



UNIVERSIDAD DE MURCIA

ESCUELA INTERNACIONAL DE DOCTORADO

**Valoración e Intervención de Enfermería de
Salud Mental: La Alteración del Patrón de
Sueño-Descanso en Población Infanto-Juvenil.**

D^a María Felisa Bastida Pozuelo

2019

UNIVERSIDAD DE
MURCIA



UNIVERSIDAD DE MURCIA

ESCUELA INTERNACIONAL DE DOCTORADO

Valoración e intervención de Enfermería de salud mental: La alteración del Patrón de sueño-descanso en población infanto-juvenil.

Tesis por compendio de publicaciones para optar al grado de Doctor presentada por:

Dña. María Felisa Bastida Pozuelo

DIRECTORA:

Dra. Dña. María Montserrat Sánchez Ortuño
Profesora de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Murcia

2019

UNIVERSIDAD DE
MURCIA



UNIVERSITY OF MURCIA

INTERNATIONAL DOCTORAL SCHOOL

Assessment and intervention by mental health nursing: Disturbed sleep-rest pattern in child and youth population.

PhD Thesis

PhD Candidate: María Felisa Bastida Pozuelo

Supervisor: María Montserrat Sánchez Ortuño

2019

DETALLES FORMALES DE PRESENTACIÓN

Esta tesis doctoral se presenta en la modalidad de compendio de publicaciones gracias a la autorización, que se adjunta, emitida en este sentido por la Comisión General de Doctorado de la Universidad de Murcia. La normativa de la modalidad de compendio de publicaciones obliga a incluir como documentación de la tesis un breve resumen de esta y al menos tres artículos publicados, o aceptados para su publicación, en revistas indexadas de reconocido prestigio, como son las incluidas en el listado ISI/JCR (*Journal Citations Report*). A continuación, se muestran las referencias de los tres artículos presentados para la aceptación por compendio:

Artículo 1: Bastida-Pozuelo, M.F. Meltzer, L.J. & Sánchez-Ortuño, M.M. (2018). Cosleeping and behavioral sleep problems in school-aged children with neurodevelopmental and mental health disorders. *Archives of Psychiatric Nursing* 32: 483–487. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2018.02.002>

Artículo 2: Bastida-Pozuelo, M.F. & Sánchez-Ortuño, M.M. (2016). Preliminary analysis of the concurrent validity of the Spanish translation of the BEARS sleep screening tool for children. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 23 (8): 513–520. <https://doi.org/10.1111/jpm.12338>

Artículo 3: Bastida-Pozuelo, M.F. Sánchez-Ortuño M.M. & Meltzer, L.J. (2018). Nurse-led brief sleep education intervention aimed at parents of school-aged children with neurodevelopmental and mental health disorders. Results from a pilot study. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 23 (4): e12228. <https://doi.org/10.1111/jspn.12228>

AUTORIZACIÓN DE LA COMISIÓN GENERAL DE DOCTORADO DE LA UNIVERSIDAD DE MURCIA



UNIVERSIDAD DE
MURCIA

D^a. MARIA FELISA BASTIDA POZUELO

Vista la solicitud presentada el día 2 de noviembre de 2018, por D^a. MARÍA FELISA BASTIDA POZUELO, con DNI 27469802M, sobre autorización para presentación de tesis doctoral como compendio de publicaciones con carácter previo a la tramitación de la misma en la Universidad de Murcia, le comunico que la Comisión de General de Doctorado, vistos:

- el informe previo de la Comisión Académica del Programa de Doctorado en Ciencias de la Salud, y
- el visto bueno de la Comisión de Ramas de Conocimiento de Ciencias de la Salud.

resolvió, en su sesión de 21 de noviembre de 2018, **ACCEDER** a lo solicitado por la interesada pudiendo, por tanto, presentar su tesis doctoral en la modalidad de compendio de publicaciones, con los siguientes artículos:

1. "Cosleeping and Behavioral Sleep Problems in School-aged Children with Neurodevelopmental and Mental Health Disorders".
2. "Preliminary analysis of the concurrent validity of the Spanish translation of the BEARS sleep screening tool for children".
3. "Nurse-led brief sleep education intervention aimed at parents of school-aged children with neurodevelopmental and mental health disorders".

La presente resolución no pone fin a la vía administrativa. Frente a ella, de conformidad con lo previsto en el capítulo II del título V de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas y en el artículo 21 de los Estatutos de la Universidad de Murcia, aprobados por Decreto 85/2004, de 27 de agosto, los interesados pueden interponer recurso de alzada ante el Rector de la Universidad de Murcia, en el plazo de un mes, contado desde el día siguiente al de la notificación o publicación, sin perjuicio de que puedan intentar cualquier otro recurso que a su derecho convenga.

Lo que en cumplimiento del artículo 40.1 de la vigente Ley 39/2015, de 1 de octubre del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, se notifica a D^a. MARÍA FELISA BASTIDA POZUELO.

La Vicerrectora de Estudios, y
Presidenta de la Comisión General de Doctorado

Sonia Madrid Cánovas

Firmado con certificado electrónico reconocido.
La información sobre el firmante, la fecha de firma y el código de verificación del documento se encuentra disponible en los márgenes izquierdo e inferior

Firmante: SONIA MADRID CANOVAS - Fecha: 2018.11.20 18:17:47:17 - Error del certificado: CN=ACT/FM/T/Usuario,OU=Cesari,OU=FM/T/ROM/CEIS



Edificio Rector Soler 3 ^a planta. Campus Universitario de Espinardo. 30100 Murcia T. 968.264.204 - F. 968.262.204 - Email: secretaria@sece.unm.es		
REGISTRO ELECTRÓNICO - SALIDA; Asiento: 000002183s1800024860; Fecha-hora: 23/11/2018 08:29:57	Código seguro de verificación: RUxFMnq6-gtFGsAzN-AKSz27mH-8uhJ0+oB	COPIA ELECTRÓNICA - Página 1 de 1

Esta es una copia auténtica imprimible de un documento administrativo electrónico archivado por la Universidad de Murcia, según el artículo 27.3 o) de la Ley 39/2015, de 2 de octubre. Su autenticidad puede ser contrastada a través de la siguiente dirección: <https://sece.unm.es/validador/>

Informe de la Directora de Tesis Doctoral:



UNIVERSIDAD DE
MURCIA

María Montserrat Sánchez Ortuño, profesora contratada doctor de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Murcia, como directora de la tesis doctoral a presentar por Doña M^a Felisa Bastida Pozuelo,

INFORMA favorablemente sobre la idoneidad de la presentación de la misma como compendio de 3 publicaciones en base a los siguientes argumentos:

- Las 3 publicaciones siguen un hilo argumental coherente, relacionado con la evaluación y el tratamiento de los problemas de sueño en niños y han sido desarrolladas durante el periodo formativo de la doctoranda en la Escuela Internacional de Doctorado.
- La doctoranda ha tenido un papel central en el desarrollo de los 3 trabajos de investigación.
- Las 3 publicaciones constituyen investigación aplicada, vinculada directamente con la práctica asistencial de la doctoranda.

Y para que así conste, firma el presente documento en Murcia, el 14 de octubre de 2018

Código seguro de verificación (CSV) generado con el sistema de verificación del CSV de la Universidad de Murcia. Para más información consulte el sitio web de la Universidad de Murcia.



Decanato - Campus Universitario de Espinardo, Edif. 23, Murcia 30100
T. 968 884320 - F. 968 887597 - www.um.es/enfermeria



Código seguro de verificación: RUXFMvvc-g1SOim4g-yJr8yDlq-Ge5Qktb2

COPIA REPRODUCIDA - Página 1 de 1

Esta es una copia segura generada automáticamente por la Universidad de Murcia, según el artículo 20.3 ej de la Ley 39/2015, de 3 de octubre. Su autenticidad puede ser contrastada a través de la siguiente dirección: <https://sede.um.es/verificador/>

Informes de los Coautores de los artículos que conforman la Tesis Doctoral por Compendio:



UNIVERSIDAD DE
MURCIA

DECLARACIÓN DE LOS COAUTORES DE LOS ARTÍCULOS QUE INTEGRAN LA TESIS DOCTORAL DE DOÑA MARÍA FELISA BASTIDA POZUELO

M^ª Montserrat Sánchez Ortuño, profesora contratada doctor de la Universidad de Murcia,
como coautora de los artículos:

- Preliminary analysis of the concurrent validity of the Spanish translation of the BEARS sleep screening tool for children. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2016.
- Cosleeping and behavioral sleep problems in school-aged children with neurodevelopmental and mental health disorders. *Archives of Psychiatric Nursing*, 2018.
- Nurse-led brief sleep education intervention aimed at parents of school-aged children with neurodevelopmental and mental health disorders. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, en prensa.

Manifiesta su conformidad para que estos artículos formen parte de la tesis doctoral, modalidad compendio de publicaciones, de la doctoranda Dña. M^ª Felisa Bastida Pozuelo, así como su compromiso de no presentar ninguno de estos artículos como parte de otra tesis doctoral distinta a la que presenta esta doctoranda.

Así mismo, declara que la contribución de la doctoranda en los estudios detallados arriba ha sido altamente relevante, puesto que ha participado en todas las fases de ejecución de los estudios: diseño, recogida y análisis de datos, recolección y análisis de bibliografía relacionada, redacción de los artículos y comunicación con las revistas, entre otras. Lo cual queda reflejado, además, en el orden de autoría de estos trabajos.

Y para que así conste, firma el presente documento en Murcia, el 25 de septiembre de 2018.

M^ª Montserrat Sánchez Ortuño
DNI: 34822204C

Firmado: MARIA FELISA BASTIDA POZUELO (34822204C) - Fecha del certificado: 25/09/2018 11:20:38 - Email del emisor: felisa.bastida@um.es - Certificado: DNI-34822204C-UM-ES



Decanato - Campus Universitario de Espinardo, Edif. 23. Murcia 30100
T. 868 884320 - F. 868 887597 - www.um.es/ef-efmurmur



Código seguro de verificación: RUXFMink-Xtpoj7FD-ew4W3DLO-U74VvtUs

COPIA ELECTRÓNICA - Página 1 de 1

Esta es una copia producida imprimible de un documento administrativo digitalizado emitido por la Universidad de Murcia, según el artículo 20.2 ej de la Ley 39/2015, de 3 de octubre. Su autenticidad puede ser comprobada a través de la siguiente dirección: <https://sede.um.es/validador/>

DECLARACIÓN DE LOS COAUTORES DE LOS ARTÍCULOS QUE INTEGRAN LA TESIS DOCTORAL DE DOÑA MARÍA FELISA BASTIDA POZUELO

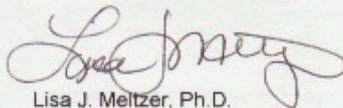
Dra. Lisa J. Meltzer, Psicóloga pediátrica de la División de Pediatría del Hospital National Jewish Health, en Denver, Colorado, como coautora de los artículos:

- Cosleeping and behavioral sleep problems in school-aged children with neurodevelopmental and mental health disorders. *Archives of Psychiatric Nursing*, 2018
- Nurse-led brief sleep education intervention aimed at parents of school-aged children with neurodevelopmental and mental health disorders. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, en prensa.

Manifiesta su conformidad para que estos artículos formen parte de la tesis doctoral, modalidad compendio de publicaciones, de la doctoranda Dña. M^a Felisa Bastida Pozuelo, así como su compromiso de no presentar ninguno de estos artículos como parte de otra tesis doctoral distinta a la que presenta esta doctoranda.

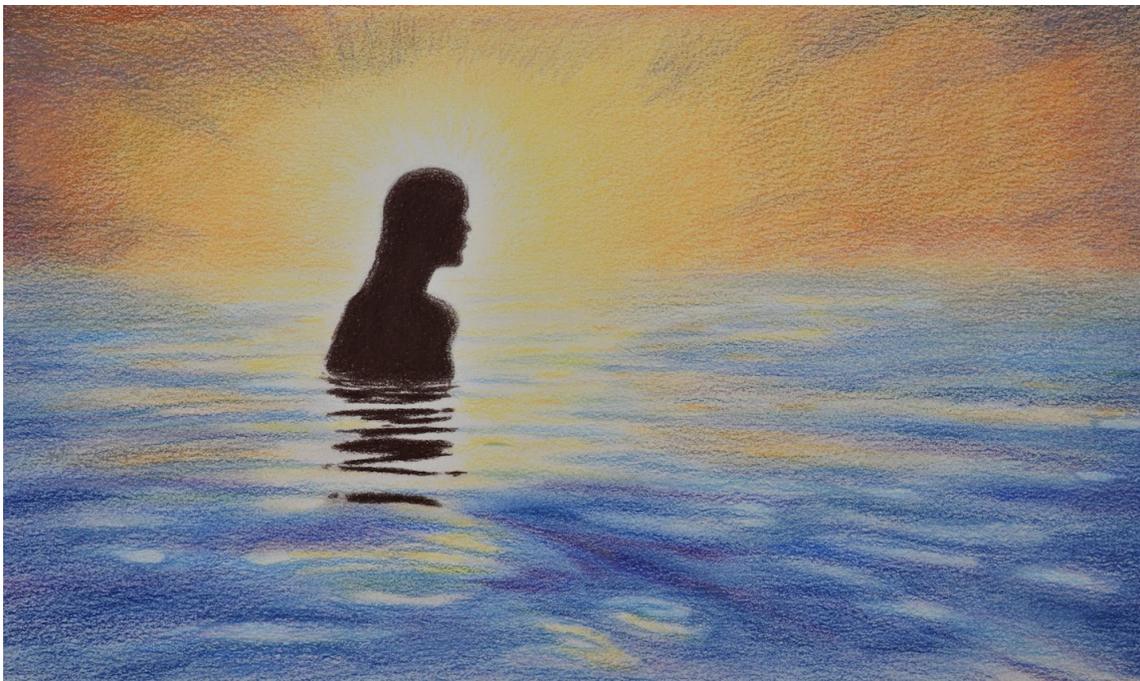
Así mismo, declara que la contribución de la doctoranda en los estudios detallados arriba ha sido altamente relevante, puesto que ha participado en todas las fases de ejecución de los estudios: diseño, recogida y análisis de datos, recolección y análisis de bibliografía relacionada, redacción de los artículos y comunicación con las revistas, entre otras. Lo cual queda reflejado, además, en el orden de autoría de estos trabajos.

Y para que así conste, firma el presente documento en Denver, Colorado, el 2 de septiembre de 2018:



Lisa J. Meltzer, Ph.D.
Associate Professor of Pediatrics
National Jewish Health

AGRADECIMIENTOS



A mi Madre, *in memoriam*

**Me diste alas para volar alto, y me convenciste
de que sería capaz de conseguir mi sueño.**

Esta Tesis Doctoral es el resultado que recoge el trabajo de una etapa de mi formación que, desde sus inicios en el programa de Máster en Mujer, Salud y Cuidados, se ha concebido como un proceso de aprendizaje permanente, pero también, de contribución al conocimiento en el área objeto de estudio a través de la publicación de distintos artículos, lo que ha supuesto un estímulo para continuar hasta alcanzar el grado académico de Doctora.

Agradezco a mi Directora de tesis, M^a Montserrat Sánchez Ortuño, por aceptarme para realizar esta tesis doctoral bajo su dirección, por su apoyo y confianza en mi trabajo y por su capacidad para guiarme no solamente en el desarrollo de esta tesis, sino también en mi formación como investigadora. Hoy cerramos una etapa y abrimos otra, y espero que sepamos construir juntas un futuro lleno de éxitos.

A la Profesora Doctora Lisa J. Meltzer, muchas gracias por valorar mi trabajo y ayudarme a mejorarlo. [Dear Lisa, thank you very much for assessing my work and helping me improve it.].

Gracias también a todos mis compañeros de trabajo del Centro de Día (hoy Hospital de Día) de Salud Mental Infanto-Juvenil por su inestimable colaboración.

A mi familia, a mis amigas y amigos, a los que siempre habéis estado y a los recuperados, por vuestra paciencia, apoyo y cariño.

Y especialmente a mis hijas, Paula y Marina. Quiero decirles que yo a vuestro lado soy feliz.

Y por último: A mi padre del alma. Y a mi madre. Esta tesis doctoral está dedicada a ella.

Muchas Gracias.

ÍNDICE

Detalles Formales de Presentación.	III
Agradecimientos.	XIII
Índice de abreviaturas.	XIX
Resumen.	XXI
Abstract.	XXV
1. CAPÍTULO 1. Introducción.	1
1.1. Justificación.	3
1.1.1. Relevancia del proyecto en cuanto a su impacto clínico.	3
1.1.2. Relevancia del proyecto en cuanto a su impacto asistencial en Salud Mental.	10
1.2. Objetivos.	15
2. CAPÍTULO 2.	17
2.1. Los problemas de sueño infantil: Factores relacionados.	18
2.2. Artículo 1: “Cosleeping and behavioral sleep problems in school-aged children with neurodevelopmental and mental health disorders”.	25
3. CAPITULO 3.	27
3.1. Evaluación del sueño en niños. Métodos.	29
3.2. Artículo 2: “Preliminary analysis of the concurrent validity of the Spanish translation of the BEARS sleep screening tool for children”.	37
4. CAPITULO 4.	41

4.1.	Intervenciones para el tratamiento de los problemas de sueño de tipo conductual en niños.	43
4.2.	Artículo 3: “Nurse-led brief sleep education intervention aimed at parents of school-aged children with neurodevelopmental and mental health disorders”.	51
5.	CAPÍTULO 5.	55
5.1.	Conclusiones.	57
6.	REFERENCIAS BIBLOGRÁFICAS.	65
7.	ANEXOS.	80
7.1.	Anexo 1: Cuestionario PSQ (Pediatric Sleep Questionnaire).	82
7.2.	Anexo 2: Entrevista BEARS.	85
7.3.	Anexo 3: Cuestionario CSHQ (Children Sleep Habits Questionnaire).	86
7.4.	Anexo 4: Contenidos de la intervención educativa para padres de niños usuarios del CDSM-IJ.	90

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

AASM (American Academy of Sleep Medicine): Academia Americana de Medicina del sueño.

AEPap: Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria.

