



^aEstudiante de Grado de Enfermería. Universitat Rovira i Virgili. Tarragona. España

• ^bProfesora Asociada. Departamento de Enfermería, Universitat Rovira i Virgili. Tarragona. España.

Publicado en Internet:
8-noviembre-2013

Ana M.ª Montserrat Gala:
anam.montserrat@estudiants.urv.cat

Resumen

Introducción: aprender a dormir en la infancia tiene repercusiones relevantes en el desarrollo integral del niño. Como profesionales sanitarios, debemos ser capaces de proporcionar las directrices adecuadas para la adquisición de hábitos saludables en la necesidad de dormir de los más pequeños. El análisis de cada caso requiere una solución adaptada a cada familia para lograr el descanso nocturno. En nuestra sociedad actual, se utilizan diferentes métodos para la adquisición de buenos hábitos para dormir de forma saludable desde los primeros años de vida. Eduard Estivill, a través de su libro *Duérmete, niño*, y Carlos González, con *Bésame mucho*, han expuesto dos estilos diferentes sobre cómo crear correctos hábitos del sueño infantil.

Material y métodos: en este trabajo se realiza una investigación cualitativa a través del estudio de dichas metodologías y del testimonio de dos familias. Se quiere profundizar en los beneficios y dificultades que han aportado ambos métodos en el aprendizaje del dormir de los más pequeños.

Resultados: el conocimiento de ambos métodos nos enriquece, ya que incrementa las herramientas disponibles para solventar cualquier situación relacionada con los hábitos del sueño. Después de analizar las dos entrevistas, se comprueba que las dos metodologías fueron llevadas a término con éxito, al conseguir dormir a los pequeños.

Conclusiones: lo más importante no es el método utilizado, sino que los padres, ante la dificultad de enseñar a dormir a sus hijos, pasan por diferentes etapas en las que tanto su salud como la de sus niños pueden estar en situación de riesgo, sobre todo cuando se trata del primer hijo y cada situación es un nuevo reto.

Palabras clave:

- Sueño
- Colecho
- Rutina
- Hábitos
- Descanso

Learn to sleep

Abstract

Introduction: learning how to sleep in the first years, play an important role in the child's development. As healthcare professionals, we should try to provide parents with an appropriate guidance on child's healthy sleeping habits. The analysis of each case requires a solution adapted to each family for the night's rest. Nowadays, there are different methods in order to get good sleeping habits in the early years. For instance, Eduard Estivill, through his book *Duérmete, niño* and Carlos González in *Bésame mucho*. They have exposed two different styles of how to create correct child sleeping habits.

Materials and methods: this work is a qualitative research through the study of these methodologies and two families' evidences. We want to explore the benefits and difficulties of these two methods on the acquisition of sleeping well in children.

Results: the knowledge of both methods provides us with the opportunity to solve any situation related to sleeping habits in the early years. Moreover, the two families' interviews prove that both methods work successfully. To sum up, the most important issue is not the method.

Conclusions: the most important thing is being conscious that there are different stages that parents have to go through while teaching their children how to sleep well, and these stages could imply risky situations in parents and children health. Especially when it's their first child, with whom any situation is a challenge for the parents.

Key words:

- Sleep
- Co-sleeping
- Routine
- Habits
- Rest

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, los trastornos del sueño son muy frecuentes en niños, del 25 al 84% tiende a aparecer en la infancia temprana, durante un periodo que puede alcanzar hasta los tres años de vida¹.

En las consultas de enfermería pediátrica se resuelven toda clase de dudas e inquietudes, entre las que cabe destacar las relacionadas con los trastornos del sueño. Cómo abordar la necesidad de dormir es una ardua tarea para los padres, llegando a generar en algunas familias niveles de ansiedad y preocupación muy elevados. Cuando se trata de un primer hijo, los profesionales de salud se convierten, más que nunca, en un punto de referencia capaz de facilitar las pautas a seguir para la adquisición de hábitos saludables. Cuando el aprendizaje de las familias se realiza de forma natural adecuadamente, no es necesaria nuestra intervención.

Normalmente, el asesoramiento que necesitan las familias tiene que ver más con indicaciones y pautas a seguir sobre la adquisición de hábitos que con un trastorno real. Estas indicaciones varían de familia en familia y en función de sus aspectos culturales. Por ello, como profesionales de salud, tener argumentos y diferentes soluciones nos ayuda a valorar el contexto psicosocial en el que se encuentra el niño y las diferentes soluciones que se pueden aportar.

La importancia de dormir bien radica en el buen desarrollo infantil, ya que durante la noche tienen lugar cambios de las funciones corporales. Se originan actividades de gran trascendencia para el equilibrio físico y psíquico, se producen modificaciones hormonales, bioquímicas y metabólicas imprescindibles para el buen funcionamiento durante el día. Y a nivel psicológico, se dan cambios funcionales también importantes, como la regeneración de procesos mentales, el aprendizaje y la consolidación de la memoria a largo plazo, la reprogramación de la información y el proceso de desaprendizaje de materia inútil, y la maduración y la restauración cerebral².

