P, Devoto A, Lombardo C, Riemann D, Baglioni C. The Association between Diurnal Sleep Patterns and Emotions in Infants and Toddlers Attending Nursery. *Brain Sci.* 2020 Nov 22;10(11):891
34. El Shakankiry HM. Sleep physiology and sleep disorders in childhood. *Nat Sci Sleep.* 2011 Sep 6;3:101-14
35. Bathory E, Tomopoulos S. Sleep Regulation, Physiology and Development, Sleep Duration and Patterns, and Sleep Hygiene in Infants, Toddlers, and Preschool-Age Children. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care.* 2017 Feb;47(2):29-42
36. Sheldon SH. Development of Sleep in Infants and Children. In *Principles and Practice of Pediatric Sleep Medicine: Second Edition.* Elsevier Inc. 2012. p. 17-23
37. Institute of Medicine (US) Committee on Sleep Medicine and Research; Colten HR, Altevogt BM, editors. *Sleep Disorders and Sleep Deprivation: An Unmet Public Health Problem.* Washington (DC): National Academies Press (US); 2006. 2, Sleep Physiology
38. Davis KF, Parker KP, Montgomery GL. Sleep in infants and young children: Part one: normal sleep. *J Pediatr Health Care.* 2004 Mar-Apr;18(2):65-71
39. Lokhandwala S, Spencer RMC. Relations between sleep patterns early in life and brain development: A review. *Dev Cogn Neurosci.* 2022 Aug;56:101130
40. Iglowstein I, Jenni OG, Molinari L, Largo RH. Sleep duration from infancy to adolescence: reference values and generational trends. *Pediatrics.* 2003 Feb;111(2):302-7
41. Buysse DJ. Sleep health: can we define it? Does it matter? *Sleep.* 2014 Jan 1;37(1):9-17
42. Vriend J, Davidson F, Rusak B, Corkum P. Emotional and Cognitive Impact of Sleep Restriction in Children. *Sleep Med Clin.* 2015 Jun;10(2):107-15
43. Williamson AA, Mindell JA, Hiscock H, Quach J. Sleep Problem Trajectories and Cumulative Socio-Ecological Risks: Birth to School-Age. *J Pediatr.* 2019 Dec;215:229-237.e4



44. Meltzer LJ, Williamson AA, Mindell JA. Pediatric sleep health: It matters, and so does how we define it. *Sleep Med Rev.* 2021 Jun;57:101425
45. Paruthi S, Brooks LJ, D'Ambrosio C, Hall WA, Kotagal S, Lloyd RM, Malow BA, Maski K, Nichols C, Quan SF, Rosen CL, Troester MM, Wise MS. Consensus Statement of the American Academy of Sleep Medicine on the Recommended Amount of Sleep for Healthy Children: Methodology and Discussion. *J Clin Sleep Med.* 2016 Nov 15;12(11):1549-1561
46. Paruthi S, Brooks LJ, D'Ambrosio C, Hall WA, Kotagal S, Lloyd RM, Malow BA, Maski K, Nichols C, Quan SF, Rosen CL, Troester MM, Wise MS. Recommended Amount of Sleep for Pediatric Populations: A Consensus Statement of the American Academy of Sleep Medicine. *J Clin Sleep Med.* 2016 Jun 15;12(6):785-6
47. El-Sheikh M, Philbrook LE, Kelly RJ, Hinnant JB, Buckhalt JA. What does a good night's sleep mean? Nonlinear relations between sleep and children's cognitive functioning and mental health. *Sleep.* 2019 Jun 11;42(6):zsz078
48. Newton AT, Honaker SM, Reid GJ. Risk and protective factors and processes for behavioral sleep problems among preschool and early school-aged children: A systematic review. *Sleep Med Rev.* 2020 Aug;52:101303
49. Van der Heijden KB, Stoffelsen RJ, Popma A, Swaab H. Sleep, chronotype, and sleep hygiene in children with attention-deficit/hyperactivity disorder, autism spectrum disorder, and controls. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2018 Jan;27(1):99-111
50. Halal CS, Nunes ML. Education in children's sleep hygiene: which approaches are effective? A systematic review. *J Pediatr (Rio J).* 2014 Sep-Oct;90(5):449-56
51. Albakri U, Drotos E, Meertens R. Sleep Health Promotion Interventions and Their Effectiveness: An Umbrella Review. *Int J Environ Res Public Health.* 2021 May 21;18(11):5533
52. Mindell JA, Telofski LS, Wiegand B, Kurtz ES. A nightly bedtime routine: impact on sleep in young children and maternal mood. *Sleep.* 2009 May;32(5):599-606