BEARS (Bedtime, Excessive daytime sleepiness, Awakenings, Regularity, Sleep-disordered breathing): Hora de acostarse, Excesiva somnolencia diurna, Despertares, Regularidad, trastornos respiratorios del sueño.

BISQ (Brief Infant Sleep Questionnaire): Cuestionario breve sobre el sueño infantil.

CDSM I-J / MHCC C-A (Mental Health Care Center for Children and Adolescents): Centro de Día de Salud Mental Infanto-Juvenil.

CSHQ (Children Sleep Habits Questionnaire): Cuestionario de hábitos de sueño infantil.

DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders): Manual diagnóstico y estadístico de los Trastornos Mentales.

ICSD (International Classification of Sleep Disorders): Clasificación Internacional de los Trastornos Mentales.

PANA: Programa de Atención al Niño y Adolescente.

PSQ (Pediatric Sleep Questionnaire): Cuestionario de Sueño Pediátrico.

SAOS: Síndrome de Apnea Obstructiva del Sueño.

SDSC (Scale Disturbance of Sleep in Children): Escala de Problemas de Sueño en Niños.

SSR (Sleep Self-Report): Autoinforme de Sueño.

TCC: Terapia Cognitivo-Conductual.

Resumen

Los trastornos del neurodesarrollo y de salud mental durante la niñez y la adolescencia suelen coexistir con frecuencia con problemas relacionados con el sueño, tales como despertares nocturnos, resistencia a la hora de dormir, aumento de latencia del sueño, etc. El objetivo general de este trabajo de investigación es aumentar el conocimiento existente en el ámbito de la práctica enfermera sobre la evaluación y el tratamiento de las alteraciones del sueño en población pediátrica en el contexto de la salud mental.

Para lograr este propósito, se establecen los siguientes objetivos específicos: 1) explorar la presencia de las alteraciones del sueño en niños y los factores relacionados, 2) testar un método breve para detectar los problemas de sueño infantil para la práctica de la enfermera y 3) diseñar y evaluar el efecto de una intervención educativa sobre buenas prácticas relacionadas con el sueño destinada a padres de niños con alteraciones del sueño.

Esta tesis se ha configurado en tres fases (1) evaluación de los problemas de sueño y factores relacionados en una muestra clínica usuaria de un centro de salud mental infanto-juvenil, lo que corresponde al primer artículo (2) evaluación de la validez de la versión española de una entrevista breve de screening de problemas de sueño en niños, denominada BEARS, de Owens & Dalzell (2005), y (3) desarrollo y evaluación del impacto de una intervención educativa sobre higiene del sueño destinada a padres de niños con problemas relacionados con el sueño, usuarios de un Centro de Día de Salud Mental infanto-juvenil (CDSM I-J).

En la primera fase de la investigación, exploramos la relación entre la práctica del colecho (práctica en la que los padres y los niños duermen juntos en

contacto corporal durante toda la noche o parte de ella) y los problemas conductuales del sueño en una muestra de 57 niños de edad escolar atendidos en un CDSM I-J. La información sobre la práctica del colecho se recogió a través de una entrevista inicial con los padres realizada por la enfermera pediátrica, antes del comienzo de una terapia grupal con los niños. Se evaluaron los problemas de tipo conductual relacionados con el sueño (despertares frecuentes, resistencia a la hora de irse a dormir, etc) a través de ítems del cuestionario PSQ (Pediatric Sleep Questionnaire) de Chervin, Hedger, Dillon & Pituch (2000)., completado por los padres.

En una segunda fase se empleó la entrevista semiestructurada "BEARS" para la detección de problemas de sueño, elegida por su brevedad y fácil manejo. Para estudiar la validez concurrente de la entrevista BEARS se realizó una comparación entre los resultados de la entrevista y las puntuaciones del Cuestionario de Hábitos de Sueño Infantil (Children Sleep Habits Questionnaire, CSHQ, (Owens, Spirito & McGuim, 2000)), en una muestra de niños que asistieron por primera vez a CDSM I-J, (n=60), para recibir una intervención psicoeducativa grupal.

En la tercera y última fase de esta investigación se diseñó una sesión psicoeducativa en formato grupal, complementada con un folleto informativo, administrada a padres de niños, (n=26), con un trastorno de salud mental y con la sospecha de un trastorno del sueño conductual. Las principales medidas de resultado se obtuvieron a partir de los ítems del PSQ y se evaluaron antes y 3 meses después de la intervención.

A modo de resumen, los resultados globales de esta tesis doctoral indican que; (1) la práctica del colecho en niños en edad escolar con diagnóstico de

salud mental es una práctica relativamente frecuente, y que esta práctica está relacionada con problemas de sueño de tipo conductual; (2) la versión española de la entrevista BEARS tiene una adecuada validez concurrente para detectar problemas de sueño en evaluaciones de enfermería pediátrica; y (3) una sesión educativa breve administrada por una enfermera pediátrica a padres de niños con un diagnóstico de salud mental se asocia con un efecto positivo en el sueño de éstos.

Puesto que los problemas del sueño pueden complicar el manejo de los trastornos mentales, los profesionales de la salud que trabajan con este grupo de población deben evaluar el sueño del niño, explorar en detalle el entorno en el que se desarrolla el sueño y, cuando sea necesario, implementar las intervenciones apropiadas para tratar los problemas del sueño en estos niños.

Las enfermeras pediátricas, independientemente del entorno clínico en el que trabajen (salud mental, atención primaria, atención especializada), se encuentran en una posición única para evaluar y detectar problemas de sueño en niños y educar a las familias acerca de las prácticas saludables que favorecen el sueño infantil.

Palabras Clave: Colecho, Evaluación del sueño en niños, Insomnio infantil, Intervenciones de Enfermería, Problemas de sueño en niños, Salud mental infantil,

Abstract

Neurodevelopmental and mental health disorders during childhood and adolescence often coexist with sleep-related problems, such as nighttime awakenings, resistance to bedtime, increased sleep latency, etc. The overarching goal of this research is to increase the existing knowledge in the field of nursing practice on the evaluation and treatment of sleep disorders in the pediatric population, in the context of mental health.

To achieve this goal, the following specific objectives were established: 1) to explore the presence of sleep disturbances in children and factors related to them, 2) to test a brief method for screening common sleep problems in children, suitable for nursing practice and 3) to design and evaluate the effect of an educational intervention on healthy sleep practices for parents of children with a suspicion of behavioral sleep problems.

This research is divided in three phases (1) the evaluation of sleep problems and factors related to them in a clinical sample attending a mental health care center for children and adolescents (MHCC C-A) (Article 1) (2) the evaluation of the validity of the Spanish version of a brief screening interview for sleep problems in children, named BEARS, by Owens & Dalzell (2005), and (3) the development and assessment of the impact of an educational intervention about sleep hygiene aimed at parents of children with sleep-related problems, attending a MHCC C-A.

In the first phase of this research, we explored the relationship between co-sleeping (the practice in which parents and children sleep together in body contact throughout the night, or part of it) and behavioral sleep problems in a sample of 57 school-aged children attending a MHCC C-A. Information about the

practice of co-sleeping was collected through an initial interview with the parents by the pediatric nurse, before the beginning of a group psychological therapy with the children. Behavioral problems related to sleep (frequent awakenings, resistance to go to bed, etc.) were evaluated with items of the PSQ questionnaire (Pediatric Sleep Questionnaire) by Chervin, Hedger, Dillon & Pituch (2000), completed by the parents/caregivers.

In the second phase, the semi-structured interview "BEARS" was used to detect sleep problems. To study the concurrent validity of the Spanish Translation of the BEARS interview, a comparison was made with the scores of the Children Sleep Habits Questionnaire, CSHQ, (Owens, Spirito & McGuim, 2000), in a sample of children who attended for the first time a MHCC C-A (n = 60), to receive a group psychoeducational intervention.

In the third and final phase of this research, a psycho-educational session including good sleep hygiene practices for children was designed and administered, in a group format, to parents of children with a suspicion of behavioral sleep issues (n=26) attending a MHCC C-A for a neurodevelopmental or mental health disorder. The main outcome measures were obtained from a subgroup of items from the PSQ and were evaluated before and 3 months after the intervention.

To summarize, the overall results of this research indicate that: (1) the practice of co-sleeping in our sample is a relatively frequent activity, and it is related to behavioral sleep problems; (2) the Spanish version of the BEARS interview has an adequate concurrent validity to detect sleep problems; and (3) a brief educational session administered by a pediatric nurse to parents of

children with a suspicion of behavioral sleep problems is associated with positive sleep-related outcomes.

Since sleep problems can complicate the management of mental disorders, health professionals working with this population should assess the child's sleep, explore in detail the environment in which the child develops and, when necessary, implement appropriate interventions to treat sleep problems in these children.

Pediatric nurses, regardless of the clinical environment in which they work (mental health, primary care, specialized care), are in a unique position to assess and detect sleep problems in children and educate families about healthy practices that favor sleep in children.

Key words: Colecho, Evaluation of sleep in children, Infantile Insomnia, Nursing Interventions, Sleep problems in children, Infant mental health,

1. CAPÍTULO 1.

Introducción

1.1 Justificación

1.1.1. Relevancia del proyecto en cuanto a su impacto clínico.

El sueño es una de las actividades de mayor relevancia para el buen funcionamiento del organismo y está regulado por el sistema nervioso central. Durante el sueño se restauran y reorganizan las funciones psicológicas y físicas utilizadas durante el día. Su valor esencial consiste en su calidad, es decir, que permita restablecer de manera eficaz al cuerpo para así poder encarar convenientemente la etapa de vigilia siguiente, y que cuente con una duración adecuada (Carrillo-Mora, Barajas-Martínez, Sánchez-Vázquez, & Rangel-Caballero, 2018).

Dada la importancia del sueño, los problemas relacionados con el mismo están asociados con una peor salud, mayor riesgo de mortalidad, cambios hormonales y bioquímicos, mayores costos de atención médica, mayor uso de recursos de salud, ausentismo y mayor riesgo de trastornos psicológicos, especialmente depresión (Buitrago, Ciurana, Chocrón y cols.,2018).

Los trastornos del sueño como el Insomnio, definido por La Academia Americana de Medicina del Sueño (AASM, 2014) como la percepción subjetiva de dificultad del inicio, duración, consolidación o calidad del sueño que ocurre a pesar de una oportunidad adecuada para dormir, y que da como resultado alguna forma de alteración diurna, el Síndrome de apnea obstructiva de sueño (SAOS); la respiración se detiene y se reanuda repetidamente durante el sueño, es el trastorno del sueño más grave, las Hipersomnias; sueño excesivo constante e involuntario, los Trastornos del movimiento relacionados con el sueño; movimiento excesivo durante la noche que no es explicado por alguna

condición médica o alguna otra anormalidad, o las Alteraciones del ritmo circadiano en las que existe una asincronía entre los periodos de vigilia y sueño con respecto al ciclo geofísico día/noche del planeta Tierra y los horarios sociales de escuela, trabajo etc, son muy prevalentes en la población general, llegando a afectar al 30% de ella a lo largo de su vida (Abenza, Miralles, Arpa y cols., 2017), siendo una patología común en los países desarrollados.

Con respecto a la población infantil, se estima que entre un 25-45% sufren algún problema o trastorno del sueño siendo el Insomnio el más frecuente (Pin, Soto, Jurado y cols., 2017; Mazzone, Postorino, Siracusano y cols., 2018).

Los criterios diagnósticos para el Insomnio pediátrico según las clasificaciones del DSM-5 (Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales, 5ª ed.) (APA, 2013) y ICSD-3 (Clasificación Internacional de los Trastornos de Sueño, 3ª ed.) (AASM,2014) son la dificultad para conciliar el sueño y / o quedarse dormido, despertarse demasiado temprano, resistencia a la hora de acostarse o dificultad para dormir sin intervención de padres o cuidadores (CRITERIO A), resultando en fatiga, irritabilidad, alteración del estado de ánimo, somnolencia diurna, deterioro de la concentración, atención, memoria, deterioro del desempeño social, familiar o académico (CRITERIO B), estos problemas del sueño no se pueden explicar simplemente por una oportunidad o un entorno inadecuados para dormir (CRITERIO C), que ocurre al menos 3 veces por semana (CRITERIO D), que han estado presentes al menos durante 3 meses (CRITERIO E), y no se explican mejor por otros trastornos del sueño (CRITERIO F).

La pobre calidad y cantidad del sueño consecuencia de frecuentes despertares nocturnos, cambios de horario de sueño, aumento en latencia del

sueño, etc, en los niños y adolescentes se asocia con una serie de resultados funcionales negativos, incluyendo somnolencia, falta de atención y otros déficits cognitivos y conductuales, así como a consecuencias psiquiátricas y de salud física, como la obesidad y las consecuencias metabólicas. Se ha demostrado que el Insomnio aumenta el riesgo de depresión, así como los comportamientos suicidas y de autolesión, tanto en niños como en adolescentes. También hay un impacto significativo en las familias, con padres y cuidadores que informan de los efectos negativos en el funcionamiento y el bienestar diurno, así como los niveles elevados de estrés familiar (Meltzer & Mindell, 2014). En la figura 1 se enumeran las consecuencias de los problemas de sueño en la infancia y adolescencia.



Figura 1: Impacto de los problemas de sueño en niños y adolescentes.

Se ha indicado que los trastornos relacionados con el sueño en los niños es un motivo relativamente frecuente de consulta por parte de la familia al servicio de pediatría, aunque, en general, se señala que se dedica poca atención a su prevención, diagnóstico y tratamiento (Martínez-Sabater, Martínez, Marzà y cols, 2012). De hecho, diversos estudios publicados en la última década han puesto de manifiesto que existe una infradetección de los problemas de sueño en niños (Owens, Spirito & McGuinn, 2000; Estivill, 2002; Mindell & Owens, 2003; Owens & Dalzell, 2005; Van Litsenburg, Waumans, Van den Berg & Gemke, 2010; Erichsen & Godoy, 2012).

Los trastornos del sueño infantil podrían ser fáciles de identificar en la consulta pediátrica de atención primaria (por ejemplo, si un niño tiene ronquidos o excesiva somnolencia durante el día), sin embargo, muchos problemas de sueño no son reconocidos en la práctica pediátrica. Una de las razones es que las preocupaciones del sueño no se abordan frecuentemente en las visitas al pediatra por parte de los profesionales; no se incluye un método de cribado protocolizado en los controles de salud del “Programa del niño sano” según el “Programa de Atención al Niño y al Adolescente. (PANA)”, (Servicio Murciano de Salud, 2007) de la Región de Murcia. Por otra parte, esta consulta, en la mayor parte de las ocasiones, tiene el tiempo de contacto con el paciente limitado (Meltzer, Plaufcan, Thomas & Mindell, 2014) debido a la presión asistencial. En esta línea, un estudio realizado en dos clínicas pediátricas encontró que la evaluación de problemas de sueño en niños es infrecuente y, por tanto, su diagnóstico y recomendaciones de tratamiento son claramente insuficientes (Chervin, Archbold, Panahi y cols., 2001; Owens & Dalzell. 2005). En conjunto,

estos datos ponen de relieve que existen deficiencias importantes en la detección, evaluación y tratamiento de problemas de sueño en la práctica clínica.

A todo esto, también debemos añadir el desconocimiento por parte de muchos padres de una correcta higiene del sueño. A dormir, al igual que a comer, se aprende, y en general, el conocimiento de los padres sobre el sueño infantil es pobre (McDowall, Galland, Campbell & Elder, 2017). En muchas ocasiones los padres subestiman los requisitos de sueño de su hijo (McDowall, Campbell & Elder, 2016); lo toman como “algo” más de la crianza, no le dan importancia o desconocen las consecuencias que los problemas de sueño puede llegar a tener en el desarrollo y en el funcionamiento diurno de su hijo, por ello no lo comunican a los profesionales sanitarios.

Como consecuencia de que los problemas de sueño están infraevaluados e infradetectados también se encuentran infratratados. En ocasiones los profesionales sanitarios, tanto pediatras como enfermeras, tiene escasa formación en esta materia (Bruni, Violani, Luchetti y cols., 2004; Faruqui, Khubchandani, Price y cols., 2011) e infravaloran la sintomatología que presenta el niño con problemas de sueño, y por ello no se instaura un tratamiento. Con el paso del tiempo ese problema se puede ir agravando con lo que el tratamiento también puede hacerse más complicado. Otras veces son los padres que después de intentar estrategias de control de sueño de sus hijos, por sí mismos, siguiendo consejos de libros populares o artículos en internet no obtienen los resultados esperados, se desesperan y pierden la confianza en ellos, y ante las indicaciones de los profesionales para atajar el problema que han detectado en su hijo, no ponen en marcha las indicaciones dadas o abandonan ante la primera resistencia que pone el niño, con lo que el problema se cronifica. Y se ha

comprobado que cuando los padres han obtenido la información por ellos mismos consiguen un éxito mucho menor que cuando esta información se brinda en un entorno clínico haciendo también un seguimiento por parte del profesional sanitario (Loutzenhisera, Hoffman & Beatch, 2014).

Es evidente el impacto que el sueño tiene en la salud de la infancia y la adolescencia. Cada vez más, la enfermería pediátrica, en nuestra función preventiva y de promoción de la salud, ha ido incorporando, de forma progresiva, esta información como parte de los consejos proporcionados a la población atendida. Pero la importancia de adquirir unos hábitos correctos de sueño es un tema frecuentemente relegado a un segundo plano en las revisiones de salud, siendo habitual que sólo se hable de ello cuando se convierte en un problema para el niño o la familia. Si tenemos en cuenta que el sueño es un proceso activo con una clara función reparadora, esencial para el correcto funcionamiento físico y mental del individuo, y que esta función resulta especialmente necesaria en los procesos en los que la maduración cerebral es más intensa, como la infancia y la adolescencia, deberíamos replantearnos la importancia de conocer y valorar los hábitos de sueño de nuestros pacientes y de la promoción de comportamientos saludables en relación con los mismos (Rodríguez, 2015).

1.1.2. Relevancia del proyecto en cuanto a su impacto asistencial en Salud Mental.

Décadas de investigación han demostrado que los trastornos del sueño son altamente prevalentes en los trastornos mentales y se han asociado con efectos adversos para el funcionamiento cognitivo, emocional e interpersonal (Baglioni, Nanovska, Regen y cols., 2016).