Objetivos

- **General:** profundizar en el conocimiento teórico y práctico de métodos de ayuda para la adquisición de hábitos saludables en la necesidad de dormir en los primeros años de vida.
- **Específicos:**
 - Profundizar en los hábitos del sueño que propone el pediatra Carlos González en su obra *Bésame mucho*.
 - Profundizar en los métodos para aprender a dormir, basados en la terapia cognitivo-conductual, que propone el pediatra Eduard Estivill en su libro *Duérmete, niño*.
 - Identificar beneficios y dificultades de llevar a cabo cada método en concreto por parte de las familias.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se ha realizado una investigación cualitativa, ya que se ha profundizado en la experiencia de dos familias que han utilizado los diferentes métodos expuestos anteriormente. Se ha querido detallar todo aquello que habían vivido las familias, desde un punto de vista antropológico. Se ha explicado cada caso y se reflejan sus experiencias individuales, teniendo en cuenta el método que han utilizado para la adquisición de buenos hábitos en el dormir de sus hijos³.

El diseño de la investigación tiene en cuenta un conjunto de decisiones sobre los métodos, técnicas y procedimientos que se han utilizado para la selección de los participantes, la obtención de datos y el plan de análisis más adecuado.

Existen diferentes criterios para clasificar los diseños; en ciencias de la salud cobran especial importancia los criterios epidemiológicos, según la manipulación (observacionales y experimentales), el desarrollo en el tiempo (transversales y longitudinales) y la finalidad (descriptivos y analíticos).

Esta investigación consiste en:

- Estudio observacional, ya que a través de la observación de las familias se capta una parte importante de información.

- Estudio transversal, ya que se observa y analiza cada hecho que ha tenido relación con la necesidad de dormir de los hijos. No hay seguimiento del hecho observado, por lo tanto este diseño no puede demostrar la relación de causalidad.
- Estudio descriptivo, ya que se detallan las características de los fenómenos epidemiológicos referidos a personas, lugar y tiempo. Que sea descriptivo permite conocer los problemas y necesidades sociosanitarias existentes.

Población y muestra

Se han realizado entrevistas a familias, que en adelante se denominarán “informantes”. La cantidad de informantes ha sido de dos personas o familias (con un miembro como representante de ambos padres).

Los criterios de selección de los informantes han sido: a) edad de la madre comprendida entre los 20 y los 45 años; b) nacimiento del hijo en los últimos cinco años; c) utilización de, al menos, uno de los dos métodos (doctor Estivill o doctor González); d) padres primerizos; e) familia formada por una pareja y su hijo; f) hijo con edad mínima de 18 meses; g) ausencia de enfermedad grave, operación u hospitalización en el niño, y h) familia empadronada y residente en Tarragona.

El diseño del proyecto ha sido emergente, ya que durante el transcurso de la investigación ha habido cambios según las necesidades imprevistas de la misma, concibiendo que se ha tratado de una realidad social diferente en cada familia investigada⁴.

Técnicas de búsqueda

Las técnicas de búsqueda engloban a aquel conjunto de procedimientos, recursos e instrumentos para buscar datos; en esta investigación, se ha usado la observación participante y las entrevistas en profundidad de carácter semiestructurado.

La entrevista en profundidad⁵ es el proceso de interacción dinámica de comunicación entre dos

personas, entrevistador y entrevistado, bajo control del primero. A través de las entrevistas con preguntas concretas (entrevistas semiestructuradas), se ha analizado las vivencias y los fenómenos que han llevado a estas personas a seguir un método u otro. Se ha tenido en cuenta tanto la información verbal como la no verbal y se ha establecido un proceso de comunicación bidireccional y asimétrico (uno pregunta y el otro responde).

La entrevista ha sido dirigida, pues contaba con un listado de temas que se han tratado en el transcurso del encuentro, donde ha sido posible adoptar la forma y la secuencia de las preguntas a las respuestas del entrevistado. Lo importante ha sido abordar todos los puntos esenciales en un clima distendido.

Otra característica a destacar es que eran entrevistas individuales, lo que ha permitido la comunicación y comprensión profunda de las vivencias en relación a un problema o una situación. El lugar donde se han realizado ha sido el domicilio de cada informante. Era necesario que fuera un lugar tranquilo y con intimidad, ya que se iban a hacer preguntas confidenciales sobre su privacidad. La finalidad siempre fue conseguir información lo más clarificadora posible sobre cómo han aprendido a dormir sus hijos en los primeros años de vida. Las dos entrevistas fueron grabadas y posteriormente transcritas para poder analizarlas con calma y facilitar la comparación entre los diferentes informantes. Poder comparar ha sido muy importante, porque ha permitido analizar cómo se ha sentido cada familia en todo el proceso. El mínimo de tiempo para las entrevistas fue de dos horas por persona, para poder aprovechar al máximo la información extraída de cada entrevista.

Con estas entrevistas, se ha pretendido conocer cómo se han establecido los hábitos de sueño en sus hijos. Ha sido de vital importancia qué personas les aconsejaron, qué libros, artículos o fuentes de información leyeron y cuáles fueron sus expectativas y vivencias posteriores. Qué recomendaciones harían a futuros padres y cuál es el soporte que consideran más adecuado. Conocer la evolución familiar durante el proceso de aprender a dormir

en la infancia y qué aspectos de sus vidas destacarían que han cambiado durante las noches.

Ha sido necesario pedir permiso a todas aquellas personas entrevistadas, motivo por el cual firmaron un consentimiento informado donde se detallaba el motivo de la entrevista y de la investigación que se llevaba a cabo. No fue necesario un Comité de Bioética, ya que las entrevistas no tuvieron lugar durante la prestación de servicios de salud.