- 53.**Mindell JA, Li AM, Sadeh A, Kwon R, Goh DY. Bedtime routines for young children: a dose-dependent association with sleep outcomes. *Sleep*. 2015 May 1;38(5):717-22
- 54.**Dutil C, Podinic I, Sadler CM, da Costa BG, Janssen I, Ross-White A, Saunders TJ, Tomasone JR, Chaput JP. Sleep timing and health indicators in children and adolescents: a systematic review. *Health Promot Chronic Dis Prev Can*. 2022 Apr;42(4):150-169
- 55.**Masalán MP, Sequeida J, Ortiz M. Sueño en escolares y adolescentes, su importancia y promoción a través de programas educativos: Education and behavioral approach programs. *Rev. chil. Pediatr*. 2013 Oct; 84(5): 554-564
- 56.**Hale L, Kirschen GW, LeBourgeois MK, Gradisar M, Garrison MM, Montgomery-Downs H, Kirschen H, McHale SM, Chang AM, Buxton OM. Youth Screen Media Habits and Sleep: Sleep-Friendly Screen Behavior Recommendations for Clinicians, Educators, and Parents. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2018 Apr;27(2):229-245
- 57.**Uddin H, Hasan MK. Family resilience and neighborhood factors affect the association between digital media use and mental health among children: does sleep mediate the association? *Eur J Pediatr*. 2023 Jun;182(6):2521-2534
- 58.**Rega V, Gioia F, Boursier V. Problematic Media Use among Children up to the Age of 10: A Systematic Literature Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2023 May 17;20(10):5854
- 59.**Tremblay MS, Carson V, Chaput JP, Connor Gorber S, Dinh T, Duggan M, Faulkner G, Gray CE, Gruber R, Janson K, Janssen I, Katzmarzyk PT, Kho ME, Latimer-Cheung AE, LeBlanc C, Okely AD, Olds T, Pate RR, Phillips A, Poitras VJ, Rodenburg S, Sampson M, Saunders TJ, Stone JA, Stratton G, Weiss SK, Zehr L. Canadian 24-Hour Movement Guidelines for Children and Youth: An Integration of Physical Activity, Sedentary Behaviour, and Sleep. *Appl Physiol Nutr Metab*. 2016 Jun;41(6 Suppl 3):S311-27
- 60.**LeBourgeois MK, Hale L, Chang AM, Akacem LD, Montgomery-Downs HE, Buxton OM. Digital Media and Sleep in Childhood and Adolescence. *Pediatrics*. 2017 Nov;140(Suppl 2):S92-S96