En el ámbito de la salud mental infanto-juvenil, en multitud de trastornos psiquiátricos de comienzo durante esta etapa de la vida, como los Trastornos del espectro autista (TEA), el Trastorno de déficit de atención con o sin hiperactividad (TDAH), el Trastorno de las emociones y del comportamiento de comienzo en la infancia, el Trastorno de ansiedad generalizada, etc, aparecen problemas de sueño frecuentemente, con una prevalencia de hasta un 75-80% (Malow, Katz, Reynolds y cols., 2016; Tolaymat & Liu, 2017). El sueño forma parte de los criterios de los síntomas en el DSM-5 (APA, 2013) para numerosas afecciones psiquiátricas importantes (Episodio depresivo mayor, Trastorno de estrés postraumático, Trastorno de ansiedad generalizada, Trastorno por uso de sustancias, o Trastorno de pánico), pero, incluso en los trastornos en los que la interrupción del sueño no es un marcador de síntomas importante, todavía se cree que el sueño desempeña un papel en el desarrollo y el mantenimiento de los síntomas disfuncionales (Anwar, Yingling, Zhang y cols., 2018). Por ejemplo, en el TDAH, los niños pueden tener más resistencia a la hora de acostarse, más problemas con el inicio del sueño, más despertares nocturnos, dificultades con el despertar matutino, trastornos respiratorios del sueño y somnolencia diurna. La apnea del sueño en sí está asociada con síntomas de hiperactividad,

impulsividad, falta de atención y bajo rendimiento académico (Galland, Spruyt, Dawes y cols., 2015).

El TEA es otra afección en la que el sueño no forma parte del criterio de los síntomas, pero los problemas del sueño son frecuentes. Se estima que entre el 40% y el 80% de los niños con TEA tienen problemas para dormir (Cortesi, Giannotti, Ivanenko, & Johnson, 2010).

Los trastornos del sueño también son comunes en los principales diagnósticos de los Trastornos del estado de ánimo, desde la menor necesidad de dormir en los Trastornos del humor bipolar hasta la hipersomnia o diversos grados de insomnio en la Depresión mayor.

Finalmente, el insomnio es una queja frecuente en la Esquizofrenia y puede tener efectos negativos en la calidad de vida y la cognición. Incluso se ha sugerido que los déficits de sueño pueden ser un precursor de la Psicosis (Anwar Yingling, Zhang y cols., 2018).

A pesar de la importancia del sueño en el funcionamiento diario y el desarrollo del individuo, y el papel que desempeña en el desarrollo y mantenimiento de las condiciones psiquiátricas, médicos de diversas especialidades tienen una formación limitada para detectar, diagnosticar y tratar adecuadamente los problemas del sueño. En 2001, Owens realizó un estudio basado en una encuesta a 828 médicos sobre sus conocimientos de los trastornos del sueño en la población pediátrica. La mayoría de los profesionales encuestados eran de atención primaria, y aproximadamente el 75% de ellos eran pediatras. Menos de la mitad de los participantes respondieron sentirse confiados en la detección de problemas de sueño en los niños y sólo el 25% de los participantes se sintió seguro al implantar un tratamiento. Los autores de este

estudio consideraron que esto podría deberse a lagunas en el conocimiento básico sobre los trastornos del sueño pediátrico.

Por otro lado, es posible que en las consultas de salud mental infanto-juvenil, las inquietudes de los padres sobre el sueño no se reflejen en la información recopilada durante una consulta clínica, y si estos aparecen, suelen no tratarse de manera específica. A menudo son tratados como un síntoma más de su trastorno psiquiátrico con el que hay que convivir o incluso, a veces, pueden ser la causa de instaurar un tratamiento farmacológico con psicofármacos en casos en que el niño, con anterioridad a aparecer el problema de sueño, no lo requería (Anwar, Yingling, Zhang y cols., 2018). Todo ello respalda la necesidad de desarrollar vías de práctica protocolizada de detección de problemas de sueño en el entorno de salud mental infantil. Además, muchos fármacos que son indicados para inducir el sueño tienen efectos adversos, lo que también hace necesarias las intervenciones basadas en la evidencia en esta población (Malow, Katz, Reynolds y cols., 2016).

En resumen, el enfoque que se ha explicado y desarrollado hasta este momento, y que recoge la visión tradicional, es que los problemas de sueño son un síntoma, consecuencia o epifenómeno inespecífico de los trastornos psiquiátricos, y el resultado clínico es que el tratamiento de los problemas del sueño tiene poca prioridad en el ámbito de la salud mental.

Pero existe una perspectiva alternativa; una que explicaría la relación de causalidad en el sentido opuesto, y es que el sueño perturbado es un factor causal contribuyente en la aparición de muchos trastornos de salud mental. Desde esta perspectiva alternativa, el tratamiento de los problemas del sueño adquiere una mayor importancia clínica. Freeman, Sheaves, Goodwin y cols, han

realizado un estudio (2017) en el que por medio de la terapia conductual intentan mejorar el sueño en una muestra de población universitaria con insomnio para determinar el efecto sobre las experiencias psicóticas. Estos autores establecen una asociación del insomnio con las experiencias psicóticas en la población general, teniendo en cuenta que existen experiencias psicóticas múltiples e independientes y que en cada experiencia psicótica existe un espectro de gravedad en la población general con diferente heredabilidad y diferente fuerza de asociación con el insomnio. Este ensayo controlado aleatorizado proporciona una fuerte evidencia de que el insomnio es un factor causal en la ocurrencia de experiencias psicóticas y otros problemas de salud mental por lo que el tratamiento del sueño interrumpido podría requerir una mayor prioridad en la provisión de salud mental.

Este no es el único estudio en esta línea, otros también han llegado a las mismas conclusiones Freeman, Sheaves, Goodwin y cols., en 2015 realizaron un estudio que fue la primera prueba causal a gran escala de la relación entre la alteración del sueño y las experiencias psicóticas. Y, también el mismo año, Freeman, Waite, Startup y cols., (2015), mostraron que la Terapia Cognitivo Conductual para el insomnio puede ser altamente efectiva para mejorar el sueño en pacientes de 18 a 65 años con delirios persistentes o alucinaciones, y que se necesitaban estudios sobre los efectos de esta terapia sobre las experiencias psicóticas. Otro estudio (Lewis, Foster & Jones, 2016) señala que el sueño y la alteración del ritmo circadiano son candidatos plausibles como factores causales involucrados en la Psicosis puerperal, pero se necesita más investigación que se base en los últimos avances en cronobiología y neurociencia.

También en población juvenil, un estudio realizado en esta misma línea (Sheaves, Porcheret, Tsanas y cols, 2016) concluye que el insomnio, las pesadillas y el retraso de la fase circadiana se asocian con un aumento de los síntomas psiquiátricos subsindrómicos en los jóvenes. Cada uno es un trastorno del sueño tratable y podría ser un objetivo de intervención temprana para modificar la progresión posterior del trastorno psiquiátrico.

Las pesadillas y los terrores nocturnos en la infancia se asociaron con experiencias psicóticas a la edad de 12 años. Esto sugiere que la excitación y las formas rápidas de movimientos oculares del trastorno del sueño podrían ser indicadores tempranos de riesgo para la Psicosis (Fisher, Lereya, Thompson y cols., 2013; Tompson, Lereya, Lewis y cols., 2015; Scott, Robillard, Hermens y cols., 2016).

El aumento de la evidencia científica, en el campo de la neurociencia, indica que los trastornos del sueño están estrechamente relacionados con el inicio y la cronicidad de los trastornos mentales comunes. Si sabemos que un individuo es vulnerable a padecer un trastorno psiquiátrico, la intervención temprana se convierte en una posibilidad, estabilizando el sueño (Freeman, Sheaves, Goodwin y cols., 2015).

Estos datos confieren a la detección y tratamiento de estos problemas una importancia clínica prioritaria además de establecer un camino hacia la posibilidad de alcanzar la prevención de los trastornos psiquiátricos.

1.2. Objetivos

Objetivo general de la investigación:

- Explorar estrategias para la valoración del sueño, detección de los problemas de sueño y abordaje de los problemas de sueño infantil en la práctica enfermera.

Para conseguir este propósito, se formularon los siguientes objetivos específicos:

- 1) Explorar la presencia de problemas de sueño infantil y factores relacionados, específicamente, en una muestra de niños con trastornos del neurodesarrollo y de salud mental, que se corresponde con Artículo 1.
- 2) Probar la validez de un instrumento de screening breve de problemas de sueño infantil, útil para la práctica enfermera en el ámbito de la salud mental, que se corresponde con Artículo 2.
- 3) Diseñar y evaluar el impacto de una actividad terapéutica de enfermería consistente en la administración, a padres/cuidadores de niños con trastornos del neurodesarrollo y de salud mental, de una intervención educativa sobre el sueño infantil, que se corresponde con el Artículo 3.

Los problemas de sueño infantil. Factores relacionados.

2. CAPITULO 2

Los problemas de sueño infantil.
Factores relacionados.

2.1. LOS PROBLEMAS DE SUEÑO INFANTIL. FACTORES RELACIONADOS.

Durante la infancia se producen los cambios más importantes en la estructura del sueño dando lugar al patrón definitivo en el inicio de la adolescencia. Según la edad del niño varían tanto la duración como las características del sueño; se producen grandes cambios en la duración del sueño, en su distribución a lo largo del día, así como en la proporción de cada una de sus fases. Estos cambios vienen determinados principalmente por factores endógenos como el sistema circadiano y el homeostático, pero también por factores externos como el establecimiento de unos hábitos y rutinas de sueño.

Investigaciones previas han encontrado que las rutinas diarias, en general, conducen a ambientes predecibles y menos estresantes para los niños pequeños y se relacionan con un mayor sentido de competencia parental y comportamientos diurnos mejorados. Una rutina a la hora de acostarse es una rutina diaria familiar y consiste en realizar las mismas actividades en el mismo orden todas las noches antes de apagar las luces. Se espera que una rutina a la hora de acostarse, de manera similar a otras rutinas diarias, mejore el comportamiento y produzca un mejor sueño. Además, si ésta incluye la lectura, canto u otra comunicación verbal, se asocia con un aumento de la duración del sueño nocturno y con un adecuado desarrollo cognitivo, y además es eficaz para mejorar las alteraciones del sueño (Mindell, Li, Sadeh y cols., 2015).

La forma en la que un niño se duerme al comienzo de la noche es la forma en que espera volver a dormirse cuando, de una forma fisiológica, se despierte durante la noche. Por lo tanto, si lo último que recuerda un niño es que ha sido

tomado, acunado, movido o alimentado para que duerma, querrá ser movido o alimentado nuevamente cuando se despierte. Esta "asociación del sueño" es la base del Insomnio conductual de la infancia (Hannan & Hiscock, 2015).

Una de las asociaciones del sueño que realiza el niño y que se da actualmente en nuestra sociedad, y cada vez con más frecuencia, es el colecho.

El colecho se define como la práctica en la que los padres y los niños duermen juntos en contacto corporal durante toda la noche o parte de ella (Cortesi, Giannotti, Sebastiani y cols., 2008). El colecho es un tema muy debatido. La literatura sobre este tema está a menudo polarizada, llena de preguntas interesantes, y posiblemente, evidencia insuficiente (Mileva-Seitz, Bakermans-Kranenburg, Battaini & Luijk, 2016).

La práctica de dormir juntos, padres e hijos, puede ser intencional o reactiva. El "colecho intencional" se refiere a los padres / cuidadores que planean compartir la cama y deciden hacerlo desde la infancia temprana hacia adelante. El que los padres compartan la cama con el niño intencionalmente puede ser debido a las creencias culturales, la facilitación de la lactancia materna, la ideología parental, las experiencias del sueño de los padres, la conveniencia, la ansiedad, la seguridad infantil, las necesidades emocionales de los padres y del niño, la proximidad física al lactante o el mejor cuidado (Mileva-Seitz y cols., 2016). Por otro lado, el colecho puede ser "reactivo" en el cual el padre comienza a compartir cama con el niño después de la edad de un año en respuesta a circunstancias problemáticas; típicamente en respuesta a los malos patrones de sueño del niño como incapacidad para conciliar el sueño de manera independiente o múltiples despertares nocturnos (Ramos, 2003; Santos, Barros, A. Barros, F. y cols., 2017).

La prevalencia general del colecho es difícil de determinar. En general, las encuestas tienden a subestimar su magnitud debido a la tendencia de los padres a ocultarlo por los temores a juicios de valor por parte de los profesionales sanitarios. Un estudio de población general realizado en España y publicado en 2011, con niños de 6 a 14 años, indicó que entre el 75 y el 85% de ellos se quedan dormidos en la cama con sus padres al menos un día a la semana (Pin, Cubel, Martín y cols., 2011). Es de notar que las tasas de colecho difieren sustancialmente entre culturas y en diferentes períodos de tiempo. Por ejemplo, se ha encontrado que la prevalencia en los primeros 4 años de vida es entre 6% y 70% y en niños en edad escolar oscila entre 4% y 23% (Jenni, Fuhner, Iglowstein y cols., 2005). Además, el colecho parece ser menos frecuente en culturas que valoran la autonomía y el individualismo, como es el caso de la mayoría de los países occidentales o desarrollados, potencialmente debido al deseo de los padres de inculcar la independencia temprana en sus hijos alentándoles a dormir solos (Luijk, Mileva-Seitz, Jansen y cols., 2013).

Los factores socioeconómicos, como bajos ingresos familiares, menor edad materna, bajo nivel educativo materno y la etnia no blanca (Fu, Colson, Corwin & Moon, 2008; Willinger, Ko, Hoffman y cols., 2010) constituyen unos de los factores más ampliamente reportados asociados con una mayor prevalencia de colecho. Por ejemplo, la literatura estadounidense y británica sugieren que las tasas de colecho son mayores en las etnias no blancas (Fu y cols. 2008). Sin embargo, en algunas naciones occidentales y típicamente de no colecho, se ha informado de un aumento en esta práctica durante las últimas décadas; hubo un aumento del 6% al 13% entre 1993 y 2000 en los Estados Unidos, y se observaron aumentos similares en países del norte de Europa, como los Países

Bajos y Noruega (Willinger y cols., 2010). Se ha hipotetizado que un aumento en las prácticas de lactancia materna parece estar vinculado a un aumento en la frecuencia del colecho (Mileva-Seitz y cols., 2016). De hecho, el colecho y la lactancia están positivamente relacionados. Una relación bidireccional y que se refuerza mutuamente con el colecho facilitando la lactancia materna y facilitado por el deseo de la madre de continuar amamantando mientras minimiza la privación de sueño impuesta por los frecuentes despertares nocturnos del bebé. (Peters, Lusher, Banbury & Chandler, 2016).

Han sido documentados los efectos positivos de una historia precoz de colecho y de amamantar. Por ejemplo, un estudio de Beijers, Riksen-Walraven & Weerth (2013) ha sugerido que el colecho junto con la lactancia materna contribuye como un factor de protección en los niños expuestos a una experiencia estresante, reduciendo los niveles de cortisol.

Pero los efectos potenciales del colecho, más allá de la lactancia materna, en el desarrollo psicosocial y físico del niño no se han determinado definitivamente. Estudios transversales previos han sugerido que esta práctica puede ser un factor de riesgo para el sueño interrumpido y los trastornos del sueño en bebés y niños pequeños (Li, Jin, Yan y cols., 2008, Cortesi y cols., 2008).

Los problemas del sueño y el colecho parecen estar asociados en los estudios de niños mayores, pero la dirección o causalidad es difícil de determinar (Jenni y cols., 2005), ya que la mayoría de estos estudios son transversales. Aunque la literatura sobre los problemas del sueño y las prácticas del sueño no ha resuelto aún la dirección subyacente de esta asociación es más frecuente suponer que los padres que comparten la cama con sus hijos puedan crear

problemas de sueño en ellos. Alternativamente, los padres que comparten la cama podrían elegir esta práctica en respuesta a problemas de sueño preexistentes. Además, los padres que practican el colecho pueden subestimar o sobre-informar la presencia de problemas de sueño, de acuerdo con sus actitudes y creencias sobre el colecho o su proximidad al niño. Cada suposición esta apoyada por alguna evidencia científica (Mileva-Seitz y cols., 2016).

Sin embargo, si el colecho se ha iniciado como respuesta a los problemas del sueño, no hay ninguna evidencia que indique que el dormir junto al niño es acertado para tratar problemas del sueño. Por lo tanto, parece lógico suponer que, en general, el colecho puede no ser una práctica de sueño saludable en los niños mayores.

Los problemas del sueño son particularmente frecuentes entre los niños con trastornos de salud mental. Por ejemplo, se ha sugerido que, en los niños con discapacidades del desarrollo neurológico, como los TEA, o en el TDAH, las tasas de prevalencia de las dificultades del sueño pueden ser de hasta 75-80%, y estas alteraciones del sueño tienden a durar años o incluso para toda la vida (Alfano & Gamble, 2009; Jan, Reiter, Bax y cols., 2010; Meltzer & Mindell, 2014). Las quejas más comunes del sueño en estos niños incluyen la dificultad para quedarse/ permanecer dormido, los despertares nocturnos frecuentes y el sueño agitado, los patrones irregulares del sueño-vigilia, y la resistencia de la hora de acostarse (Alfano & Gamble, 2009).

Si los trastornos del sueño pueden desencadenar el colecho, se podría suponer que esta práctica puede ser mayor en los niños con trastornos de salud mental. Sin embargo, es escasa la bibliografía sobre los problemas de sueño y colecho en niños con problemas de salud mental. El estudio de Cassels (2013)

sugiere que los problemas de sueño en los bebés predicen diagnósticos de TDAH. Santos y cols., (2017) estudiaron el efecto de compartir cama con la madre sobre la salud mental del niño y concluyeron que este hábito está asociado con problemas de salud mental infantil a la edad de seis años. Liu, Hubbard, Fabes y Adam (2006) examinaron los patrones de sueño, los problemas del sueño y su relación en niños con TEA, mostrando que tanto las disomnias, como los despertares nocturnos, la somnolencia diurna y las parasomnias, como las pesadillas, el sonambulismo y el colecho son frecuentes en los niños con TEA. Palmer, Clementi, Meers y Alfano, (2018) han concluido tras su estudio que el colecho es muy común en los niños ansiosos en edad escolar, de 6 a 12 años, con más de 1 cada 3 que comparten cama con sus padres al menos 2-4 veces por semana, siendo aún más común entre los jóvenes con mayor gravedad de ansiedad. Esta dependencia para iniciar y mantener el sueño puede contribuir a un peor sueño en esta población a través de unos patrones de sueño más variables.