RESULTADOS

En este estudio se han realizado dos entrevistas. Una de ellas se ha realizado a una familia que siguió las indicaciones de Estivill, plasmadas en su obra *Duérmete, niño*, y la otra entrevista se ha realizado a una familia que se basó en las recomendaciones de González, que expone en su libro *Bésame mucho*. La persona que nos da su testimonio en el método Estivill es Elena, y para el método González, es Marina. Ambas son madres primerizas de hijos nacidos en Tarragona, a término y sin problemas de salud.

Al realizar el análisis de las entrevistas destacan varios factores. En el caso de Elena, ella identifica desde el principio que la necesidad de dormir en su hija estaba alterada, ya que le costaba conciliar el sueño. Sin embargo, Marina no nos habla de ninguna dificultad, pero a lo largo de la entrevista descubrimos que había concertado una visita con la doctora Rosa Jové, que es una defensora ferviente de las indicaciones del doctor González.

Independientemente del método escogido por cada familia, una vez seguidas las recomendaciones de cada autor, los dos niños consiguieron dormir sin problemas durante toda la noche y gozan de un esplendoroso estado de salud.

Respecto a la utilización de cada método por parte de cada familia, cambia la dificultad para conseguir la misma eficacia en el descanso nocturno de los hijos. En el caso de Elena, a lo largo de la aplicación del método han surgido diferentes dificultades cuando un miembro de la familia diferente a

ella ha tenido que ocuparse del sueño de la pequeña, ya sea su padre o, en algunas épocas, su abuelo.

El padre de Elena es ruso y pasa temporadas de uno o dos meses en su casa. Durante su última visita, empezó a introducir cambios y estos fueron los causantes de que la niña no siguiera con la misma regularidad en su descanso. Elena, en su entrevista, comenta: *“Cuando vino mi padre a ayudarme en diciembre, él empezó a introducir sus cambios, empezó a cogerla en brazos y la niña empezó a dormir mal. Cuando la niña se despertaba le daba sus juguetes preferidos o le daba agua y le tuve que decir que no lo hiciera, que la tenía que ignorar, ya que sino ella lo asociaba y lo volvía a necesitar. Los niños se despiertan varias veces y si ella cada vez que ha de volver a dormir lo asocia a un estímulo otra vez no se puede volver a dormir. Él empezó a ignorarla y ahora ella duerme bien”*.

Elena habla también de su marido y nos cuenta cómo introducir pequeñas variaciones hizo que el método ya no tuviera la misma efectividad en la niña. Cuando ella trabajaba, su marido acostaba a la pequeña, pero le costaba irse de la habitación con la rapidez que precisa el método. Así lo explica en su entrevista: *“Cuando iba a trabajar por la noche y la acostaba mi marido, a él al principio le daba pena acostarla en la cuna y marcharse, y se quedaba un ratito más, y cuando yo hacía turnos y la acostaba por la tarde, me daba cuenta que cada vez para ella era más difícil conciliar el sueño. Entonces empecé a averiguar y descubrí que ya no seguía bien el método. Pienso que se ha de seguir el método tal como lo explica el libro (Duérmete, niño); hay dejarla allí y que ella por sí sola aprenda a dormirse, a conciliar el sueño”*.

Estas dos explicaciones dejan ver cómo en este caso el hecho de que todos utilicen las mismas pautas es clave para la buena consecución del objetivo. Este objetivo no es otro que conseguir que la pequeña concilie el sueño por ella misma para que cuando se despierte a lo largo de la noche pueda volver a dormirse de forma autónoma. Cuando se despierte su hija ha de disponer de todos los estímulos que precisó la primera vez para conciliar el sueño.

En el caso de Marina, se ocupan siempre su pareja y ella del sueño del pequeño. Practican el colecho desde que su hijo tenía tres o cuatro meses, tras ser asesorados por una consulta de Rosa Jové. En un principio, dejaban al pequeño en una cunita al lado de la cama. En la actualidad utilizan una rutina horaria, ya que cada día a las 22:00 horas acuestan al niño en la cama de los padres. Una vez este se ha dormido, los padres pasan un rato en el comedor y después acuden de nuevo a la cama. Estos padres pueden utilizar rutinas diferentes para conseguir que el pequeño concilie el sueño en la cama. Cuando es la hora de irse a dormir, Marina lleva a su hijo a la cama, donde prefiere leerle cuentos. Sin embargo, su padre prefiere pasearlo en brazos hasta que se duerme y después lo deja en la cama.

Así lo explica Marina en su entrevista cuando se le pregunta sobre el momento de acostar a su hijo: *“Lo ponemos directamente a dormir en nuestra cama y luego vamos nosotros a dormir. Yo lo que hago es que nos llevamos un par de cuentos, los leemos en la cama y me espero con él hasta que se duerme. Su padre lo pasea en brazos porque dice que así se duerme antes. Cada uno se busca su forma”*.

En este caso, lo importante es que ambos padres acompañan al pequeño en el momento de conciliar el sueño y que el niño identifica el lugar de dormir con el lecho que comparte con sus progenitores. Esta acción hace que el hijo esté relajado y se duerma con facilidad. En este método no es tan importante seguir las recomendaciones estrictamente, como en el caso de Elena; aquí la importancia radica en acompañar al pequeño en el momento que muestra dificultad (conciliar el sueño). Cada padre puede elegir la manera con la que se siente más cómodo para dormir a su hijo.