61. Kaur N, Gupta M, Malhi P, Grover S. Screen Time in Under-five Children. *Indian Pediatr.* 2019 Sep 15;56(9):773-788
62. Brambilla P, Giussani M, Pasinato A, Venturelli L, Privitera F, Miraglia Del Giudice E, Sollai S, Picca M, Di Mauro G, Bruni O, Chiappini E; "Ci piace sognare" Study Group. Sleep habits and pattern in 1-14 years old children and relationship with video devices use and evening and night child activities. *Ital J Pediatr.* 2017 Jan 13;43(1):7
63. Magee CA, Lee JK, Vella SA. Bidirectional relationships between sleep duration and screen time in early childhood. *JAMA Pediatr.* 2014 May;168(5):465-70
64. Janssen X, Martin A, Hughes AR, Hill CM, Kotronoulas G, Hesketh KR. Associations of screen time, sedentary time and physical activity with sleep in under 5s: A systematic review and meta-analysis. *Sleep Med Rev.* 2020 Feb;49:101226
65. Guerrero MD, Barnes JD, Chaput JP, Tremblay MS. Screen time and problem behaviors in children: exploring the mediating role of sleep duration. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2019 Nov 14;16(1):105
66. Bhargava S. Diagnosis and management of common sleep problems in children. *Pediatr Rev.* 2011 Mar;32(3):91-8; quiz 99
67. Halbower AC, Marcus CL. Sleep disorders in children. *Curr Opin Pulm Med.* 2003 Nov;9(6):471-6
68. Cruz Navarro J, Morera Sanz MI, Palomino Urda N. Trastornos del sueño infantil. Herramientas de valoración para el pediatra de Atención Primaria. *Form Act Pediatr Aten Prim.* 2013;6;246-56
69. Sadeh A. A brief screening questionnaire for infant sleep problems: validation and findings for an Internet sample. *Pediatrics.* 2004 Jun;113(6):e570-7
70. Cassanello P, Díez-Izquierdo A, Gorina N, Matilla-Santander N, Martínez-Sánchez JM, Balaguer A. Adaptación y estudio de propiedades métricas de un cuestionario de valoración del sueño para lactantes y preescolares [Adaptation and study of the measurement properties of a sleep questionnaire for infants and pre-school children]. *An Pediatr (Engl Ed).* 2018 Oct;89(4):230-237
71. Martínez Cayuelas L, March-Villalba JA, Valencia Guadalajara V, Serrano Durbá A, Conca Baenas MÁ, Polo Rodrigo A, Domínguez Hinarejos C, Boronat Tormo



- F. Evaluation of sleep hygiene and prevalence of sleep disorders in patients with monosymptomatic enuresis. Usefulness of the BEARS sleep screening tool. *Actas Urol Esp (Engl Ed)*. 2020 Sep;44(7):477-482
- 72.** Owens JA, Dalzell V. Use of the 'BEARS' sleep screening tool in a pediatric residents' continuity clinic: a pilot study. *Sleep Med*. 2005 Jan;6(1):63-9
- 73.** Fang Y, van Grieken A, Windhorst DA, Fierloos IN, Jonkman H, Hosman CMH, Wang L, Crone MR, Jansen W, Raat H. Longitudinal associations between parent, child, family factors and dyssomnias in children from birth to 8 years: The CIKEO study. *J Affect Disord*. 2023 Feb 15;323:496-505
- 74.** Sateia MJ. International classification of sleep disorders-third edition: highlights and modifications. *Chest*. 2014 Nov;146(5):1387-1394
- 75.** Owens JA, Mindell JA. Pediatric insomnia. *Pediatr Clin North Am*. 2011 Jun;58(3):555-69
- 76.** Owens JA, Moore M. Insomnia in Infants and Young Children. *Pediatr Ann*. 2017 Sep 1;46(9):e321-e326
- 77.** Csábi E, Gaál V, Hallgató E, Schulcz RA, Katona G, Benedek P. Increased behavioral problems in children with sleep-disordered breathing. *Ital J Pediatr*. 2022 Sep 15;48(1):173
- 78.** Carter KA, Hathaway NE, Lettieri CF. Common sleep disorders in children. *Am Fam Physician*. 2014 Mar 1;89(5):368-77
- 79.** Kotagal S, Pianosi P. Sleep disorders in children and adolescents. *BMJ*. 2006 Apr 8;332(7545):828-32
- 80.** Davis KF, Parker KP, Montgomery GL. Sleep in infants and young children: part two: common sleep problems. *J Pediatr Health Care*. 2004 May-Jun;18(3):130-7
- 81.** Thorpy MJ. Classification of sleep disorders. *Neurotherapeutics*. 2012 Oct;9(4):687-701
- 82.** Jan JE, Bax MC, Owens JA, Ipsiroglu OS, Wasdell MB. Neurophysiology of circadian rhythm sleep disorders of children with neurodevelopmental disabilities. *Eur J Paediatr Neurol*. 2012 Sep;16(5):403-12
- 83.** Thorpy MJ. Classification of sleep disorders. *Neurotherapeutics*. 2012 Oct;9(4):687-701