Los problemas del sueño son un tema interesante para explorar en niños con problemas de salud mental, ya que se ha demostrado que los trastornos del sueño no tratados producen síntomas como labilidad emocional, irritabilidad, baja tolerancia a la frustración, trastornos del comportamiento y agresividad que afectan el funcionamiento diurno de estos niños y complican su manejo (Idiazábal-Aletxa & Aliagas-Martínez, 2009, Jan y cols., 2010, Cohen, Conduit, Lockley y cols., 2014).

Por lo tanto, es de suma importancia para los profesionales sanitarios que trabajan con niños, como las enfermeras pediátricas, de salud mental, pediatras, y paidopsiquiatras, detectar problemas de sueño, examinar los patrones de

sueño e identificar cualquier factor modificable que pudiera estar contribuyendo negativamente a ellos.

Con el propósito de alcanzar el primer objetivo específico de explorar la presencia de problemas de sueño infantil en población con problemas de salud mental y/o trastornos del neurodesarrollo y su relación con el colecho se realizó el estudio “Colecho y problemas de sueño conductual en escolares con trastornos del neurodesarrollo y de salud mental” (“Cosleeping and behavioral sleep problems in school-aged children with neurodevelopmental and mental health disorders”).

ARTICULO 1

Cosleeping and Behavioral Sleep Problems in School-aged Children
with Neurodevelopmental and Mental Health Disorders.

Bastida-Pozuelo, M.F. Meltzer, L.J. & Sánchez-Ortuño, M.M. (2018).

Archives of Psychiatric Nursing

Factor de impacto 2018-JCR 2017: 1.133 (Q2)

RESUMEN

El objetivo de este estudio fue explorar la presencia de problemas relacionados con el sueño y su relación con el colecho en una muestra de 57 niños con trastornos de salud mental. La información sobre la práctica del colecho se recogió a través de una entrevista y los problemas conductuales del sueño se evaluaron con un subconjunto de ítems de la versión en español del Pediatric Sleep Questionnaire (PSQ). Controlando por edad, los niños que practicaron el colecho obtuvieron una puntuación más alta en el insomnio, la somnolencia diurna y la mala programación del sueño, en comparación con los que duermen solos. Por lo tanto, los profesionales de la salud mental deberían explorar el entorno de sueño del niño y, cuando sea necesario, usar las intervenciones apropiadas para abordar dichos problemas.

Palabras clave: Cosleeping, Niños, Trastornos de la salud mental, Trastornos del sueño

3. CAPITULO 3.

EVALUACIÓN DEL SUEÑO EN NIÑOS.

3.1. LA EVALUACIÓN DEL SUEÑO EN NIÑOS. MÉTODOS DE VALORACIÓN

Según las publicaciones científicas sobre el tema, los problemas del sueño de tipo conductual, tales como la resistencia al acostarse, frecuentes despertares nocturnos, etc, aparecen en la infancia con una prevalencia que varía según se trate de población general o clínica, de un 20% a un 80% (Mindell y cols., 2015; Ramtekkar, 2017; Anwar y cols., 2018). Esta variación en las cifras de prevalencia puede deberse, entre otros factores, a las distintas herramientas de valoración del sueño utilizadas en los diferentes estudios.

Los trabajos que han analizado los problemas durante el sueño en niños o adolescentes, tanto en español como en lengua extranjera, han empleado una variedad de métodos diferentes: agendas/diarios de sueño, entrevistas y cuestionarios o métodos objetivos de detección de problemas de sueño lo que conlleva dificultades considerables al comparar los resultados entre los estudios, además, algunos de estos cuestionarios, agendas o diarios empleados, no se han formulado coincidiendo con los criterios diagnósticos que figuran en la Clasificación Internacional de Trastornos del Sueño (ICSD) (Velayos, 2009).

De otro lado, se ha señalado que, la falta de instrumentos de diagnóstico estandarizados y validados en español aumenta el problema relacionado con la infradetección de los trastornos del sueño en niños y adolescentes (Velayos, 2009).

En general, existen dos tipos de medidas del sueño en niños/adolescentes: unas son objetivas y otras subjetivas. A continuación, se detallan los tipos y las características más importantes de cada una de ellas.

Instrumentos objetivos de valoración del sueño:

Incluye la Polisomnografía y la Actigrafía.

La Polisomnografía se considera el “estándar de oro” para el diagnóstico de los trastornos de sueño y consiste en el registro de la actividad cerebral, de la respiración, del ritmo cardíaco, de la actividad muscular y de los niveles de oxígeno en la sangre mientras se duerme, a través de tres estudios básicos: electroencefalografía, electrooculografía y electromiografía, y de otros parámetros como: electrocardiografía, oximetría de pulso, esfuerzo respiratorio, ronquidos y monitorización continua por vídeo.

La Actigrafía consiste en un sensor con un velocímetro que se coloca generalmente en el brazo no dominante del paciente para registrar los movimientos. Esto nos permite detectar los periodos de inactividad (sueño) y de la actividad diaria normal (Carrillo-Mora y cols., 2018).

Instrumentos subjetivos de evaluación del sueño

Este grupo incluye las agendas o diarios de sueño, los cuestionarios y escalas y entrevistas estructuradas/semiestructuradas.

1. Agenda o diario de sueño; en ella se anota: la hora en la que el niño se duerme y se despierta, la hora de la siesta y cuanto dura, si hay ronquidos, despertares por la noche o somnolencia por el día, si hay conductas anormales en el sueño, como: sudoración, inquietud, interrupción de sueño. Estos datos se deben de registrar durante 15 días, y son de gran valor para el diagnóstico y manejo del problema. Un ejemplo de Agenda de sueño en la Figura 2

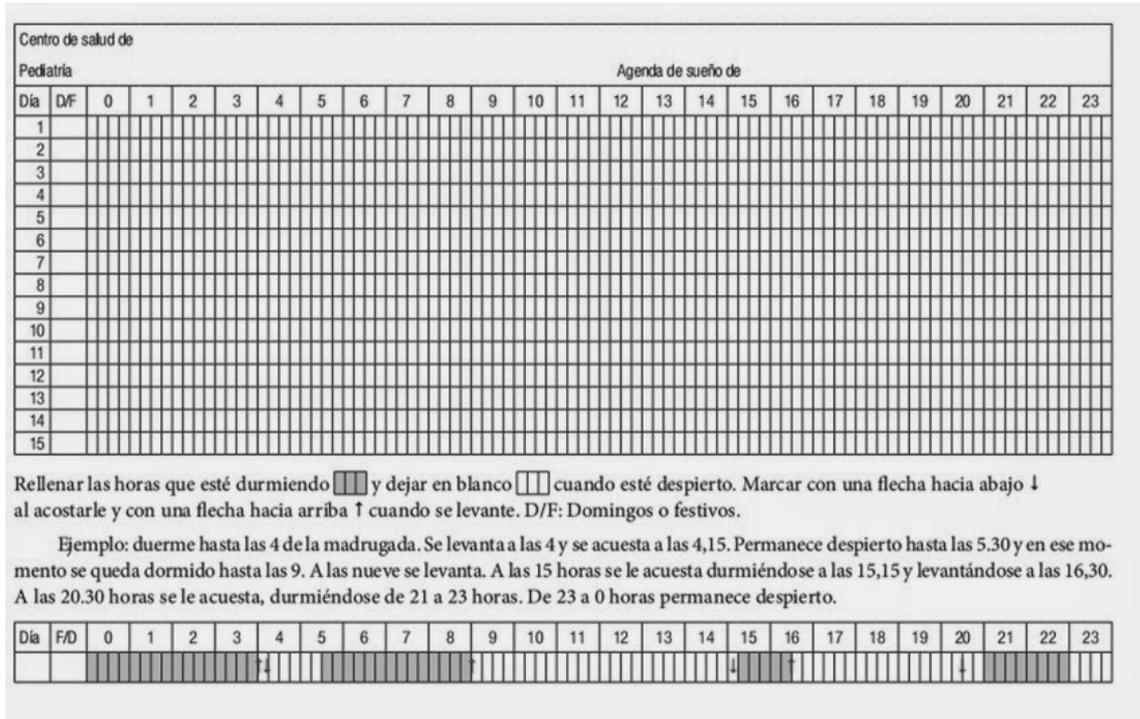


Figura 2: Agenda de sueño (Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria, AEPap, 2002).

2. Cuestionarios y escalas

Existe una gran diversidad de escalas y cuestionarios para la evaluación de los trastornos del sueño, descritos en la Tabla 1. Estos se basan en preguntar y cuantificar los síntomas que típicamente se presentan en los distintos trastornos para así tratar de identificarlos y cuantificarlos en cuanto a su frecuencia y severidad. Disponemos de diferentes cuestionarios que atienden a dos tipos de clasificación, por un lado, atendiendo a la edad del niño (lactantes, pre-escolares, escolares o adolescentes), y por otro lado cuestionarios que evalúan el sueño en general o se centran en la evaluación de síntomas relacionados con un trastorno de sueño concreto, como, por ejemplo para el síndrome de apnea obstructiva del sueño o para el síndrome de piernas inquietas.

Tabla 1: Descripción de cuestionarios y escalas de sueño infantil.
(Fuente: AEPap, 2002)

Tipo	Cuestionario	Características	Edad	Referencia versión original
Generales	CSHQ - Children's Sleep Habits Questionnaire	Cuestionario de hábitos de sueño en niños	A partir de los 2 años	Owens, J.A. Spirito, A. & McGuinn, M. (2000)
	PSQ - Pediatric Sleep Questionnaire	Cuestionario sobre sueño	A partir de los 2 años	Chervin, R.D. y cols., (1997).
	SDSC - Scale Disturbance of Sleep in Children	Cuestionario sobre sueño.	De los 2 a 15 años	Bruni, O., y cols., (1996).
	SSR - Sleep Self-Report.	Autoinforme de sueño infantil	De 6 a 12 años	Owens y cols., (2000a)
	BISQ - Brief Infant Sleep Questionnaire)	Cuestionario sobre sueño	Menores de 2 años	Sadeh (2004)
	Específicos	PSQ orientado a SAHS	PSQ reducido para el diagnóstico del síndrome de Apnea Hipopnea	A partir de los 2 años
Cuestionario de Calidad de Vida en el SAHS pediátrico (OSA-18).		Para el diagnóstico del síndrome de Apnea Hipopnea	A partir de los 2 años	De Serres y cols., (2000)
Síndrome de piernas inquietas (Owens)		Para la detección del Síndrome De piernas inquietas y movimientos periódicos de extremidades.	A partir de los 2 años	Basado en el cuestionario de Owens (CSHQ). Mindell & Owens (2003)

3. Entrevistas

BEARS (Bedtime, Excesive daytime sleepiness, Awakenings, Regularity, Sleep-disordered breathing) (Owens & Dalzell, 2005) su utilización es en niños a partir de los 2 años. Este cuestionario valora cinco aspectos del sueño: problemas para acostarse, excesiva somnolencia diurna, despertares nocturnos, regularidad y duración del sueño, y ronquido. Este cuestionario se administra en tres tramos de edad: 2 a 5 años, 6 a 12 años y 13 a 18 años, con preguntas dirigidas a padres y a los niños mayores. Una respuesta positiva en cualquiera de los aspectos obliga a una investigación más profunda.

La entrevista semiestructurada BEARS, fue diseñada para obtener información e identificar problemas de sueño en el entorno de los Centros de Atención Primaria Pediátrica. Para ser una herramienta de detección efectiva, el instrumento tenía que ser "fácil de usar", breve y fácil de recordar, aceptable para los médicos y los padres, y tenía que detectar las quejas de sueño pediátricas más comunes en un rango de edades y en un población diversa de pacientes.

Uno de los aspectos más atractivos del BEARS es que se trata de un instrumento que se aplica en forma de entrevista, de forma sencilla, su administración lleva poco tiempo (menos de 10 minutos), y recoge los principales problemas de sueño que se presentan en niños.

Sin embargo, a pesar de que el BEARS es un instrumento ampliamente conocido y empleado en trabajos realizados en países anglosajones, no encontramos ningún estudio que analizase específicamente la validez de esta entrevista en muestras de habla española.

Ante la carencia de un estudio de validación de la entrevista BEARS con población española, se procedió a realizar un análisis preliminar de la validez concurrente de la misma, entendida como la relación entre los resultados de dos instrumentos diferentes que miden el mismo concepto y que se administran a la misma vez, (Streiner & Norman, 2008) de la versión española del BEARS, con el fin de disponer de un método de valoración de problemas de sueño infantil, breve y útil, para la práctica enfermera en el ámbito de la salud mental, y alcanzar el segundo objetivo específico.

Como instrumento de comparación se tomó el cuestionario utilizado con más frecuencia en estudios realizados en niños en edad escolar, tanto en inglés/americano como en español, el “Cuestionario de Hábitos de sueño infantil”, sus siglas en inglés CSHQ (Owens y cols., 2000). Se trata de un cuestionario que evalúa, a través de 45 ítems, una serie de dimensiones relacionadas con el sueño. Está diseñado para ser completado por padres de niños con edades comprendidas entre los 2 y 16 años. La versión española del CSHQ ha sido empleada en diversos estudios (Canet-Sanz & Oltra, 2007; Alberola, Pérez, Casares y cols., 2010; Pin y cols., 2011; Lucas-De la Cruz, Martínez-Vizcaíno, Álvarez-Bueno y cols., 2016).

Para evaluar la validez concurrente del BEARS, los resultados de la entrevista se compararon con las puntuaciones en las subescalas del cuestionario CSHQ, de la siguiente forma (Tabla 2):

Tabla 2: Correspondencia entre las preguntas del BEARS y las subescalas del CSHQ

Pregunta BEARS	SUBESCALA DE CSHQ	ITEMS DE CSHQ
¿Tiene algún problema a la hora de acostarse?	RESISTENCIA AL ACOSTARSE	<ul style="list-style-type: none"> - El niño se acuesta siempre a la misma hora. - Se duerme en su cama. - Se duerme en la cama de algún hermano. - Necesita que esté el padre o la madre en la habitación para dormirse. - Se resiste a ir a la cama cuando es la hora. - Tiene miedo a dormir solo. - Duerme en la cama de los padres o hermanos.
¿Tiene algún problema para quedarse dormido?	RETRASO EN EL INICIO DEL SUEÑO	<ul style="list-style-type: none"> - Se duerme antes de 20 minutos.
¿Tiene dificultad para despertar, parece somnoliento durante el día o echa siestas?	SOMNOLENCIA DIURNA	<ul style="list-style-type: none"> - Se despierta por sí mismo. - Se despierta enfadado. - Le despiertan adultos u otros hermanos. - Le cuesta salir de la cama por la mañana. - Le lleva mucho tiempo espabilarse. - Parece cansado. - Dormido o adormilado viendo la TV. - Dormido o adormilado montado en el coche.

¿Presenta sonambulismo o pesadillas?	PARASOMNIAS	<ul style="list-style-type: none"> - Se orina por la noche. - Habla durante el sueño. - Está inquieto y se mueve mucho durante el sueño. - Tiene sonambulismo. - Tiene rechinar de dientes durante el sueño. - Se despierta durante la noche llorando, sudando, asustado, etc. - Se despierta asustado por pesadillas.
¿Se suele despertar mucho a lo largo de la noche?	DESPERTARES NOCTURNOS	<ul style="list-style-type: none"> -Va a otra habitación (padres, hermanos, etc) - Se despierta una vez por la noche. - Se despierta más de una vez por la noche.
¿Usted considera que duerme lo suficiente?	DURACIÓN DEL SUEÑO	<ul style="list-style-type: none"> - Duerme muy poco. - Duerme lo necesario. - Duerme todos los días las mismas horas.
¿Ronca o tiene otro problema respiratorio?	TRASTORNOS RESPIRATORIOS DURANTE EL SUEÑO	<ul style="list-style-type: none"> - Ronca de manera ruidosa. - Parece que deja de respirar durante el sueño. - Tiene a la vez ruidos fuertes y dificultad respiratoria durante el sueño.

ARTICULO 2

Preliminary analysis of the concurrent validity of the Spanish translation of the BEARS sleep screening tool for children.

Bastida-Pozuelo, M.F. & Sánchez-Ortuño, M.M. (2016).

Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing

Factor de impacto 2018-JCR 2017: 1.702 (Q1)

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: Los estudios de investigación describen una alta prevalencia de problemas del sueño en niños con problemas de salud mental, hasta en un 50%, así como su papel como factor de riesgo en el desarrollo de la psicopatología. Éstos, a menudo, pasan desapercibidos y no se evalúan en el ámbito clínico.

OBJETIVO: Evaluar la validez concurrente de BEARS, un breve instrumento pediátrico de detección del sueño, utilizando el cuestionario de hábitos de sueño en niños (CSHQ) como el instrumento de comparación.

MÉTODO: El BEARS fue aplicado por una enfermera a una muestra de padres de niños de 2 a 16 años ($n = 60$, 71,7% varones) que asistieron por primera vez a un centro de atención de salud mental (ubicado en Murcia, España) para recibir una intervención psicoeducativa grupal. La asociación entre la información recopilada con el BEARS y las puntuaciones en las subescalas relacionadas del CSHQ se evaluaron mediante las pruebas U de Mann Whitney.

RESULTADOS: Los niños que, según las respuestas en la entrevista BEARS, tenían un problema de sueño, obtuvieron puntuaciones en las subescalas relacionadas con CSHQ significativamente más altas que los niños que no tenían un problema de sueño ($P_s < 0,05$).

IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA: Nuestros resultados apoyan la validez concurrente de la traducción al español de BEARS para detectar problemas de sueño en las evaluaciones de enfermería pediátrica. Se requieren más estudios, con muestras más grandes y más heterogéneas.

Descriptores: Niños; Evaluación del sueño; Entrevista; Enfermera;
Validez concurrente.