Tal y como comenta Marina en la entrevista, los primeros meses de vida del pequeño intentó dormirlo en su cunita y no obtuvo buenos resultados: *“Al principio no queríamos meterlo en la cama por eso que todo el mundo te dice que no lo metas en la cama porque luego se acostumbra. Al principio estuvo hasta los 3-4 meses que dormía en la cunita al*

lado de la cama. Era un rollo porque se despertaba un montón de veces, te tenías que levantar y cogerlo, luego no lo podías dejar, paseando por toda la casa, hasta que al final lo metí en la cama y fue lo más cómodo”.

Marina identifica un antes y un después en el sueño de su hijo. Cuando empieza el colecho llega el momento de irse a dormir con mucha más comodidad.

En el caso de Elena también se identifica un avance en el sueño cuando empiezan a utilizar el método Estivill. Ella buscó ayuda, ya que era un momento desesperante en su vida familiar. No sabía qué más hacer para que su hija pudiera conciliar el sueño. Explica que se informó sobre el método gracias a una amiga y que a raíz de ahí leyó el libro.

En la entrevista, Elena explica cómo identifica un antes y un después al llevar a cabo las indicaciones de este método: *“Antes hacíamos de todo: mirábamos la televisión hasta las dos, la acunábamos, la paseábamos hasta el final de la calle llorando, la paseábamos por el pasillo de casa... y es que cada vez que se despertaba lloraba y lloraba y no sabíamos qué hacer, era muy desesperante... Nosotros aplicamos este método tres días y al cuarto ya empezó a conciliar el sueño bien (por ella misma)... En mi caso, ella el primer día lloró 45 minutos”*.

El testimonio de Elena nos muestra cómo tras pasar tres días su hija empezó a conciliar el sueño ella sola y rápidamente. Después de un año de llantos y malas noches para toda la familia llegó la calma. En la praxis nos cuenta cómo tuvo que dejar llorar a su pequeña 45 minutos el primer día. Por este motivo se identifica popularmente el método Estivill como el método de “dejar llorar”. Nos explica su eficacia, ya que la cuarta noche su hija ya pudo conciliar el sueño por ella misma y dormir toda la noche. La aplicación de la misma rutina cada noche y el respeto de los horarios a la hora de entrar a la habitación fueron la clave del éxito. Para ella fue todo un reto y para su marido también, el cual no podía soportar oír llorar a su hija. Elena nos cuenta lo que tuvo que hacer su marido el día que empezó a utilizar el método: *“Mi marido tuvo que irse a pasear a la perra y cuando llegó se*

encerró en la habitación (para no oír llorar a la hija), y yo me encargaba de ir entrando, de hablarle tranquilamente, la consolaba sin tocarla y volvía a marcharme”.

Los dos métodos, tanto el de Marina como el de Elena, fueron efectivos, pues después de llevarlos a cabo consiguieron que sus hijos conciliaran el sueño, que sus despertares nocturnos fueran tranquilos y no lloraran como lo habían hecho anteriormente. Lo que cabe destacar es que cada método plantea una dificultad diferente por parte de los padres. Una dificultad que se refleja tanto en el aprendizaje que han de realizar los padres como en los sentimientos que se despiertan en ellos. En el método Estivill se ha de realizar una rutina estricta y su efectividad llega en este caso a la cuarta noche, en cambio, en el método de González se muestra una flexibilidad porque cada miembro de la familia puede hacer una rutina diferente y, además, fue eficaz desde el primer día.

Las familias están satisfechas con la evolución de sus respectivos hijos tras la aplicación de los diferentes métodos. En este estudio se ha observado una evolución favorable en las necesidades básicas tras la aplicación de los métodos. No dormir adecuadamente afecta no solamente al bienestar familiar sino también al menor, y así lo percibían ambas madres:

Marina comentaba: *“Antes, cuando dormía la siesta en la cuna, igual dormía media hora y ya se despertaba, entonces estaba más cansado y de peor humor. Ahora que las duerme en la cama conmigo, está más descansado y está mejor”.*

Y Elena nos contaba: *“El patrón de diario lo habíamos cambiado porque si ella se iba a dormir a las dos de la mañana, luego hasta las 11 no se despertaba y no sabías cómo hacer para darle el desayuno, la comida, la merienda...”.*

No dormir de forma adecuada afectaba al carácter y al resto de necesidades; en el caso de Elena, en una tan importante como es la alimentación.

DISCUSIÓN

Marco teórico

La necesidad de dormir del niño implica el conocimiento de la fisiología y del ritmo vigilia-sueño. El sueño se puede definir como un periodo de descanso del cuerpo y de la mente en el que hay una paralización o inhibición de la conciencia y de la mayor parte de las funciones corporales. Dormir es una función fisiológica compleja que requiere una integración cerebral completa y durante la cual se modifican todos los procesos fisiológicos⁶.

¿Por qué existe un ritmo de sueño-vigilia?

El estado de vigilia se interrumpe cíclicamente por el sueño. La vigilia se mantiene mediante la acción de la sustancia reticular activadora ascendente y el sueño se activa en virtud de estructuras cerebrales que provocan una doble acción: por un lado, una inhibición del sistema reticular activador ascendente y, por otro, la estimulación de las estructuras generadoras de sueño, que se encuentran en el tronco encefálico, en el tálamo, en el hipotálamo anterior y en el área preóptica.