- 84.**Blackham A, McDaniel JR, Chauvin IA, Nelson KL, WC Buboltz. Sleep Disruptions and Disorders in Children and Adolescents: A Review of the Impact of Parents and Family on Sleeping Behaviors. *Ann Sleep Med.* 2019,2(1):19-35
- 85.**Guilleminault C, Kirisoglu C, da Rosa AC, Lopes C, Chan A. Sleepwalking, a disorder of NREM sleep instability. *Sleep Med.* 2006 Mar;7(2):163-70
- 86.**Arnulf I. Sleepwalking. *Curr Biol.* 2018 Nov 19;28(22):R1288-R1289
- 87.**Cochon De Cock V. Sleepwalking. *Curr Treat Options Neurol.* 2016 Feb;18(2):6
- 88.**Remulla A, Guilleminault C. Somnambulism (sleepwalking). *Expert Opin Pharmacother.* 2004 Oct;5(10):2069-74
- 89.**Laganière C, Gaudreau H, Pokhvisneva I, Kenny S, Bouvette-Turcot AA, Meaney M, Pennestri MH. Sleep terrors in early childhood and associated emotional-behavioral problems. *J Clin Sleep Med.* 2022 Sep 1;18(9):2253-2260
- 90.**Gigliotti F, Esposito D, Basile C, Cesario S, Bruni O. Sleep terrors-A parental nightmare. *Pediatr Pulmonol.* 2022 Aug;57(8):1869-1878
- 91.**Van Horn NL, Street M. Night Terrors. *StatPearls. Treasure Island.* 2023 29 May
- 92.**Zucconi M, Manconi M, Bizzozero D, Rundo F, Stam CJ, Ferini-Strambi L, Ferri R. EEG synchronisation during sleep-related epileptic seizures as a new tool to discriminate confusional arousals from paroxysmal arousals: preliminary findings. *Neurol Sci.* 2005 Dec;26 Suppl 3:s199-204
- 93.**Szelenberger W, Niemcewicz S, Dabrowska AJ. Sleepwalking and night terrors: psychopathological and psychophysiological correlates. *Int Rev Psychiatry.* 2005 Aug;17(4):263-70
- 94.**Kuhn BR, Elliott AJ. Treatment efficacy in behavioral pediatric sleep medicine. *J Psychosom Res.* 2003 Jun;54(6):587-97
- 95.**Ting CY, Thomas B. Behavioural sleep problems in children. *Singapore Med J.* 2023 Jan 6

VALORACIÓN DEL SUEÑO EN EL NIÑO PREESCOLAR

Autora. Lucía Bueno Martínez
Tutora. Dra. Eva Carvajal Roca



Universidad
Católica de
Valencia
San Vicente Mártir

INTRODUCCIÓN –

El sueño es esencial para un correcto desarrollo físico y mental infantil, en especial para los menores de 5 años. La calidad del sueño viene determinada en gran parte por la higiene del sueño, por lo que profundizar en una correcta educación del sueño es esencial para un correcto crecimiento y evitar futuros problemas relacionados.