4. CAPITULO 4.

INTERVENCIONES PARA EL TRATAMIENTO DE LOS PROBLEMAS DE SUEÑO DE TIPO CONDUCTUAL EN NIÑOS.

Intervenciones para los problemas de sueño de tipo conductual en niños.

4.1. INTERVENCIONES PARA EL TRATAMIENTO DE LOS PROBLEMAS DE SUEÑO DE TIPO CONDUCTUAL EN NIÑOS.

Como ya ha sido descrito con anterioridad, la prevalencia del Insomnio pediátrico (problemas a la hora de acostarse y despertares nocturnos en los niños pequeños) va desde un 20% hasta un 80% en niños con problemas del desarrollo neurológico o con comorbilidades psiquiátricas. Además, se ha demostrado que estos problemas de sueño se relacionan con resultados funcionales negativos en el niño y adolescente, y también en las familias (Martínez-Sabater y cols., 2012).

La terapia cognitiva-conductual (TCC) para los problemas de sueño, y concretamente para el Insomnio, es un tratamiento basado en los principios del aprendizaje y con una sólida evidencia científica, que se puede administrar en varios formatos: como terapia individual, terapia grupal, mediante el uso de nuevas tecnologías (online) o en formato autoayuda. Independientemente del formato incluye una combinación de técnicas conductuales y cognitivas con el fin de cambiar los hábitos de sueño inadaptados, disminuir el nivel de arousal que interfiere con el sueño (cognitivo o fisiológico) y alterar las creencias erróneas relacionadas con el sueño. Los estudios han demostrado que la TCC es igual al tratamiento farmacológico a corto plazo, tiene efectos más duraderos y además tiene mayor aceptación por los padres al carecer de los posibles efectos adversos de los medicamentos (Jansson-Fröjmark & Norell-Clarke, 2016).

La TCC incluye distintas estrategias: higiene del sueño, medidas ambientales, alimentarias y tratamiento psicológico que incluye técnicas de

Intervenciones para los problemas de sueño de tipo conductual en niños.

extinción, extinción gradual, refuerzo positivo, costo de respuesta, etc. Utilizar varias combinadas o todas, aumenta la efectividad (Pin y cols., 2017).

Dentro de la TCC podemos encontrar distintos tipos de actividades para abordar el problema.

Tipos de TCC: (Nunes & Bruni, 2015):

- **Extinción estándar:** Intervención que involucra a los padres y está dirigida a eliminar conductas indeseables del niño a la hora de dormir, como gritos y rabietas, eliminando el refuerzo que las mantiene. Implica que los padres acuesten al niño en la cama a la hora apropiada, habiendo cumplido con el ritual preestablecido y cuando esté aún despierto, ignorando cualquier demanda posterior de atención hasta la mañana siguiente, exceptuando aquellas situaciones que impliquen un peligro o enfermedad del niño, en la que se recomienda el uso de cámaras en la habitación del niño. El objetivo consiste en reducir las conductas no deseadas eliminando la atención paternal como refuerzo.
- **Extinción gradual:** Se basa en el mismo razonamiento que justifica la extinción estándar, la retirada de la excesiva implicación y/o participación de los padres en el proceso de inicio del sueño, pero de manera más gradual, permite la intervención de estos a intervalos de tiempo predeterminados cada vez más largos (5 minutos, 10 minutos, 15 minutos...). La intervención persigue, además de que el niño se acostumbre a dormir sin depender de la presencia o no de los padres y de ningún factor asociado, potenciar el autocontrol del niño

Intervenciones para los problemas de sueño de tipo conductual en niños.

favoreciendo y facilitando el desarrollo de habilidades que le permitan autocalmarse.

- **Rutina positiva:** Implica que los padres establezcan una rutina caracterizada por actividades agradables y tranquilas cerca de la hora de dormir, que favorezcan que el niño sea capaz de iniciar solo el sueño sin asociaciones indeseables.
- **Retraso a la hora de acostarse:** Consiste en retrasar la hora de ir a la cama del niño para que coincida con la hora natural de sueño del niño. Los padres deberán sacar al niño de la cama si no se duerme en un tiempo. Algunos autores establecen en una misma terapia las rutinas positivas y el retraso de la hora de ir a dormir.
- **Despertares programados:** Se deberá conocer anteriormente el patrón de despertares del niño durante la noche para que los padres despierten al niño de 15 a 30 min antes de cada uno de estos aumentando progresivamente el periodo de tiempo entre los despertares programados.
- **Educación de los padres:** Programas de enseñanza a los padres que incorporen intervenciones cognitivo-conductuales para prevenir la aparición y desarrollo de problemas en sus hijos con el objetivo de establecer hábitos positivos y evitar así la aparición de asociaciones inadecuadas.
- **Multicomponente:** unión o asociación de dos o más terapias anteriores, pudiendo ser aplicado por un terapeuta, o bien por escrito, mediante una guía o folleto.

Intervenciones para los problemas de sueño de tipo conductual en niños.

Un resumen de los tipos de terapias se presenta en la Tabla 3.

Tabla 3: Tipos de terapias conductuales para el tratamiento de los problemas de insomnio conductual infantil.

TRATAMIENTO	DESCRIPCIÓN
Extinción	Ignorar llanto y llamadas a los padres
Extinción gradual	Los intervalos de atención se van haciendo más largos.
Establecimiento de rutinas positivas/Acostarse desvanecido con coste de respuesta.	Las rutinas positivas tranquilas. Restaurar la asociación aprendida entre el dormitorio y el sueño. Las Instrucciones a menudo incluyen el uso del dormitorio sólo para dormir y sacar al niño de la cama por periodos cortos de tiempo si no se duerme. Estableciendo los tiempos de vigilia, sueño y siestas.
Despertares programados	Para consolar al niño cada 15 o 30 min.
Terapia multicomponente	Higiene y rutinas positivas del sueño, control de estímulos, psicoeducación a padres, técnicas de extinción y/o entrenamiento en relajación.

Seis revisiones sistemáticas cualitativas y meta-análisis anteriores evidencian de la eficacia de las TCC para problemas de sueño en la infancia y adolescencia (Montgomery & Dennis, 2004; Morgenthaler, Owens, Alessi y cols., 2006; Meltzer & Mindell, 2014; Nunes & Bruni, 2015; Cuomo, Vaz, Lee y cols., 2017; Priday, Byrne & Totsika, 2017), desde la intervención educativa con los padres y/o con el niño y adolescente, según la edad de éste, hasta las terapias conductuales de mayor intensidad.

El modelo de “Atención escalonada” (“Stepped care”) es un modelo de atención a los problemas de salud desarrollado con el objetivo de maximizar la eficiencia mediante el escalonamiento de las intervenciones. Básicamente este modelo sugiere que hay que comenzar con la intervención menos intensiva según el estado y evolución del paciente. Cada nuevo paso representa una mayor complejidad o intensidad de la intervención, asumiendo mayores medidas (tratamiento de mayor intensidad, pero que puede ser más costoso en tiempo u otros recursos) que en los pasos anteriores (Martín, Garriga, Egea y cols., 2018).

Siguiendo este modelo, en el primer nivel de intervención para los problemas de sueño de tipo conductual se situaría la intervención de tipo educativa, porque es la más sencilla y menos costosa de realizar.

La intervención educativa, para los problemas de sueño infantil de tipo conductual, incluye información sobre hábitos de higiene del sueño, establecimiento de rutinas positivas del sueño, control de estímulos y psicoeducación a padres sobre las necesidades de sueño durante el periodo de la infancia y adolescencia.

La intensidad de las intervenciones educativas depende de la complejidad del problema del sueño y / o de los factores asociados en el niño / familia. La

provisión de información escrita o verbal, o asesoramiento dentro de una cita de rutina con el profesional sanitario puede ser suficiente a la hora de la prevención o para controlar la aparición temprana del problema. Para casos más complejos o crónicos, y / o donde los padres tienen necesidades de apoyo más amplias, la intensidad de la intervención puede necesitar aumentar la cantidad de tiempo de contacto con el profesional, la profundidad de la evaluación del problema, la creación de estrategias de manejo del sueño específicas del niño / familia. También puede incluir apoyo de tiempo limitado a medida que los padres implementan una estrategia de control del sueño (Beresford, Stuttard, Clarke & Maddison, 2016).

Tanto se trate de una intervención educativa de primer nivel u otra de mayor intensidad, el formato puede variar en cuanto se haga de forma individual o grupal. En los últimos años ha habido un interés creciente en el uso de grupos psicoeducativos para padres, en oposición a una serie de sesiones individuales (Beresford y cols.,2016).

Para la realización de este estudio, se diseñó una intervención educativa de formato grupal con una única sesión. Los contenidos de ésta se basaron en la “Guía de Práctica Clínica sobre los problemas del sueño en niños y adolescentes en atención primaria de salud”, publicada por el Ministerio de Salud en España (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre los trastornos del sueño en la Infancia y la adolescencia en la atención primaria, 2011). El contenido específico abordado en la sesión educativa se incluye en la Tabla 4.

Tabla 4: Contenido de la sesión educativa grupal sobre sueño infantil.

Área	Contenido
1 -	Necesidades de sueño en la infancia: información sobre higiene del sueño, cantidad, calidad, función e importancia.
2 -	Asegurar un entorno confortable para dormir: información sobre los efectos del ruido, la luz, la temperatura, etc.
3 -	Establecer hábitos de sueño regulares: rutinas positivas antes de ir a la cama.
4 -	Mantener un horario regular.
5 -	Enseñar a su hijo a quedarse dormido solo.
6 -	Evitar las siestas prolongadas.
7 -	Fomentar las actividades diurnas que promueven un mejor sueño, como el ejercicio físico. Los niños deben relajarse antes de comenzar el período de sueño y expresar adecuadamente sus emociones.

Intervenciones para los problemas de sueño de tipo conductual en niños.

Complementando esta intervención educativa, se realizó un folleto “recordatorio” que se entregaba a los padres a la finalización de la sesión educativa (Anexo 4)

La sesión educativa tenía una duración de 45 minutos, se administró a los padres, en grupos de 5-7 familias, por parte de la enfermera pediátrica, como parte de las sesiones de Terapia de Entrenamiento en Habilidades Sociales que recibían sus hijos en el CDSM I-J.

Una vez diseñada y administrada la intervención, el objetivo principal del estudio ha sido evaluar su impacto en el subgrupo de niños con sospecha de problema de sueño de tipo conductual (n=26).

ARTICULO 3

Nurse-led brief sleep education intervention aimed at parents of school-aged children with neurodevelopmental and mental health disorders.

Results from a pilot study.

Bastida-Pozuelo, M.F. Sánchez-Ortuño M.M. & Meltzer, L.J. (2018).

Journal for Specialists in Pediatric Nursing

Factor de impacto 2018-JCR 2017: 0.872 (Q3)

Resumen

PROPÓSITO: Evaluar los efectos de una intervención educativa para padres, en una sola sesión, dirigida por una enfermera pediátrica, sobre el sueño en niños en edad escolar que asisten a un centro de salud mental en Murcia, España.

DISEÑO Y MÉTODO: Padres / cuidadores de 26 niños (edad media = 8,58 años; SD = 0,58); 80.8% masculino) con trastornos del desarrollo neurológico o de la salud mental (84.6% Trastorno generalizado del desarrollo), y con la sospecha de un problema de sueño conductual, participó en una sesión educativa grupal de 45 minutos sobre prácticas de sueño saludables, complementada con un folleto escrito. Las medidas de resultado principales se derivaron de los ítems del Cuestionario de sueño pediátrico e incluyeron una puntuación compuesta de insomnio, una puntuación compuesta de somnolencia diurna, la latencia promedio de inicio del sueño y la duración del sueño tanto entre semana como durante los fines de semana. Las variables de resultado se evaluaron antes y 3 meses después de la intervención.

RESULTADOS: Después de la intervención educativa, la puntuación del insomnio y la somnolencia diurna disminuyeron significativamente ($P_s < 0.03$). La duración del sueño entre semana y fin de semana aumentó significativamente ($P_s < 0.01$). No se observaron diferencias estadísticamente significativas en la latencia de inicio del sueño antes y después de la intervención.

IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA: una sesión educativa breve y relativamente barata sobre el sueño puede producir un impacto positivo en niños con trastornos del desarrollo neurológico y de la salud mental. Por lo tanto, esta intervención cumple con las características de un tratamiento exitoso de "nivel

de entrada" en un enfoque de "stepped care". El modelo de "stepped care" coloca a las enfermeras en una posición fundamental para garantizar que sus pacientes reciban la intervención menos compleja y más accesible, de la cual es probable que obtengan algún beneficio, y que un número considerable de pacientes que necesiten tratamiento puedan recibirla. Por lo tanto, es importante que las enfermeras en todos los tipos de entornos de práctica tengan una comprensión de los patrones de sueño saludable, así como los trastornos del sueño en los niños. Las enfermeras pediátricas, independientemente de su entorno, se encuentran en una posición única para evaluar a los niños y adolescentes en busca de problemas de conducta o trastornos del sueño, para educar a las familias sobre las prácticas de sueño saludable, proporcionar orientación y comentarios, y recomendar la derivación a atención especializada pediátrica para una evaluación más compleja. y gestión.

Descriptor: Educación de padres; enfermera pediátrica; niños; problemas de salud mental; problemas de sueño conductual; trastornos del desarrollo neurológico.

Intervenciones para los problemas de sueño de tipo conductual en niños.

CAPÍTULO 5. CONCLUSIONES

Conclusiones.

5.1. CONCLUSIONES

En esta tesis se presenta un marco de cuidados de enfermería del niño con problemas de sueño asociados a diagnósticos de Trastornos del neurodesarrollo y de salud mental, aunque los hallazgos de ésta podrían ser extrapolables a población infantil general.

La presente investigación pone el énfasis en un problema de salud con frecuencia infravalorado e infradetectedo, como son las alteraciones del sueño, y pretende proporcionar recursos que fomenten la valoración, detección, y abordaje de los problemas de sueño infantil en el contexto de la salud mental.

Como punto de partida investigamos la presencia de quejas relacionadas con el sueño en una muestra de niños con diversos trastornos mentales, con el TEA como el diagnóstico más frecuente. Sobre la base de la investigación que muestra que los niños con problemas de salud mental tienen a menudo problemas de sueño (Cohen y cols., 2014), encontramos que la somnolencia diurna y los despertares precoces por la mañana son las quejas más frecuentes relacionadas con el sueño. Además, congruente con hallazgos previos que incluyen niños con TEA y niños con discapacidad intelectual (Köse, Yilmaz, Ocakoglu, & Özbaran, 2017) en este estudio se evidencia la asociación entre el colecho habitual (definido como la práctica del colecho 3 o más noches a la semana) y problemas de sueño conductual. Aunque no podamos determinar si el colecho ha ocurrido como una práctica de crianza de los hijos o ha surgido como una solución a los problemas de sueño del niño, en nuestro estudio esta práctica se asocia con problemas de sueño, reforzando la controvertida idea del efecto del colecho en el sueño de niños en edad escolar con problemas de salud mental.

Nuestros hallazgos ponen de relieve, además, que la práctica del colecho es frecuente en niños con Trastornos del neurodesarrollo y de salud mental, ya que más de dos tercios de los padres entrevistados reconocieron que dormían en la misma cama con sus hijos al menos 1-2 noches a la semana. Nuestros resultados también señalan que el colecho regular en estos niños parece estar relacionado con una mayor somnolencia diurna, un sueño nocturno más corto y con horarios inconsistentes relacionados con el sueño.

Son varios los factores que pueden explicar la alta frecuencia del colecho en niños con Trastornos del neurodesarrollo y de salud mental. En primer lugar, los problemas del sueño son muy comunes en estos niños (Cohen y cols., 2014) y pueden aumentar la probabilidad de dormir juntos con los padres. En segundo lugar, debido a la discapacidad del niño, los padres pueden pensar que su hijo también necesita atención por la noche. En tercer lugar, los comportamientos autistas en niños (64.9% de los niños de nuestra muestra tenían un diagnóstico de TEA) también pueden contribuir a la probabilidad de dormir juntos con los padres. Por ejemplo, se sabe que los niños con TEA muestran comportamientos restringidos y repetitivos, lo que puede hacer que sea difícil separar al niño de la cama / habitación de los padres a un nuevo lugar donde dormir.

Por lo tanto, al evaluar a los niños con Trastornos del neurodesarrollo y de salud mental puede ser relevante para las enfermeras pediátricas de salud mental, pediatras y paidopsiquiatras, hacer un examen más detallado del ambiente de sueño y descanso del niño.

Debe tenerse en cuenta que se trata de un estudio descriptivo, exploratorio, transversal, lo que excluye conclusiones sobre mecanismos o direccionalidad de las correlaciones. Tal diseño puede conducir a hipótesis

acerca de la relación entre los problemas de dormir y el colecho, pero la causalidad no puede inferirse. Además, se confió en el informe de los padres como la única fuente de información sobre el sueño del niño y, por lo tanto, no se puede excluir la posibilidad de que los padres subestimaron o sobrestimaron los problemas de sueño de su hijo.

La siguiente etapa de la investigación ha sido evaluar la validez de un método de valoración de problemas de sueño infantil, breve y útil, para la práctica enfermera en el ámbito de la salud mental. Los resultados de este trabajo sugieren que el BEARS puede ser una herramienta útil para detectar, de manera breve y sencilla, posibles problemas relacionados con el sueño de los niños en la práctica enfermera.

Una de las limitaciones de este estudio se refiere a la traducción al español de las preguntas incluidas en BEARS. En este estudio, utilizamos la versión en español de BEARS proporcionada en el sitio web de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria, sitio web oficial de una asociación de prestigio, frecuentemente verificada por enfermeras pediátricas, pediatras y otros profesionales de la salud. No se ha encontrado un artículo de investigación publicado que describa el proceso de traducción de BEARS al idioma español, pero consideramos que la traducción utilizada en este documento fue adecuada. No obstante, sería aconsejable realizar un estudio más amplio sobre la confiabilidad y la validez de BEARS, en el cual la traducción de este instrumento al español siguiera las recomendaciones proporcionadas en la literatura sobre las mejores prácticas para la traducción y evaluación de las traducciones de los instrumentos de encuesta en otros idiomas.