Las distintas fases del sueño se regulan en dos zonas: a) en el tronco encefálico, donde se origina el sueño de movimientos oculares rápidos (MOR), conocido también como sueño REM (rapid eye movements), y b) En el diencéfalo, donde tiene lugar el sueño no MOR (NMOR o NREM). En el sueño NREM distinguimos cuatro fases: fase I, transición vigilia-sueño; fase II, sueño superficial; fases III y IV (sueño delta), sueño profundo o lento.

En 1937, Loomis⁷ describió las cuatro fases que forman el sueño lento (NREM), que constituye entre el 70 y el 80% de la duración total del sueño. Durante el sueño NREM hay un claro predominio del sistema nervioso parasimpático, con una disminución de la frecuencia cardiorrespiratoria, de la tensión arterial y de la temperatura, mientras que se restituye la estructura proteica neuronal y aumenta la secreción de la hormona del crecimiento. Aserinsky⁸ describió, en 1953, el sueño paradójico o sueño REM, que constituye entre el 20 y el 25% de

todo el sueño nocturno y aparece de forma periódica durante el curso del sueño lento. El sueño REM conlleva una abolición del tono muscular, se modifica la secreción neurohormonal y, aunque su duración aumenta con los problemas emocionales y la sobrecarga intelectual, su disminución puede ocasionar problemas psicológicos. La mayor parte del sueño REM está acompañada de ensueños.

El mantenimiento del ciclo sueño-vigilia depende del ritmo circadiano, por lo que existen ciertas estructuras neuronales en la región supraquiasmática que actúan como marcapaso circadiano endógeno, responsable del ritmo cíclico sueño-vigilia y de otras funciones biológicas.

Necesidades del sueño en el niño

El ritmo vigilia-sueño depende de la edad. El recién nacido tiene un sueño prácticamente continuo, con periodos de vigilia de muy corta duración, y sin que haya una diferenciación entre la noche y el día. Hacia el segundo mes de la vida se comienza a establecer el ritmo circadiano. A los tres meses de edad, cuando se organiza el sueño NREM, coincidiendo con el desarrollo de los hemisferios cerebrales, el sueño comienza a decantarse hacia la noche guiado por los estímulos ambientales y familiares.

Entre los tres y los seis meses de edad se definen los husos del sueño, los complejos K toman forma y se comienza a distinguir entre las fases II, III y IV. El sueño total disminuye y el grueso del sueño se agrupa en el periodo nocturno.

A los seis meses de vida, el niño necesita una media de 14 horas de sueño, con dos o tres siestas diarias, pese a que ya presenta un sueño nocturno consolidado, sin interrupción para tomas de biberón o lactancia. Al año de edad, el sueño es polifásico y se compone de dos siestas diurnas y un sueño nocturno. A los 18 meses el niño requiere una media de 11,5 horas nocturnas y dos horas de siesta. A los cinco años, la media de sueño nocturno es de unas 11 horas. En países no mediterráneos, la siesta se abandona entre los tres y los cinco años de edad.

Cuando las horas de sueño son insuficientes, los niños muestran una actitud despierta y captan con gran intensidad los fenómenos que existen a su alrededor. Suelen tener un sueño superficial durante el cual se muestran inquietos, vigilantes y cualquier pequeño ruido los despierta. Suelen ser niños irritables durante el día, con gran dependencia hacia la persona que los cuida⁹.

Método del doctor Estivill

Durante el primer año de vida, el niño aprende varios hábitos. El de comer y el de dormir correctamente son dos de los más importantes. Los niños aprenden a comer correctamente según las normas sociales que les rodean. Los occidentales lo hacen sentados en sillas, apoyando el plato en la mesa y utilizando unos utensilios que denominamos tenedor y cuchara. En Oriente se come sentado en el suelo, con un bol en la mano y utilizando palillos. Ambas conductas están bien y se considerarán hábitos correctos. Con el sueño sucede lo mismo. Los niños pueden aprender a dormir solos, acompañados por los padres, en el sofá, en su cama, en la cama de los padres, etc., pero las "normas" que acompañan al acto de dormir deben ser dictadas por los padres y resultar coherentes con las normas sociales imperantes¹⁰.

La Academia Americana de Medicina del Sueño realizó un metaanálisis para conocer la evidencia de la eficacia de las terapias conductuales como tratamiento del insomnio infantil por hábitos incorrectos. Se seleccionaron 52 estudios, los resultados de los cuales mostraron que los tratamientos más eficaces de este trastorno son la extinción (y la extinción gradual), las rutinas previas al sueño y la educación de los padres/prevención. La extinción gradual consiste en entrar en la habitación a intervalos periódicos cada vez más largos. Este protocolo lo popularizó en EE. UU. el doctor Ferber con su libro de autoayuda en 1985 y, en España, Estivill lo adaptó en su libro *Duérmete, niño*. Este autor manifiesta que es imprescindible que los padres acudan a intervalos regulares al lado del niño para enseñarle a dormir solo. Así disminuimos la angustia del niño y la de los padres. Según

este método, si dormimos a los hijos en brazos, meciéndoles, cantándoles, etc., asociarán el sueño a estos elementos y cuando se despierten por la noche reclamarán lo que les parece que va asociado con su sueño, como la canción, los brazos de los padres o el agua del biberón por la teoría de la asociación de estímulos. Los padres deben abandonar la habitación del niño cuando está todavía despierto y el niño debe conciliar el sueño sin la presencia de los padres. Los niños no deben asociar a sus padres con el inicio del sueño.