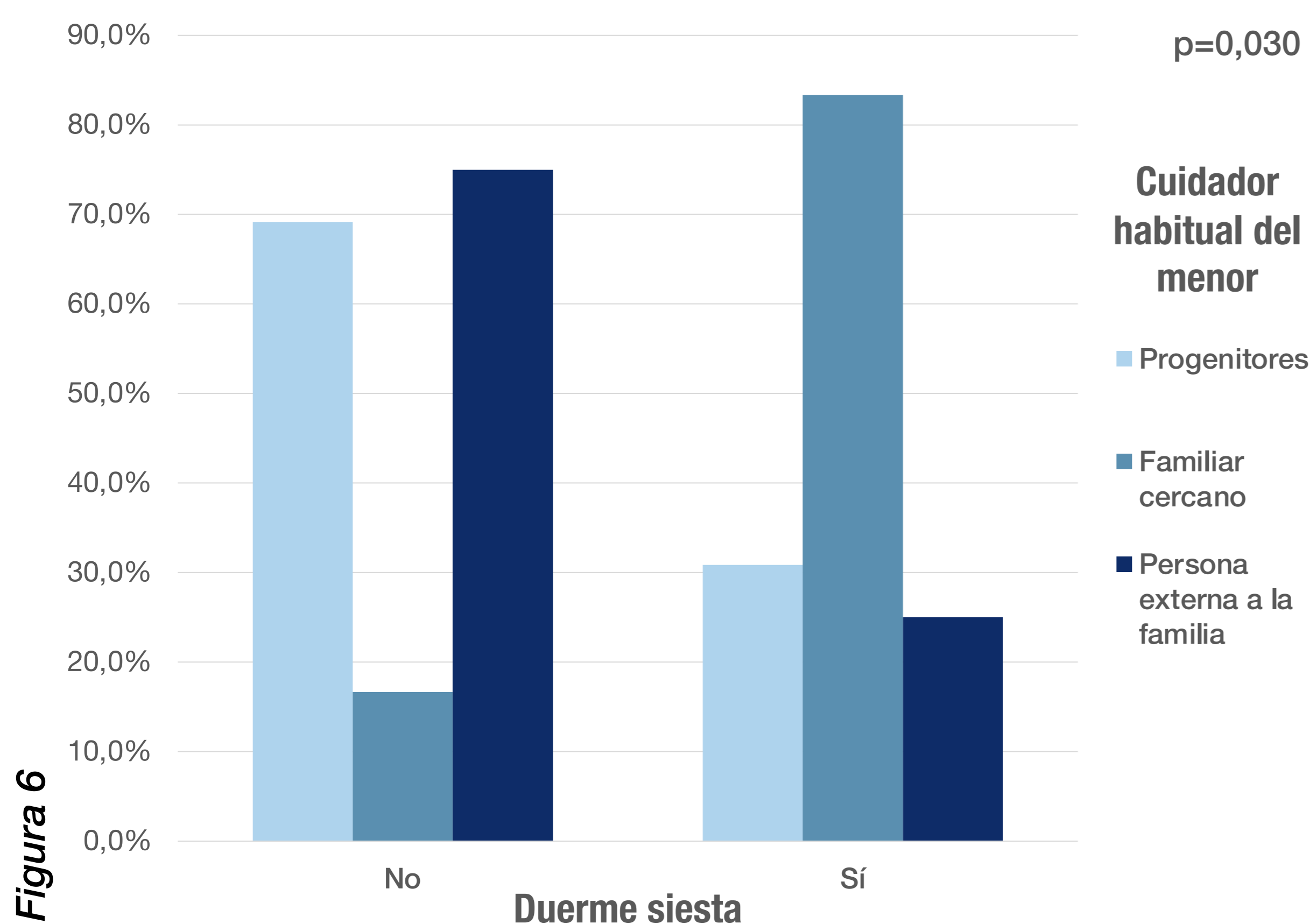
MATERIALES Y MÉTODOS –

Estudio descriptivo transversal basado en una encuesta realizada a padres que acuden a la Consulta Externa de Pediatría del Hospital La Salud validada para un trabajo fin de grado durante el año 2024, comprendiendo los niños entre 3 y 5 años.