En la tercera y última fase de esta investigación, se pone de manifiesto que una intervención de tipo psicoeducativo sobre el sueño, administrado en una sola sesión, en formato grupal para padres, impartida por una enfermera pediátrica en un entorno de atención de salud mental, dentro del servicio sanitario público, puede tener un impacto positivo en el sueño de los niños con sospecha de problemas conductuales. A pesar de ser una intervención breve y general, este estudio evidencia que un tratamiento relativamente “económico” puede ejercer un efecto positivo en el sueño de los niños, cumpliendo así las características de un tratamiento de "primer nivel" dentro de un modelo de abordaje de problemas de salud denominado “Cuidado escalonado” (“Stepped care”) (Espie, MacMahon, Kelly y cols., 2009).

En el cuidado escalonado, los pacientes comienzan con tratamientos basados en la evidencia mínimamente intensivos. El progreso debe ser monitorizado y aquellos pacientes que no mejoran adecuadamente pasan a un tratamiento de mayor intensidad, aprovechando así, de mejor forma, los recursos disponibles.

Este modelo de cuidado escalonado coloca a las enfermeras en una posición central para garantizar que sus pacientes reciban la intervención menos compleja y accesible, de la cual es probable que obtengan algún beneficio, y que una cantidad considerable de pacientes que necesitan tratamiento pueda recibirla. Las enfermeras pediátricas, independientemente de su entorno, se encuentran en una posición única para evaluar a niños y adolescentes en riesgo de problemas o trastornos del sueño, evaluar la pérdida de sueño, realizar intervenciones educativas y recomendar la derivación a cuidados especializados

pediátricos para una evaluación y manejo más complejo (Ward, Rankin y Lee, 2007).

Dada la frecuencia de los problemas de sueño en niños con diagnósticos de trastornos mentales, y sus efectos negativos a corto y largo plazo tanto en los padres como en sus hijos, las intervenciones breves y efectivas para gestionarlos son importantes.

Podríamos concluir con la idea de que las enfermeras se encuentran en una posición de primera línea para la detección, evaluación y el tratamiento de estos problemas de sueño. Por lo tanto, es importante que las enfermeras tengan conocimientos sobre medicina del sueño en general, y sobre medicina conductual del sueño en particular, para poder abordar este fenómeno, así como en prevenir y / o tratar problemas comunes del sueño presentes en niños.

En base a los resultados obtenidos, se establecen las siguientes conclusiones generales:

- Existe evidencia de que los problemas de sueño de tipo conductual, en los niños en edad escolar con Trastornos del neurodesarrollo y problemas de salud mental, a menudo conviven con factores ambientales como el colecho que, además de no solucionarlos contribuyen a su retroalimentación. Cuando el colecho está presente, el patrón relacionado con el sueño del niño debe ser investigado y, cuando sea necesario, las intervenciones apropiadas deben ser ideadas para tratar los problemas del sueño en estos niños.
- El BEARS, en su versión española, es un instrumento breve y eficaz en el cribado de problemas de sueño infantil en población con diagnósticos de Trastornos del neurodesarrollo y de salud mental. Y

puede ser una herramienta útil para su empleo por profesionales de enfermería.

- Finalmente, una intervención breve, de tipo educativo sobre higiene del sueño, y administrada de manera grupal a padres de niños con posibles problemas de sueño, puede tener efectos positivos en el sueño de estos niños. En línea con el modelo de cuidado escalonado “Stepped Care”, una intervención de este tipo cumple los requisitos de intervención de “primera línea”, previa a la implementación de programas más complejos y costosos.

Los estudios incluidos en el presente compendio han dejado abiertas algunas cuestiones que merecen ser estudiadas en proyectos futuros:

Son necesarios estudios adicionales, con muestras más heterogéneas y de mayor tamaño, para determinar la sensibilidad y especificidad de la traducción española del BEARS, que comparen los resultados de esta entrevista con los resultados de otros sistemas de evaluación de problemas de sueño más complejos, tales como la polisomnografía o el diagnóstico clínico.

Es interesante, y relevante, para las enfermeras pediátricas, de salud mental, pediatras y paidopsiquiatras que, al evaluar el patrón de sueño en los niños con Trastornos de salud mental o del neurodesarrollo, éste fuera acompañado de un examen más detallado del ambiente de sueño y descanso del niño, con el fin de conocer posibles factores que actuarían como reforzadores/perpetuadores de problemas conductuales de sueño infantil.

La intervención diseñada y testada en este estudio fue genérica, no adaptada a las necesidades específicas o concretas que puedan tener los niños con trastornos del neurodesarrollo o de salud mental. Por ejemplo, se ha

observado que, para los niños con TEA, las prácticas de higiene del sueño pueden necesitar adaptarse a las necesidades específicas del niño y la familia. Los niños con TEA generalmente responden bien a las rutinas, pero algunos se vuelven excesivamente obsesionados con los detalles de esas rutinas. En esta línea, Kodak y Piazza (2008) sugirieron que podría ser útil introducir pequeñas variaciones en los elementos de la rutina de acostarse (por ejemplo, pedirle al niño que use pijamas diferentes) para evitar que la rutina se convierta en un ritual irrompible. Resulta fundamental adaptar los distintos programas de actuación a las características especiales de cada uno de los trastornos de salud mental o del neurodesarrollo y así la probabilidad de éxito aumentará. Así mismo, son necesarios más estudios experimentales, con grupo control, y muestras de mayor tamaño, para evaluar los efectos específicos atribuidos al tratamiento.

Conclusiones.

REFERENCIAS BIBLOGRÁFICAS

Bibliografía

- Alberola, S., Pérez, I., Casares, I., Cano, A. & Andrés, J.M. (2010). C-2. Estudio de las características del sueño en niños preescolares de nuestro medio. *Rev Pediatr Aten Primaria*, 12 (S19): e57.
- Alfano, C.A. & Gamble, A.L. (2009). The role of sleep in childhood psychiatric disorders. *Child & Youth Care Forum*, 38 (6): 327–340. <http://dx.doi.org/10.1007/s10566-009-9081-y>
- Abenza, M.J., Miralles, A., Arpa, F.J., Lores, V., Algarra, C., Jimeno, C., Sánchez, B., Mata, M., Borrue, C., Cordero, G., Gutiérrez, G., Torrecillas, M.D., Thuissard, I. & Gómez, A. (2017). Patologías asociadas al trastorno de conducta de sueño REM. Descripción de una serie hospitalaria. *Neurología*. <http://dx.doi.org/10.1016/j.nrl.2016.11.011>
- American Academy of Sleep Medicine. (2014). *ICSD-3, International Classification of Sleep Disorders*, 3rd ed.: Diagnostic and coding manual.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM)* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Anwar, A., Yingling, M.D., Zhang, A., Ramtekkar, U. & Nicol, G.E. (2018). Assessment and Treatment of Pediatric Sleep Problems: Knowledge, Skills, Attitudes and Practices in a Group of Community Child Psychiatrists. *Med. Sci (Basel)*, 6 (1): 18. doi:10.3390/medsci6010018
- Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria, AEPap. (2002). Disponible en <http://www.aepap.org>

- Baglioni, C., Nanovska, S., Regen, W., Spiegelhalder, K., Feige, B., Nissen, C., Reynolds, C.F. & Riemann, F. (2016). Sleep and mental disorders: a meta-analysis of polysomnographic research. *Psychol Bull.* 142 (9): 969–990. doi:10.1037/bul0000053.
- Beijers, R., Riksen-Walraven, J.M. & Weerth, C.D. (2013). Cortisol regulation in 12-month-old human infants: associations with the infants' early history of breastfeeding and co-sleeping. *Stress*, 16 (3): 267-277. doi:10.3109/10253890.2012.742057
- Beresford, B.A., Stuttard, L., Clarke, S. & Maddison, J.R. (2016). Parents' experiences of psychoeducational sleep management interventions: a qualitative study of parents of children with neurodisabilities. *Clinical Practice in Pediatric Psychology*, 4 (2): 164-175. doi: 10.1037/cpp0000144
- Bruni, O., Ottaviano, S., Guidetti, V., Romoli, M., Innocenzi, M., Cortesi, F. & Giannotti, F. (1996). The Sleep Disturbance Scale for Children (SDSC): Construction and validation of an instrument to evaluate sleep disturbances in childhood and adolescence. *J. Sleep Rrs*, 5 (4): 251-261.
- Bruni, O., Violani, C., Luchetti, A., Miano, S., Verillo, E., Di Brina, C. & Valente, C. (2004). The Sleep Knowledge of Pediatricians and Child Neuropsychiatrists. *Sleep and Hypnosis*, 6 (3): 130-138
- Buitrago, F., Ciurana, R., Chocrón, L., Fernández-Alonso, M. C., García-Campayo, J., Montón, C. & Tizón, J. (2018). Prevención de los trastornos de la salud mental en atención primaria. Actualización PAPPS 2018. *Atención Primaria*, 50 (S1): 83-108. doi:10.1016/S0212-6567(18)30364-0.

- Canet-Sanz, T. & Oltra, C. (2007). Estudio de las parasomnias en la edad prepuberal. *Rev. Neurol.* 45 (1):12-7. PMID:17620260
- Carrillo-Mora, P., Barajas-Martínez, K.G., Sánchez-Vázquez, I. & Rangel-Caballero, M.F. (2018). Trastornos del sueño: ¿qué son y cuáles son sus consecuencias? *Rev Fac Med UNAM*, 61 (1): 6-20.
- Cassels, T.G. (2013). ADHD, Sleep Problems, and Bed Sharing: Future Considerations. *The American Journal of Family Therapy*, 41:13–25. <https://doi.org/10.1080/01926187.2012.661653>
- Chervin, R.D., Hedger, K., Dillon, J.E. & Pituch, K.J. (2000). Pediatric sleep questionnaire (PSQ): validity and reliability of scales for sleep-disordered breathing, snoring, sleepiness, and behavioral problems. *Sleep Med.* 1 (1): 21-32. [PubMed 10733617].
- Chervin, R.D., Archbold, K.H., Panahi, P., & Pituch, K.J. (2001). Sleep problems seldom addressed at two general pediatric clinics. *Pediatrics*, 107 (6): 1375-1380. PMID:11389260
- Cohen, S., Conduit, R., Lockley, S.W., Rajaratnam, S.M.W. & Comish, K.M. (2014). The relationship between sleep and behavior in autism spectrum disorder (ASD): A review. *Journal of Neurodevelopmental Disorders*, 6 (1): 44. <http://dx.doi.org/10.1186/1866-1955-6-44>.
- Cortesi, F., Giannotti, F., Sebastiani, T., Vagnoni, C. & Marioni, P. (2008). Cosleeping versus solitary sleeping in children with bedtime problems: Child emotional problems and parental distress. *Behavioral Sleep Medicine*, 6 (2): 89–105. <http://dx.doi.org/10.1080/15402000801952922>.

- Cortesi, F. Giannotti, F. Ivanenko, A. & Johnson, K. (2010). Sleep in children with autistic spectrum disorder. *Sleep Med.* 11 (7): 659–664. doi: 10.1016/j.sleep.2010.01.010.
- Cuomo, B.M., Vaz, S., Lee, E.A.L., Thompson, C., Rogerson, J.M. & Falkmer, T. (2017). Effectiveness of Sleep-Based Interventions for Children with Autism Spectrum Disorder: A Meta-Synthesis. *Pharmacotherapy*, 37 (5): 555-578. doi: 10.1002/phar.1920.
- De Serres, L.M., Derkay, C., Astley, S., Deyo, R.A., Rosenfeld, R.M. & Gates, G.A. (2000). Measuring Quality of Life in Children With Obstructive Sleep Disorders. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.* 126 (12): 1423–1429. doi:10.1001/archotol.126.12.1423
- Espie, C.A., MacMahon, K.M., Kelly, H.L., Broomfield, N.M., Douglas, N.J., Engleman, H.M., McKinstry, B., Morin, C.M., Walker, A. & Wilson, P. (2007). Randomized clinical effectiveness trial of nurse-administered small group cognitive behaviour therapy for persistent insomnia in general practice. *Sleep*, 30 (5): 574–584. DOI: 10.1093/sleep/30.5.574
- Estivill, E. (2002). Situación actual de los trastornos del sueño en niños. *Pediatría de Atención Primaria*, 4 (16): 563-565.
- Erichsen, D. & Godoy, C. (2012). Screening for sleep disorders in pediatric primary care: are we there yet? *Clin Pediatr.* 51 (12): 1125-1129. doi: 10.1177/0009922812464548
- Faruqi, F., Khubchandani, J., Price, J.H., Bolyard, D. & Reddy, R. (2011). Sleep disorders in children: a national assessment of primary care pediatrician practices and perceptions. *Pediatrics*, 128 (3): 539-546. doi: 10.1542/peds.2011-0344.

- Fisher, H.L., Lereya, S.T., Thompson, A., Lewis, G., Zammit, S. & Wolke, D. (2013). Childhood Parasomnias and Psychotic Experiences at Age 12 Years in a United Kingdom Birth Cohort. *Sleep*, 37 (3): 475-482. doi: 10.5665/sleep.3478.
- Freeman, D., Sheaves, B., Goodwin, G.M., Yu, L-M., Harrison, P.J., Emsley, R., Bostock, S., Foster, R.G., Wadekar, V., Hinds, C. & Espie, C.A. (2015). Effects of cognitive behavioural therapy for insomnia on the mental health of university students: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 16 (1): 236. doi: 10.1186/s13063-015-0756-4.
- Freeman, D., Waite, F., Startup, H., Myers, E., Lister, R., McInerney, J., Harvey, A.G., Geddes, J., Zaiwalla, J.Z., Luengo-Fernandez, R., Foster, R., Clifton, L. & Yu, L-M. (2015). Efficacy of cognitive behavioural therapy for sleep improvement in patients with persistent delusions and hallucinations (BEST): a prospective, assessor-blind, randomised controlled pilot trial. *Lancet Psychiatry*, 2 (11): 975–983. doi: 10.1016/S2215-0366(15)00314-4
- Freeman, D., Sheaves, B., Goodwin, G.M., Yu, L-M., Nickless, A., Harrison, P.J. y cols. (2017). The effects of improving sleep on mental health (OASIS): a randomised controlled trial with mediation analysis. *Lancet Psychiatry*, 4 (10): 749-758. doi: 10.1016/S2215-0366(17)30328-0
- Fu, L.Y., Colson, E.R., Corwin, M.J., & Moon, R.Y. (2008). Infant sleep location: Associated maternal and infant characteristics with sudden infant death syndrome prevention recommendations. *The Journal of Pediatrics*, 153 (4): 503–508. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpeds.2008.05.004>.
- Galland, B., Spruyt, K., Dawes, P., McDowall, P.S., Elder, D. & Schaughency, E. (2015). Sleep disordered breathing and academic

performance: A meta-analysis. *Pediatrics*, 136 (4): e934–946. doi: 10.1542/peds.2015-1677

- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos del Sueño en la Infancia y Adolescencia en Atención Primaria. (2011). *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. Guías de Práctica Clínica en el SNS: UETS N° 2009/8.

- Hannan, K. & Hiscock, H. (2015). Sleep problems in children. *Focus*, 44 (12): 880-84.

- Idiazábal-Aletxa, M.A. & Aliagas-Martínez, S. (2009). Sleep in neurodevelopmental disorders. *Revista de Neurología*, 48 (2): S13–S16. <http://dx.doi.org/10.1016/bs.irrdd.2016.07.005>

- Jan, J.E., Reiter, R.J., Bax, M.C.O., Ribary, U., Freeman, R.D. & Wasdell, M.B. (2010). Long-term sleep disturbances in children: A cause of neuronal loss. *European Journal of Paediatric Neurology*, 14 (5): 380–390. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejpn.2010.05.001>.

- Jansson-Fröjmark, M. & Norell-Clarke, A. (2016). Cognitive Behavioural Therapy for Insomnia in Psychiatric Disorders. *Curr Sleep Medicine Rep*, 2 (4): 233–240. doi: 10.1007/s40675-016-0055-y

- Jenni, O.G., Fuhrer, H.Z., Iglowstein, I., Molinari, L. & Largo, R.H. (2005). A longitudinal study of bed sharing and sleep problems among Swiss children in the first 10 years of life. *Pediatrics*, 115 (1): 233–240. <http://dx.doi.org/10.1542/peds.2004-0815E>.

- Kodak, T. & Piazza, C.C. (2008). Assessment and behavioral treatment of feeding and sleeping disorders in children with autism spectrum disorders. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.* 17 (4): 887-905, doi: 10.1016/j.chc.2008.06.005.
- Köse, S., Yilmaz, H., Ocakoglu, F.T. & Özbaran, N.B. (2017). Sleep problems in children with autism spectrum disorder and intellectual disability without autism spectrum disorder. *Sleep Med.* 40: 69-77. doi: 10.1016/j.sleep.2017.09.021
- Lewis, K.J.S., Foster, R.G. & Jones, I.R. (2016). Is sleep disruption a trigger for postpartum psychosis? *The British Journal of Psychiatry*, 208 (5): 409–411. doi: 10.1192/bjp.bp.115.166314
- Li, S., Jin, X., Yan, C., Wu, S., Jiang, F. & Shen, X. (2008). Bed- and room-sharing in Chinese school-aged children: Prevalence and association with sleep behaviors. *Sleep Med.* 9 (5): 555–563. doi:10.1016/j.sleep.2007.07.008
- Liu, X., Hubbard, J.A., Fabes, R.A. & Adam, J.B. (2006). Sleep disturbances and correlates of children with autism Spectrum disorders. *Child Psychiatry and Human Development*, 37 (2): 179–191. <http://dx.doi.org/10.1007/s10578-006-0028-3>.
- Loutzenhisera, L., Hoffman, J. & Beatch, J. (2014). Parental perceptions of the effectiveness of graduated extinction in reducing infant night-wakings. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 32 (3): 282-291. <https://doi.org/10.1080/02646838.2014.910864>
- Lucas-de la Cruz, L., Martínez-Vizcaino, V., Álvarez-Bueno, C., Arias-Palencia, N., Sánchez-López, M. & Notario-Pacheco, B. (2016). Reliability

and validity of the Spanish version of the Children's Sleep Habits Questionnaire (CSHQ-SP) in school-age children. *Child Care Health Dev.* 42 (5): 675-682. doi: 10.1111/cch.1235

- Luijk, M.P.C.M., Mileva-Seitz, V.R., Jansen, P.W., Van IJzendoorn, M.H., Jaddoe, V.W.V., Raat, H., et al. (2013). Ethnic differences in prevalence and determinants of mother–child bedsharing in early childhood. *Sleep Med.*, 14 (11): 1092–1099. <http://dx.doi.org/10.1016/j.sleep.2013.04.019>.