Las rutinas o hábitos del sueño son todas aquellas normas que los adultos podemos enseñar a un niño para que configure correctamente el hábito de dormir. Un hábito se configura mediante la repetida asociación de los mismos elementos externos y la actitud que transmiten los padres al enseñar el hábito. Al repetir el mismo tipo de actividad, sin modificaciones, los padres transmiten su seguridad, haciendo que el niño entienda como correcta la conducta que le estamos enseñando.

Esta rutina debe ser un momento agradable que compartan padres e hijo y debe tener una duración entre cinco y diez minutos. Consiste en un intercambio emocional de tranquila información en relación con el grado de comprensión del niño, realizada en un lugar distinto de donde duerme el niño, como cantar una suave melodía, contar una pequeña historia, o bien programar una actividad para el día siguiente. El niño está informado continuamente del tiempo que le queda antes de que inicie su sueño. Posteriormente, se le deja en su habitación, en la cuna o la cama, y se despide de él. Es básico que el niño esté despierto cuando se salga de la habitación. Hay que recordar que el niño aprende a dormir con aquello que los adultos le dan y que, en sus despertares fisiológicos durante la noche, reclamará las circunstancias que él haya asociado con su sueño. Si el niño se duerme solo, volverá a dormirse solo cuando se despierte por la noche, pero si se ha dormido en brazos o bien meciéndolo, volverá a reclamar el estímulo que le ayudó a dormirse.

Si la rutina es correcta, el niño esperará con alegría el momento de irse a la cama y encontrará fácil separarse de los padres cuando se vayan de la habi-

tación. Ver la televisión antes de acostarse, aunque sea juntos, no es una buena actividad, porque no permite el intercambio personal. Leerle un cuento o hacer cualquier otra actividad tranquila es mucho más recomendable. Es bueno que tenga junto a él su peluche, su juguete preferido o su almohada. Se sentirá más acompañado cuando le dejen solo en la habitación y sobre todo descubrirá que permanecen con él cuando se despierte por la noche. Es muy importante la regularidad en la rutina nocturna para preparar al niño para el sueño. Una vez terminada la rutina, los padres abandonan la habitación y deben seguir una tabla de tiempos de espera, que aumenta de forma progresiva, hasta lograr que el niño se duerma solo.

Según Estivill, un niño a partir de los 6-7 meses debe iniciar el sueño solo, sin llanto, y debe tener una duración de al menos 11-12 horas seguidas. Puede utilizar un muñeco de peluche como "amigo acompañante" (objeto transicional), debe dormir en su cuna y con la luz apagada.

Método del doctor González

El sueño es un proceso evolutivo que se adapta a las necesidades de cada etapa de la vida. Cada niño tiene su horario y no hay que compararlo con otros niños, el problema está en las falsas expectativas que se crean los padres y en que normalmente hay una falta de sincronía entre el horario laboral o social de los padres y el horario de sueño del niño¹¹.

González defiende el colecho como la mejor vía para el descanso de toda la familia y, sobre todo, para lograr la autonomía segura del menor cuando le corresponda según su evolución natural. El colecho se define como el acto de dormir en la cama de sus padres hasta que el pequeño deje de necesitarlo por sí mismo. En la actualidad, la mayor parte de sociedades, con excepción de la occidental, practica el colecho de modo generalizado, incluso las que cuentan con un desarrollo tecnológico puntero como Japón.

Las ventajas del colecho son muchas:

- Minimiza el riesgo de síndrome de muerte súbita del lactante (debido a que el bebé sincroni-

za su respiración con la de la madre y le sirve de recordatorio para que continúe respirando en caso de apnea).

- Favorece que la madre siga durmiendo mientras alimenta a su hijo de noche a través de la lactancia materna.
- Favorece la regulación de la temperatura corporal por la noche, ya que los bebés cuando nacen no regulan la temperatura corporal.
- Los niños se sienten acompañados y sus necesidades satisfechas. Las situaciones de estrés pueden alterar los periodos de sueño y los despertares, sin embargo si sus necesidades de apego están satisfechas, el cerebro puede concentrarse en organizarse en nuevos aprendizajes y en regularse y adquirir un ritmo de sueño¹².

Según González, hay que seguir las siguientes recomendaciones para evitar el peligro de aplastamiento:

- Si la cabecera de la cama tiene barrotes: forrarla temporalmente con tela.
- No dormir juntos si el adulto está bajo los efectos del alcohol o ha tomado somníferos, ni tampoco con un adulto extremadamente obeso.
- No usar colchones de agua, ni pieles con pelo (naturales ni sintéticas).
- Tampoco mantas y edredones pesados, al menos durante los primeros seis meses (en invierno, mejor poner la calefacción y una colcha ligera).
- No fumar, ya que el tabaco aumenta mucho el riesgo de muerte súbita del lactante.
- Nunca hay que dormir con un bebé en un sofá. Hay demasiados rincones donde el bebé puede quedar atrapado.

Cuando el pequeño duerme con la madre y se despierta, normalmente se vuelve a dormir, tranquilizado al notar su presencia, y otras veces mama. La madre puede no llegar a despertarse del todo y no recordarlo al día siguiente. Cuando el niño no duerme, pero tampoco llora, no es necesario hacer nada para dormirlo.