RESULTADOS –

Tabla 5

DURACIÓN DEL SUEÑO NOCTURNO (DÍA LABORABLE)	Frecuencia		Porcentaje	
	<9 horas	16	17,6	
9-10 horas	54	59,3		
>10 horas	21	23,1		
Total	91	100,0		



OBJETIVOS –

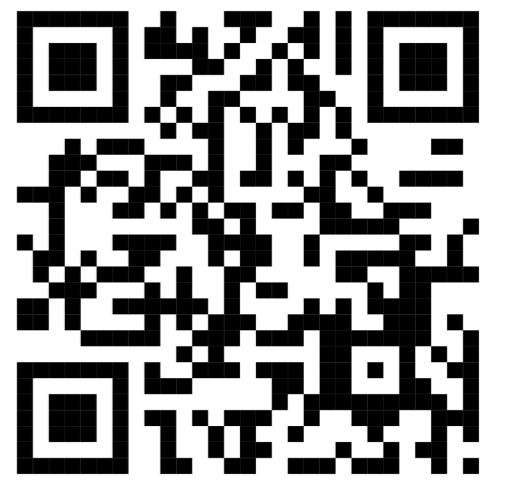
Principal

Valorar el sueño de la población infantil comprendida de 3 a 5 años.

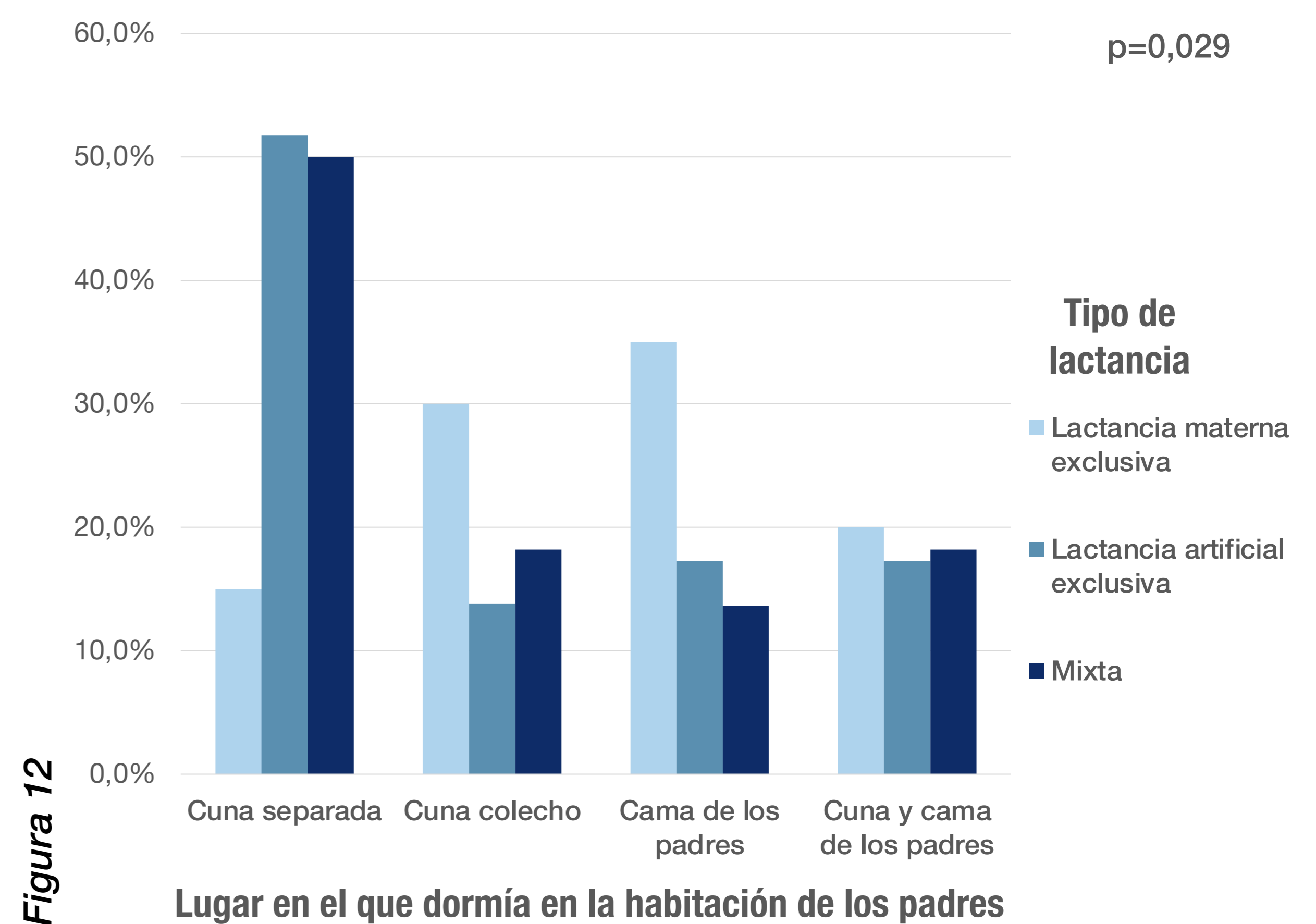
Secundarios

- Analizar la calidad y la duración del sueño preescolar.
- Conocer los factores externos que interfieren con el correcto descanso de los niños.
- Estudiar como influyen los tipos de crianza de los padres en el descanso de sus hijos.

– BIBLIOGRAFÍA



La Tabla 5 muestra como solo el 23% de los niños duerme más de 10 horas los días laborables y hasta el 18% duerme menos de 9 horas. El 69% de los cuidados por sus padres y el 75% cuidados por una persona externa ya no duermen siestas, como vemos en la Tabla 5.2. Solo el 15% de los niños con lactancia materna exclusiva dormía en una cuna separada en la habitación de sus padres en comparación a los niños con lactancia artificial exclusiva y lactancia mixta (Figura 12).



CONCLUSIONES –

1. Los niños de entre 3 y 5 años presentan un sueño deficiente, de menos de 10 horas diarias tanto en días laborales como festivos, hecho que puede afectar negativamente y poner en riesgo el desarrollo físico, cognitivo y emocional.
2. Los hijos de padres separados presentan un sueño de peor calidad caracterizado por menos horas de sueño y la necesidad de realizar colecho.
3. El colecho repercute en la calidad e higiene de sueño de los niños, ya que aumenta el número de despertares nocturnos y disminuyendo la duración del sueño y entorpece el paso a su propia habitación.