- Malow, B.A., Katz, T., Reynolds, A.M., Shui, A., Carno, M., Connolly, H.V., Coury, D. & Bennett, A.E. (2016). Sleep Difficulties and Medications in Children With Autism Spectrum Disorders: A Registry Study. *Pediatrics*, 137 (S2): s98-s104. doi: 10.1542/peds.2015-2851H

- Martín, J., Garriga, A., Egea, C., Díaz, G., Campillo, M.J. & Espinosa, R.M. (2018). Intervención psicológica escalonada con trastornos mentales comunes en Atención Primaria. *Anales de Psicología*, 34 (1): 30-40 <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.34.1.281491>

- Martínez-Sabater, A., Martínez, C., Marzà, A., Escrivá, G., Blasco, M. & LLorca, J. (2012). Hábitos de sueño de la población infantil del Grau de Gandía: Un estudio descriptivo. *Enfermería Global*, 11 (27): 124-141. <https://dx.doi.org/10.4321/S1695-61412012000300008>

- Mazzone, L., Postorino, V., Siracusano, M., Riccioni, A. & Curatolo, P. (2018). The Relationship between Sleep Problems, Neurobiological Alterations, Core Symptoms of Autism Spectrum Disorder and Psychiatric Comorbidities. *J. Clin. Med.* 7 (5): 102. doi:10.3390/jcm7050102

- McDowall, P.S., Campbell, A.C. & Elder, D.E. (2016). Parent knowledge of child sleep: a pilot study in a children's hospital cohort. *Sleep Med.* 21: 57-62. doi: 10.1016/j.sleep.2016.01.014.
- McDowall, P.S., Galland, B.C., Campbell, A.J. & Elder, D.E. (2017). Parent knowledge of children's sleep: A systematic review. *Sleep Med Rev.* 31: 39-47. doi: 10.1016/j.smr.2016.01.002.
- Meltzer, L.J. & Mindell, J.A. (2014). Systematic Review and Meta-Analysis of Behavioral Interventions for Pediatric Insomnia. *J Pediatr Psychol.* 39 (8): 932-948. doi: 10.1093/jpepsy/jsu041
- Meltzer, L.J., Plautz, M.R., Thomas, J.H. & Mindell, J.A. (2014). Sleep Problems and Sleep Disorders in Pediatric Primary Care: Treatment Recommendations, Persistence, and Health Care Utilization. *J Clin Sleep Med.* 10 (4): 421–426. doi: 10.5664/jcsm.3620
- Mileva-Seitz, V.R., Bakermans-Kranenburg, M.J., Battaini, C. & Luijk, M.P.C.M. (2016). Parent-child bedsharing: The good, the bad, and the burden of evidence. *Sleep Medicine Reviews*, 32: 4–27. <http://dx.doi.org/10.1016/j.smr.2016.03.003>.
- Mindell, J.A. & Owens, J.A. (2003). Sleep Problems in a Pediatric Practice: Clinical Issues for the Pediatric Nurse Practitioner. *J Pediatr Health Care.* 17 (6): 324-331. doi:10.1016/j.mph.2003.92
- Mindell, J.A., Li, A.M., Sadeh, A., Kwon, R. & Goh, D.Y. (2015). Bedtime routines for young children: a dose-dependent association with sleep outcomes. *Sleep*, 38 (5): 717–722. <http://dx.doi.org/10.5665/sleep.4662>

- Montgomery, P. & Dennis, J. (2004). A systematic review of non-pharmacological therapies for sleep problems in later life. *Sleep Med Rev.* 8 (1): 47-62. [https://doi.org/10.1016/S1087-0792\(03\)00026-1](https://doi.org/10.1016/S1087-0792(03)00026-1)
- Morgenthaler, T.I., Owens, J., Alessi, C., Boehlecke, B., Brown, T.M., Coleman, J., Friedman, L., Kapur, V.K., Lee-Chiong, T., Pancer, J. & Swick, T.J. (2006). Practice parameters for behavioral treatment of bedtime problems and night wakings in infants and young children. *Sleep*, 29 (10): 1277-1281. PMID:17068980
- Nunes, M.L. & Bruni, O. (2015). Insomnia in childhood and adolescence: clinical aspects, diagnosis, and therapeutic approach. *J Pediatr (Rio J)*, 91 (6 S1): S26-35. doi: 10.1016/j.jped.2015.08.006.
- Owens, J.A., Maxim, R., Nobile, C., McGuinn, M. & Msall, M. (2000). Parental and self-report of sleep in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 154 (6): 549–555. doi:10.1001/archpedi.154.6.549
- Owens, J.A., Spirito, A. & McGuinn, M. (2000). The children's sleep habits questionnaire (CSHQ): Psychometric Properties of a survey instrument for school aged children. *Sleep*, 23 (8): 1043-1051. doi: 10.1037/t33022-000
- Owens, J.A. (2001). The practice of pediatric sleep medicine: Results of a community survey. *Pediatrics*, 108 (3): e51.
- Owens, J.A. & Dalzell, V. (2005). Use of the "BEARS" sleep screening tool in a pediatric residents' continuity clinic: a pilot study. *Sleep Med.* 6 (1): 63-69. doi: 10.1016/j.sleep.2004.07.015
- Palmer, C.A., Clementi, M.A., Meers, J.M. & Alfano, C.A. (2018). Co-Sleeping among School-Aged Anxious and Non-Anxious Children:

Associations with Sleep Variability and Timing. *J Abnorm Child Psychol.* 46 (6): 1321-1332. <https://doi.org/10.1007/s10802-017-0387-1>

- Peters, E.M., Lusher, J.M., Banbury, S. & Chandler, C. (2016). Relationships between breastfeeding, cosleeping, and somatic complaints in early childhood. *Infant Mental Health Journal*, 37 (5): 574–583. <http://dx.doi.org/10.1002/imhj.21583>.

- Pin, G., Cubel, M., Martin, G., Roselló, A. & Morell, M. (2011). Habits and problems with sleep from 6 to 14 years in the Valencian community. Children's own view. *Anales de Pediatría (Barcelona, Spain)*, 74 (2): 103–115. <http://dx.doi.org/10.1016/j.anpedi.2010.08.014>.

- Pin, G., Soto, V., Jurado, M.J., Fernández, C., Hidalgo, I., Lluch, A., Rodríguez, P.J. & Madrid, J.A. (2017). Insomnio en niños y adolescentes. Documento de consenso. *An Pediatr (Barc)*, 86 (3): 165.e1-165.e11 DOI: 10.1016/j.anpedi.2016.06.005

- Priday, L.J., Byrne, C. & Totsika, V. (2017). Behavioral interventions for sleep problems in people with an intellectual disability: A systematic review and meta-analysis of single case and group studies. *J Intellect Disabil Res*, 61 (1): 1-15. doi: 10.1111/jir.12265

- Ramos, K.D. (2003). Intentional versus reactive cosleeping. *Sleep Research Online*, 5 (4): 141–147. <http://www.sro.org/2003/Ramos/141/>.

- Ramtekkar, U.P. (2017). DSM-5 Changes in Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Autism Spectrum Disorder: Implications for Comorbid Sleep Issues. *Children*, 4 (8): e62. doi:10.3390/children4080062

- Rodríguez, A. (2015). *Hábitos y problemas del sueño en la infancia y adolescencia en relación al patrón de uso del teléfono móvil: estudio*

transversal. Universitat de Valencia. Departamento de pediatría, obstetricia y ginecología.

- Sadeh, A. (2004). A Brief Screening Questionnaire for Infant Sleep Problems: Validation and Findings for an Internet Sample. *Pediatrics*. 113 (6): e570-577. <http://dx.doi.org/10.1542/peds.113.6.e570>

- Santos, I.S., Barros, A.J., Barros, F.C., Munhoz, T.N., Da Silva, B.D. & Matijasevich, A. (2017). Mother-child bedsharing trajectories and psychiatric disorders at the age of years. *Journal of Affective Disorders*, 208: 163–169. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2016.08.054>

- Scott, E.M., Robillard, R., Hermens, D.F., Naismith, S.L. & Rogers, N.L. (2016). Dysregulated sleep–wake cycles in young people are associated with emerging stages of major mental disorders. *Early Intervention in Psychiatry*, 10 (1): 63–70. <http://dx.doi.org/10.1111/eip.12143>

- Servicio Murciano de Salud. (2007). *Programa de atención al niño y al adolescente (PANA). Guía de apoyo al programa*. Consejería de Sanidad y Consumo. Región de Murcia.

- Sheaves, B., Porcheret, K., Tsanas, A., Espie, C.A., Foster, R.G., Freeman, D., Harrison, P.J., Wulff, K. & Goodwin, G.M. (2016). Insomnia, nightmares, and chronotype as markers of risk for severe mental illness: results from a student population. *Sleep*, 39 (1): 173–181. doi: 10.5665/sleep.5342.

- Streiner D.L. & Norman G.R. (2008). *Health Measurement Scales: A Practical Guide to Their Development and Use*, 4th edn. Oxford University Press, New York, NY.

- Thompson, A., Lereya, S.T., Lewis, G., Zammit, S., Fisher, H.L. & Wolke, D. (2015). Childhood sleep disturbance and risk of psychotic experiences

at 18: UK birth cohort. *The British Journal of Psychiatry*, 207 (1): 23–29. doi: 10.1192/bjp.bp.113.144089

- Tolaymat, A. & Liu. Z. (2017). Sleep Disorders in Childhood Neurological Diseases. *Children (Basel)*, 4 (10): e84. doi:10.3390/children4100084.

- Tomás-Vila, M., Miralles, A. & Beseler, B. (2007). [Spanish version of the Pediatric Sleep Questionnaire (PSQ). A useful instrument in investigation of sleep disturbances in childhood. Reliability analysis]. *An Pediatr (Barc)*, 66 (2): 121-128. doi: 10.1157/13098928

- Van Litsenburg, R., Waumans, R.C., Van den Berg, G. & Gemke, R.J. (2010). Sleep habits and sleep disturbances in Dutch children: a population-based study. *Eur J Pediatr*. 169 (8): 1009–1015. doi: 10.1007/s00431-010-1169-8.

- Velayos, J.L. (2009). *Medicina del sueño. Enfoque multidisciplinario*. Ed. Médica Panamericana.

- Ward, T.M., Rankin, S. & Lee, K.A. (2007). Caring for children with sleep problems. *J Pediatr Nurs*. 22 (4): 283-296. <http://dx.di.org/10.1016/j.pedn.2007.02.006>

- Willinger, M., Ko, C.W., Hoffman, H.J., Kessler, R.C. & Corvin, M. J. (2010). Trends in infant bed sharing in the United States, 1993–2000: The national infant sleep position study. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 157 (1): 43–49. <http://dx.doi.org/10.1001/archpedi.157.1.43>.

Referencias bibliográficas.

ANEXOS

ANEXO 1: Cuestionario PSQ

A. Conducta durante la noche y mientras duerme:		
Cuando duerme su hijo/a...	No rellene este cuadro	
... ronca alguna vez?	Si No NS	A1
... ronca más de la mitad del tiempo?	S N NS	A2
... ronca siempre?	S N NS	A3
... ronca de forma ruidosa?	S N NS	A4
... tiene una respiración ruidosa o profunda?	S N NS	A5
... tiene problemas o dificultad para respirar?	S N NS	A6
Alguna vez...		
... ha visto a su hijo parar de respirar por la noche?	S N NS	A7
Si es así, por favor describa lo que ocurrió:		
... ha estado preocupado por la respiración de su hijo durante el sueño?	S N NS	A8
... ha tenido que mover o sacudir a su hijo mientras estaba durmiendo para conseguir que respire o se despierte y vuelva a respirar?	S N NS	A9
... ha visto a su hijo despertarse con un bufido?	S N NS	A11
Su hijo...		
... tiene un sueño inquieto?	S N NS	A12
... refiere inquietud o desasosiego en las piernas cuando está en la cama?	S N NS	A13
... tiene dolores de crecimiento (dolor de piernas sin causa clara)?	S N NS	A13a
... tiene dolores de crecimiento que empeoran cuando está en la cama?	S N NS	A13b
Mientras su hijo duerme, ha visto alguna vez...		
... pequeñas patadas en una o ambas piernas?	S N NS	A14
... patadas repetidas o sacudidas de las piernas con intervalos regulares (p. ej., cada 20 o 40 s)?	S N NS	A14a
Por la noche, su hijo habitualmente...		
... suda o moja los pijamas por la transpiración?	S N NS	A15
... se levanta de la cama (por el motivo que sea)?	S N NS	A16
... se levanta de la cama para orinar?	S N NS	A17
Si es así, ¿cuántas veces lo hace por la noche por término medio? (n.º de veces)		A17a
¿Su hijo duerme habitualmente con la boca abierta?	S N NS	A21
¿Su hijo tiene habitualmente la nariz congestionada o tapada durante la noche?	S N NS	A22
¿Su hijo tiene algún tipo de alergia que le dificulte respirar por la nariz?	S N NS	A23
Su hijo...		
... tiene tendencia a respirar con la boca abierta durante el día?	S N NS	A24
... tiene la boca seca cuando se despierta por las mañanas?	S N NS	A25
... tiene molestias en el estómago por las noches?	S N NS	A27
... tiene sensación de quemazón en la garganta por la noche?	S N NS	A29
... le rechinan los dientes por la noche?	S N NS	A30
... de vez en cuando moja la cama?	S N NS	A32
¿Alguna vez su hijo ha caminado mientras dormía (sonambulismo)?	S N NS	A33
¿Alguna vez ha oído hablar a su hijo cuando está durmiendo?	S N NS	A34
¿Tiene su hijo pesadillas una o más veces por semana (por término medio)?	S N NS	A35
¿Alguna vez su hijo se ha despertado chillando por la noche?	S N NS	A36
¿Alguna vez su hijo, se ha movido o comportado de una forma que a Vd. le ha hecho pensar que no estaba ni completamente dormido ni despierto?	S N NS	A37
Si es así, describa qué ocurrió:		
¿Le cuesta a su hijo dormirse por las noches?	S N NS	A40
¿Cuánto tiempo tarda su hijo en dormirse por las noches? (aproximadamente) minutos		A41
A la hora de irse a dormir, ¿tiene su hijo "rutinas" o "rituales" problemáticos, discute mucho o se porta mal?	S N NS	A42
Su hijo...		

... golpea su cabeza contra algo o balancea su cuerpo cuando está durmiéndose?	S N NS	A43
... se despierta más de dos veces por noche (por término medio)?	S N NS	A44
... si se despierta por las noches, le cuesta volverse a dormir?	S N NS	A45
... se despierta muy temprano por las mañanas y le cuesta volverse a dormir?	S N NS	A46
¿La hora a la que se acuesta su hijo, cambia mucho de un día para otro?	S N NS	A47
¿Se levanta cada día a una hora diferente?	S N NS	A48
A qué hora su hijo, habitualmente...		
... se acuesta entre semana?		A49
... se acuesta los fines de semana o en vacaciones?		A50
... se levanta entre semana?		A51
... se levanta los fines de semana o en vacaciones?		A52
B. Conducta durante el día y otros problemas posibles:		
Su hijo... No rellene este cuadro		
... se despierta cansado por las mañanas?	S N NS	B1
... se va durmiendo durante el día?	S N NS	B2
... se queja de que tiene sueño durante el día?	S N NS	B3
¿Su profesor o cualquier otro cuidador le ha comentado alguna vez que su hijo parece que esté dormido durante el día?	S N NS	B4
¿Su hijo duerme la siesta durante el día?	S N NS	B5
¿Le cuesta despertar a su hijo por la mañana?	S N NS	B6
¿Su hijo se queja de dolor de cabeza por las mañanas, cuando se despierta?	S N NS	B7
¿Su hijo se queja de dolor de cabeza, como mínimo una vez al mes como media?	S N NS	B8
¿Alguna vez su hijo, desde que nació, ha tenido un "parón" en su crecimiento?	S N NS	B9
Si ha sido así, describa qué ocurrió:		
¿Su hijo conserva todavía sus amígdalas?	S N NS	B10
Si no, ¿cuándo y por qué fue operado de amígdalas?		
Alguna vez su hijo		
... ha tenido algún problema médico que le causara dificultad para respirar?	S N NS	B11
Si es así, por favor descríbalos:		
... ha sido operado de algo?	S N NS	B12
Si ha sido operado, ¿tuvo algún problema respiratorio antes, durante o después de la operación?	S N NS	B12a
... ha tenido de forma repentina debilidad en las piernas o en alguna otra parte después de reírse o de haber sido sorprendido por algo?	S N NS	B13
... ha tenido la sensación de no poder moverse durante un período corto de tiempo, estando en la cama, a pesar de estar despierto y estar viendo lo que había a su alrededor?	S N NS	B15
¿Ha sentido alguna vez su hijo una necesidad irresistible de dormir una siesta, teniendo incluso que dejar de hacer lo que estaba haciendo con tal de poder dormir?	S N NS	B16
¿Ha tenido alguna vez su hijo la sensación de estar soñando (ver imágenes o escuchar sonidos) mientras estaba despierto?	S N NS	B17
¿Su hijo bebe bebidas con cafeína en un día normal (cola, café o té)?	S N NS	B18
Si es así, ¿cuántas tazas o latas toma al día? Tazas/latas		B18a
¿Su hijo consume algún tipo de droga?	S N NS	B19
Si es así, ¿cuáles y con qué frecuencia?:		

¿Su hijo fuma?	S N NS	B20			
Si es así, ¿cuántos cigarrillos fuma al día por día?:					
¿Su hijo tiene sobrepeso (pesa más de lo normal para su edad)?	S N NS	B22			
Si es así, ¿a qué edad empezó a ocurrirle? años		B22a			
¿Alguna vez algún doctor le ha dicho que su hijo tiene el paladar (el techo de la boca) arqueado?	S N NS	B23			
¿Ha tomado alguna vez su hijo rubifén por problemas de conducta?	S N NS	B24			
¿Alguna vez algún profesional le ha dicho que su hijo padece déficit de atención o déficit de atención con hiperactividad (TDAH)?		B25			
C. Por favor marque con una x la casilla correspondiente → Nunca (1), Algunas veces (2), Muchas veces (3), Casi siempre (4), No rellene este cuadro					
	1	2	3	4	
No pone atención en los detalles, comete errores por descuido en sus tareas					C1
Tiene dificultad para mantener la atención en las tareas y en los juegos					C2
No parece escuchar lo que se le dice					C3
No sigue las instrucciones o no termina las tareas en la escuela o en casa a pesar de comprender las órdenes					C4
Tiene dificultad para organizar sus actividades					C5
Evita hacer tareas o cosas que le exijan un esfuerzo mental sostenido					C6
Pierde sus útiles o las cosas necesarias para hacer sus actividades					C7
Se distrae fácilmente con estímulos irrelevantes					C8
Es descuidado en las actividades diarias					C9
Molesta moviendo las manos y los pies mientras está sentado					C10
Se levanta del puesto en la clase o en otras situaciones donde debe estar sentado					C11
Corre o salta en situaciones inadecuadas					C12
Dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio					C13
Está permanentemente en marcha como si tuviera un motor					C14
Habla demasiado					C15
Contesta o actúa antes de que se termine de realizar la pregunta					C16
Tiene dificultades para guardar su turno					C17
Interrumpe las conversaciones o los juegos de los demás					C18

(Tomás-Vila, Miralles & Beseler, 2007).