Cuando los niños comprenden racionalmente que no hay peligro, que sus padres están en la habitación de al lado y que si los necesita vendrán, son capaces de dormir solos sin llorar. En las familias que practican el colecho, los niños empiezan a dormir solos sobre los tres o cuatro años, aunque se les ha de vender la idea con habilidad alentándolos con frases como: "Ahora que ya eres mayor tendrás una camita para ti...". Generalmente, estos niños piden que les cuenten cuentos y les hagan compañía hasta que se duermen, y lo siguen pidiendo cada noche hasta los siete u ocho años.

El método González requiere para su utilización unas indicaciones menos complicadas que el método Estivill. Para Marina, que siguió las enseñanzas de González, la efectividad del método radica en la naturalidad y flexibilidad de sus actos. Cada progenitor pudo adoptar la forma más cómoda para dormir a su pequeño: el marido lo paseaba en brazos hasta que lo dormía y ella, en cambio, le leía cuentos. El doctor González lo comenta así en su libro (pág. 152): *"No hace falta comer igual cada día y tampoco hace falta una rutina para irse a dormir. Pero, si hiciera falta, ¿por qué no elegir la rutina con que su hijo y usted sean más felices? Dormirse en brazos, con el pecho, con una canción de cuna o en la cama de sus padres también pueden ser rutinas; solo tendría que hacerlo cada día igual"*.

El libro *Bésame mucho* refleja la libertad que cada padre tiene para poder escoger la forma más deseable para dormir a su pequeño. En cambio, en el libro *Duérmete, niño*, el autor nos explica una rutina exacta que ha de seguir toda persona que se ocupe del sueño del pequeño para que este aprenda a dormir solo. Además, una diferencia importante entre estos dos métodos radica en que el doctor Estivill explica cómo facilitar unos hábitos saludables cuando existen problemas de sueño, que en un 98% de los casos son causados por malos hábitos.

Elena nos explica cómo disminuía la efectividad del método Estivill cada vez que se introducían cambios en la rutina de acostar a su hija. Es un método más complicado de utilizar, ya que requiere más esfuerzo por parte de los padres. Cuando nos

explica que la primera noche “solo lloró 45 minutos” y que su marido no era capaz de escuchar su llanto, nos deja ver la dificultad del método, que no solo radica en la correcta ejecución de la rutina explicada por Estivill, sino también en el control de las emociones que surgen cuando unos padres oyen llorar a sus pequeños. El de Estivill es conocido popularmente como el método de “dejar llorar” y realmente no es de extrañar.

En el libro *Duérmete, niño* se explica así la rutina (pág. 80):

“Cómo reeducar el hábito del sueño

1. *Crear un rito alrededor de la acción de acostarse (cantar una canción, explicar un cuento).*
2. *No se crea esta situación para que el niño se duerma, sino solo para que la asocie con un momento agradable antes de iniciar el sueño solo.*
3. *Los papás deben salir de la habitación antes de que el niño se duerma.*
4. *Si el niño llora, los padres deben entrar con pequeños intervalos de tiempo para darle confianza, sin hacer nada para que se duerma o calle, hasta que el niño concilie el sueño solo.”*

Se ha de dejar llorar siempre siguiendo unas pautas horarias: el primer día entrar a la habitación cuando pase un minuto, después a los tres minutos, a continuación a los cinco minutos, y así cada cinco minutos hasta que el pequeño se duerma... Elena, como madre, sentía que debía actuar ante la dificultad de conciliar el sueño de su hija. Escogió el método Estivill y cuando explica su vivencia se siente feliz, ya que al cuarto día su pequeña concilió el sueño con facilidad. Esa familia consiguió descansar y, lo que es más importante, una estabilidad para garantizar la salud física y psicológica de su hija.

En las entrevistas realizadas se puede comprobar que ambas familias están satisfechas con los métodos utilizados. Sin lugar a dudas, esto se debe a que sus pequeños pudieron descansar y actualmente gozan de un buen estado de salud.

Cada situación es diferente, ya que no existen dos personas iguales. Cada familia vive un contexto sociocultural único donde actuar acorde con sus pensamientos y que permite encontrar la vía más efectiva para la seguridad de sus semejantes. La crianza de los hijos puede variar mucho dentro mismo de una sola familia, y no se puede generalizar sobre la mejor forma de actuar. Cuando se trata del primer hijo, los padres sufren un nivel de estrés más elevado. Adquirir buenos hábitos para irse a dormir permite que las familias descansen y sus pequeños crezcan sanos.

Los padres siempre quieren lo mejor para sus hijos y lo importante no es discutir qué indicaciones son mejores si las de un autor o las de otro. Hablar con las familias y ver qué actividades realizan antes de irse a dormir nos da mucha información sobre los recursos de que disponen para dormir a sus pequeños.

Como profesional de la salud, ante cualquier petición de información sobre la adquisición de buenos hábitos para dormir, ha de mostrar en qué consiste cada metodología y planificar según sus necesidades los cambios que se deban introducir para conseguir descanso familiar durante las noches. Dormir por las noches forma parte del bienestar familiar tanto para los padres como para los hijos. Las familias tienen libertad para escoger, solo que, a veces, pueden necesitar una guía que propicie o redirija la adquisición de buenos hábitos.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no presentar conflictos de intereses en relación con la preparación y publicación de este artículo.