4. Los preescolares que acuden al colegio presentan mayor número de despertares nocturnos, al igual que, los que realizan colecho y los que necesitan la lectura de un cuento como ritual de sueño.
5. Los niños que quedan al cuidado de los familiares, en ausencia de las figuras paternas, no presentan el correcto cambio en el patrón de sueño bifásico a patrón monofásico realizando más número de siestas.
6. Los niños cuyos cuidadores habituales son personas externas a la familia muestran una transición temprana a dormir en su habitación frente a los que son cuidados por los propios padres que muestran una transición más gradual.
7. Una estrategia para la conciliación del sueño utilizada por el cuidador externo a la familia es el uso de las pantallas, hecho que también lo presenta aquellos preescolares que comparten habitación y que condiciona peor descanso.
8. El uso de la lectura como ritual de sueño no modifica la calidad del mismo en los niños de estas edades.
9. Solo un tercio de los niños de esta edad son capaces de conciliar el sueño solos.
10. La hora en la que el niño preescolar se va a la cama influye en la duración y calidad del sueño, recomendando por ello, que a esta edad, los niños se duerman antes de las 21 horas.
11. Los preescolares que continúan con la lactancia materna presentan mayor dificultad para conciliar el sueño utilizando la mama para dormir y con ello realizan más colecho. Sin embargo, la lectura nocturna está más extendida en los niños de este grupo lo que nos lleva a pensar también fomenta buenos hábitos de sueño futuros.