ANEXO 2: Entrevista BEARS

BEARS	2-5 AÑOS	6-12 AÑOS	13-18 AÑOS
1. Problemas para acostarse. BED	¿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 de acostarte? (N)	¿Tienes algún problema para dormirte a la hora de acostarte? (N)
2. Excesiva somnolencia diurna. EDS	¿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. AWAKENINGS	¿Su hijo se despierta mucho durante la noche?	¿Su hijo parece que se despierte mucho durante la noche? ¿Sonambulismo o pesadillas? (P) ¿Tiene problemas para volverte a dormir cuando te despiertas? (N)	¿Te despiertas mucho por la noche? ¿Tienes problema para volverte a dormir cuando te despiertas? (N)
4. Regularidad y duración del sueño. REGULARITY	¿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. SNORING	¿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)

(Owens & Dalzell, 2005)

ANEXO 3: Cuestionario CSHQ

Encuesta de hábitos de sueño infantil

Las siguientes preguntas están relacionadas con las costumbres de sueño de su hijo/a y sus posibles dificultades. Trate de recordar lo sucedido en la última semana para contestar esta encuesta. Si en esa semana hubiera habido alguna circunstancia que pudiera alterar el sueño (enfermedades, viajes, etc.) conteste la encuesta pensando en una semana habitual. Responda HABITUALMENTE si algo ocurre 5 o más días por semana; responda A VECES si ocurre 2-4 veces por semana; responda RARO si no ocurre nunca o 1 vez a la semana.

Rellene los cuadrillos para indicar la respuesta adecuada.

1- El cuestionario va a ser completado por: Madre Padre Ambos

Acostarse:

Hora a la que se acuesta el niño/a:

	Entre 20h y 21h	Entre 21h y 22h	Entre 22h y 32h	Entre 23h y 24h	Más de las 24h
2- Días laborables	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
3- Festivos y Fines de semana	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

	Habitualmente (5-7 días a la semana) 1	A veces (2-4 días a la semana) 2	Raro (0-1 días a la semana) 3
4- El niño se acuesta siempre a la misma hora	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5- Se duerme antes de 20 minutos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6- Se duerme en su cama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7- Se duerme en la cama de algún hermano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8- Se duerme con balanceo o con movimientos rítmicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9- Necesita objetos especiales para dormirse (muñecos, almohadas o sábanas especiales, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10- Necesita que esté el padre o la madre en la habitación para dormirse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11- Está dispuesto a acostarse cuando es la hora de ir a la cama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12- Se resiste a ir a la cama cuando es la hora	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13- Pelea para no ir a la cama (grita, se niega a acostarse, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14- Tiene miedo a dormir a oscuras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15- Tiene miedo a dormir solo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Conducta de sueño:Cantidad de horas de sueño por día **sumando siestas y sueño nocturno:**

	8 horas o menos	Aprox. 9 horas	Aprox. 10 horas	Aprox. 11 horas	Aprox. 12 horas	Aprox. 13 horas	Aprox. 14 horas	15 horas ó más.
16- Días laborables	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
17- Festivos y fines de semana	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>

	Habitualmente (5-7 días a la semana) ¹	A veces (2-4 días a la semana) ²	Raro (0-1 día a la semana) ³
18- Duerme muy poco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19- Duerme demasiado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20- Duerme lo necesario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21- Duerme todos los días las mismas horas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22- Se orina por la noche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23- Habla durante el sueño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24- Está inquieto y se mueve mucho durante el sueño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25- Tiene sonambulismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26- Va a otra habitación (padres, hermanos, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27- Duerme en la cama de los padres o hermanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28- Dice que tiene dolores durante el sueño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29- En caso afirmativo, decir dónde se queja			
30- Tiene rechinar de dientes durante el sueño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31- Ronca de manera ruidosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32- Parece que deja de respirar durante el sueño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33- Tiene a la vez ruidos fuertes y dificultad respiratoria durante el sueño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34- Tiene dificultades para dormir fuera de casa (vacaciones, casa de familiares, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35- El niño se queja de problemas con el sueño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36- Se despierta durante la noche llorando, sudando, asustado, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37- Se despierta asustado por pesadillas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Despertares nocturnos:

	Habitualmente (5-7 días a la semana) ¹	A veces (2-4 días a la semana) ²	Raro (0-1días a la semana) ³
38- Se despierta una vez por la noche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39- Se despierta más de una vez por la noche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40- Se despierta y se queda dormido sin ayuda de nadie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41- Anote la duración en minutos de los despertares nocturnos			

Despertar matutino:

Hora a la que se despierta habitualmente por la mañana:

	7h a 8h	8h a 9h	9h a 10h	10 a 11h	11h a 12h	12h a 13h
42- Días laborables	<input type="checkbox"/>					
43- Festivos y Fines de semana	<input type="checkbox"/>					

	Habitualmente (5-7 días/semana) 1	A veces (2-4 días/ semana) 2	Raro (0-1día/semana) 3
44- Se despierta por si mismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45- Se despierta con un despertador	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46- Se despierta enfadado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47- Le despiertan adultos u otros hermanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48- Le cuesta salir de la cama por la mañana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49- Le lleva mucho tiempo espabilarse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50- Se despierta muy temprano por la mañana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51- Tiene buen apetito por la mañana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sueño durante el día:

	Habitualmente (5-7días/semana) 1	A veces (2-4 días/ semana) 2	Raro (0-1días/ semana) 3
52- Echa la siesta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53- Se queda dormido de repente en mitad de actividades (juegos, paseos, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
54- Parece cansado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Durante la semana pasada su hijo ha estado muy adormilado o se ha quedado dormido en las siguientes circunstancias (anotar el que corresponda):		
	Adormilado 1	Dormido 2
55- Vistiéndose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
56- Jugando solo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
57- Jugando con otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
58- Viendo la TV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
59- Montado en el coche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
60- Comiendo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
61- En el WC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(Owens, Spirito & McGuinn, 2000)

ANEXO 4: Contenidos de la intervención educativa para padres de niños usuarios del CDSM-IJ

EL SUEÑO EN LA INFANCIA

El sueño es un estado de alteración de la conciencia, que se repite periódicamente durante un tiempo determinado, y cuya función es restaurar la energía y el bienestar de la persona.

En mayor o menor medida, todas las funciones fisiológicas cambian durante el sueño; se producen cambios en los sistemas endocrino, cardiovascular, muscular y respiratorio. La cantidad de sueño no es constante a lo largo de la vida de un individuo, durante los primeros años de vida se va modificando en asociación con el proceso madurativo del sistema nervioso. Los recién nacidos duermen entre 16 y 18 horas diarias, la media de horas de los niños pequeños se sitúa alrededor de las 10 horas y en un adolescente en 8 horas.

Su "importancia" en la infancia se ve incrementada por tres razones fundamentales:

- El sueño es para el niño la *actividad en la que más horas invierte*.
- Hay una estrecha relación entre los problemas nocturnos y las *alteraciones diurnas de comportamiento*.
- Las alteraciones de los patrones del sueño del niño producen *estrés familiar* y disfunciones escolares.

La somnolencia en los niños puede no ser inmediatamente reconocible como adormecimiento, bostezos, y las otras manifestaciones "clásicas" de la somnolencia que se producen en los adultos. En contraste, en el niño, a menudo toma la forma de trastornos del estado de ánimo, problemas de comportamiento como hiperactividad y control de los impulsos, y alteraciones de las disfunciones neurocognitivas, incluyendo la falta de atención y vigilancia deteriorada, que se traducen en significativos problemas a nivel social, escolar y de aprendizaje.

Los problemas de sueño están entre las cuestiones más comunes planteadas por los padres dentro de los problemas que surgen en la crianza de sus hijos. Los más frecuentes son la falta de horas de sueño, los trastornos respiratorios del sueño (entre un 2-3% tiene apneas del sueño y hasta un 10% ronca de manera habitual), el insomnio y las parasomnias como las pesadillas que están presentes hasta en un 30% de los

niños desde los dos años; los terrores nocturnos, muy comunes entre los 3 y 6 años y se suelen manifestar en niños con antecedentes familiares; y el sonambulismo.

Los problemas del estado de ánimo en los niños con trastornos del sueño son prácticamente universales, en particular la exacerbación del estado de ánimo negativo y una disminución en el estado de ánimo positivo.

Además, los resultados de un sueño inadecuado pueden incluir un aumento en las lesiones accidentales y posibles efectos perjudiciales en los sistemas metabólico, cardiovascular o inmunológico, incluyendo el metabolismo de la glucosa y la función endocrina. Además, la alteración crónica puede tener también repercusiones físicas, especialmente un retraso en el desarrollo pondoestatural y óseo. Por último, los problemas del sueño son una importante fuente de angustia para las familias, y puede ser una de las razones principales para el “estrés del cuidador” en familias con niños que tienen enfermedades crónicas o condiciones de discapacidad, tales como los retrasos en el desarrollo neurológico grave y que cursan generalmente con una alteración de sueño asociada.

A continuación, se describen los trastornos de sueño que son más frecuentes en población infanto-juvenil:

- *Trastornos conductuales del sueño.*

- *Trastorno del establecimiento de límites:* alteración del sueño del niño caracterizada por el rechazo a irse a la cama en el momento adecuado, con fallo por parte del cuidador en el modo de inducir al niño a hacerlo.
- *Trastorno de las asociaciones al inicio del sueño:* se produce cuando el sueño se altera por la ausencia de un objeto o circunstancias que el niño asocia con el inicio del sueño. El problema se acentúa cuando se asocia el inicio del sueño con la actuación o presencia del adulto. Este trastorno y el de establecimiento de límites son los más frecuentes llegando a situarse alrededor del 40% de los niños.
- *Insomnio agudo:* dificultad para iniciar o mantener el sueño, normalmente causado por desajustes, molestias emocionales y/o físicas.

- *Trastornos respiratorios relacionados con el sueño.*

- Dentro de este grupo, el más común es el *Síndrome de apneas obstructivas del sueño (SAOS):* episodios repetidos de obstrucción de vías respiratorias superiores, generalmente acompañados de desaturación de oxígeno sanguíneo. El diagnóstico de certeza se realiza con polisomnografía. Afecta entre el 2-3 % de la población pediátrica.
- Y el *ronquido*, hasta un 10% de los niños ronca de manera habitual.

- **Trastornos de ajuste del sueño:** Dentro de este grupo quedan incluidas: *Las parasomnias: Despertares confusionales, Sonambulismo, Terrores nocturnos y Pesadillas.*

La psicoeducación estaría basada en las directrices del “Grupo Pediátrico de la Sociedad Española de Sueño” y “Grupo de sueño de la sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria (SEPEAP)” que han establecido las medidas preventivas de los problemas del sueño desde el nacimiento hasta la adolescencia;

- Los niños tienen que aprender a dormirse solos, sin ayuda. Cada niño marca su propio ritmo para dormir.
- Establecer una rutina para ir a dormir. (Ejemplo: “El juego de dormir bien”)
- Permitirle que duerma fuera de la cama no le ayudará a aprender a dormirse solo. Una buena higiene de sueño incluye dormir en su propia cama/cuna.
- Si su hijo se despierta por la noche: **NO** lo alimente, **NO** encienda la luz y **NO** lo saque de la cuna/cama. Consuélelo con caricias y frases cariñosas.
- Busque un muñeco o peluche que sea su compañero en la cuna/cama.
- Deje abierta la puerta del cuarto.
- El ambiente debe ser tranquilo y oscuro, el ruido ambiental el mínimo posible.
- La hora diaria de levantarse debe ser aproximadamente la misma todos los días. Debe tener horarios regulares. Incluso los fines de semana.
- La temperatura de la habitación debe ser confortable: un exceso de calor o frío favorece el despertar nocturno.
- Evitar acostarlo con hambre. Sin embargo, el exceso de líquidos favorece el despertar nocturno.
- Debe transmitir el mensaje de que se le está enseñando a dormir, de manera autónoma, y que no se trata de ningún castigo ni de una disputa entre padres y el niño.
- La actividad física vigorosa se evitará 1-2 horas antes de acostarlo.
- Evitar alimentos como el chocolate y bebidas como las colas, café o té.
- Evitar las siestas muy prolongadas o tardías.
- Cuando el niño le esté "dando la noche" reflexione sobre lo ocurrido durante ese día. No le chille, dele la seguridad de que usted estará para tranquilizarlo si lo necesita.
- No se imponga a sí mismo ninguna hora límite para conseguir que el niño duerma bien.
- No pierda la calma cuando se despierte a media noche. Si ha habido algún cambio reciente en la vida del niño, no espere que duerma profundamente.

- Altérnese con su pareja: descansará más y el niño no "dirigirá" la noche. Si esto no es posible, haga una pausa cuando vea que "pierde los nervios". Lo importante es transmitir tranquilidad y seguridad educativa.
- Cada familia tiene su nivel de tolerancia y sus propias creencias: no hay sistemas buenos ni malos, solo diferentes.
- Exposición de luz intensa por la mañana. Le ayudará a adelantar la fase de sueño.
- No debe dormirse con la televisión puesta (disminuye la profundidad del sueño). No colocar televisión en la habitación.
- Practicar regularmente ejercicio físico.
- Debe relajarse para iniciar el sueño y expresar adecuadamente sus emociones.

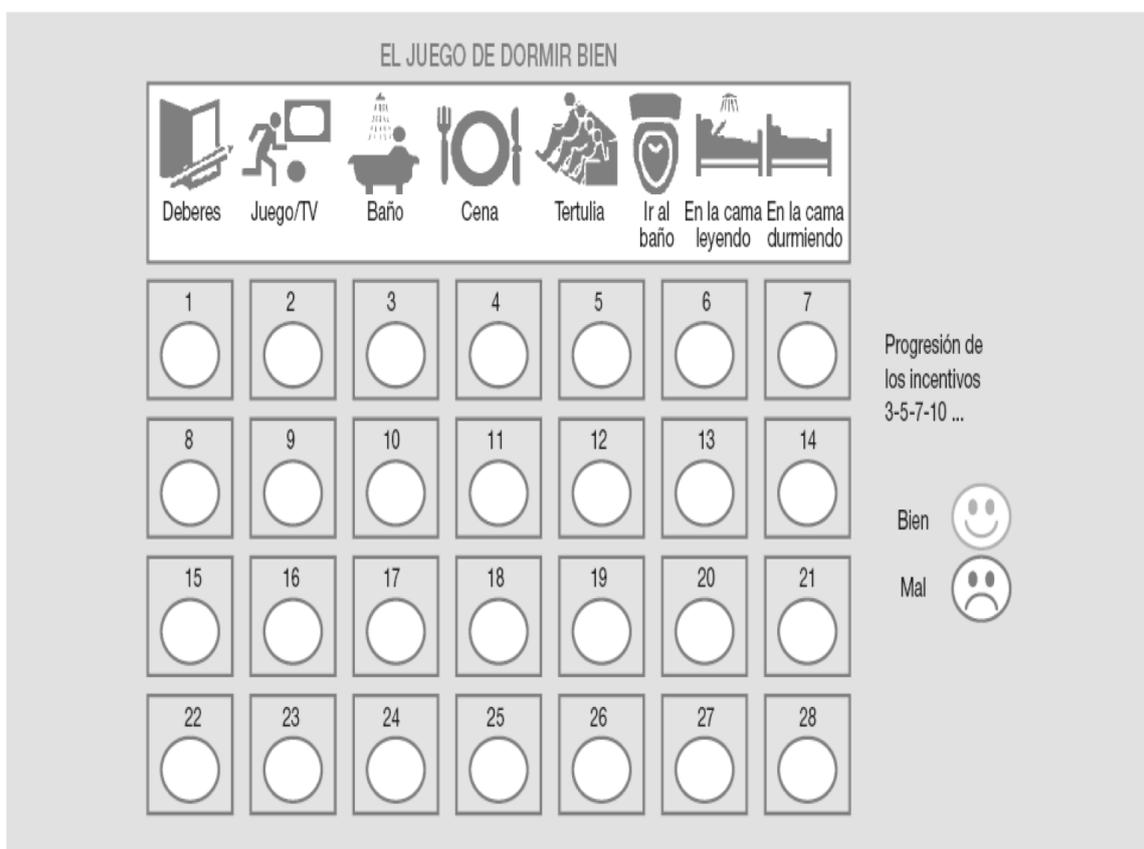


FIGURA 4. Calendario propuesto para el insomnio aprendido en niños mayores de 5 años. Fuente: Estivill E, Doménech M. *Vamos a la cama*. Barcelona: Plaza & Janés; 2002.