ABREVIATURAS

MOR: movimientos oculares rápidos • **NMOR:** no movimientos oculares rápidos • **NREM:** non-rapid eye movements • **REM:** rapid eye movements.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sociedad Española de Psiquiatría Infantil. Trastornos del sueño. Protocolos diagnóstico-terapéuticos de la Asociación Española de Pediatría. Madrid: AEP ed.; 2008 [en línea] [consultado el 03/11/2013]. Disponible en www.aeped.es/sites/default/files/documentos/trastornos_del_sueno.pdf
2. Convertini G, Posadas A. El sueño en la infancia: su implicancia en el desarrollo. Córdoba: 34.º Congreso Argentino de Pediatría; 2006 [en línea] [consultado el 03/11/2013]. Disponible en http://www3.sap.org.ar/congresos/staticfiles/actividades/congresos/congre2006/conarpe34/material/dues_convertini.pdf
3. Ruiz Olabuénaga JI. Metodología de la Investigación cualitativa, 5.ª ed. Bilbao: Deusto; 2012.
4. Márquez Pérez E. Diseño emergente en la investigación cualitativa. Reflexiones sobre el diseño emergente en la formación y actualización en investigación cualitativa [en línea] [consultado el 03/11/2013]. Disponible en <http://investigacionubv.wordpress.com/2012/03/17/disenio-emergente-en-la-investigacion-cualitativa/>
5. Icart Isern MT, Fuentelsaz Gallego C, Pulpón Segura AM. Elaboración y presentación de un proyecto de investigación y una tesina. Barcelona: Universitat de Barcelona; 2006.
6. Bauzano-Poley E. El insomnio en la infancia. Rev Neurol. 2003;36(4):381-90.
7. González Carmona F. Depresión y sueño: Un imbricado binomio. En: Psiquiatria.com [en línea] [consultado el 03/11/2013]. Disponible en <http://hdl.handle.net/10401/1700>
8. García Alcolea E. ¿Por qué ocurren movimientos oculares rápidos durante el sueño? Facultad Cubana de Oftalmología [en línea] [consultado el 03/11/2013]. Disponible en http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol13_4_09/san16409.htm
9. Estivill E, Segarra F. El insomnio infantil por hábitos incorrectos. Clínica del Sueño Estivill, USP Instituto Universitario Dexeus y Hospital General de Cataluña [en línea] [consultado el 03/11/2013]. Disponible en <http://amapamu.org/actividades/charlas2006/segarra.pdf>
10. Estivill E, de Béjar S. Duérmete, niño. 19.ª ed. Barcelona: Plaza & Janés, S.A.; 2009.
11. Jové R. Dormir sin lágrimas, 2.ª ed. Madrid: Rosa María Jové Montanyola y La Esfera de los Libros, S.L.; 2006.
12. González C. Bésame mucho, 6.ª ed. Madrid: Carlos González y Ediciones Temas de Hoy, S.A.; 2004.



Original paper

To learn how to sleep

A. M. Montserrat Gala^a, M. A. Fortes del Valle^b

^aBA in Nursing student. Universitat Rovira i Virgili. Tarragona. Spain

^bAssociate professor. Department of Nursing, Universitat Rovira i Virgili. Tarragona. Spain.

Published in Internet:
8/November/2013

Ana M.ª Montserrat Gala:
anam.montserrat@estudiants.urv.cat

Abstract

Introduction: learning how to sleep in the first years, play an important role in the child's development. As healthcare professionals, we should try to provide parents with an appropriate guidance on child's healthy sleeping habits. The analysis of each case requires a solution adapted to each family for the night's rest. Nowadays, there are different methods in order to get good sleeping habits in the early years. For instance, Eduard Estivill, through his book *Duérmete, niño* and Carlos González in *Bésame mucho*. They have exposed two different styles of how to create correct child sleeping habits.

Materials and methods: this work is a qualitative research through the study of these methodologies and two families' evidences. We want to explore the benefits and difficulties of these two methods on the acquisition of sleeping well in children.

Results: the knowledge of both methods provides us with the opportunity to solve any situation related to sleeping habits in the early years. Moreover, the two families' interviews prove that both methods work successfully. To sum up, the most important issue is not the method.

Conclusions: the most important thing is being conscious that there are different stages that parents have to go through while teaching their children how to sleep well, and these stages could imply risky situations in parents and children health. Especially when it's their first child, with whom any situation is a challenge for the parents.

Keywords:

- Sleep
- Co-sleeping
- Routine
- Habits
- Rest

Aprender a dormir

Resumen

Introducción: aprender a dormir en la infancia tiene repercusiones relevantes en el desarrollo integral del niño. Como profesionales sanitarios, debemos ser capaces de proporcionar las directrices adecuadas para la adquisición de hábitos saludables en la necesidad de dormir de los más pequeños. El análisis de cada caso requiere una solución adaptada a cada familia para lograr el descanso nocturno. En nuestra sociedad actual, se utilizan diferentes métodos para la adquisición de buenos hábitos para dormir de forma saludable desde los primeros años de vida. Eduard Estivill, a través de su libro *Duérmete, niño*, y Carlos González, con *Bésame mucho*, han expuesto dos estilos diferentes sobre cómo crear correctos hábitos del sueño infantil.

Material y métodos: en este trabajo se realiza una investigación cualitativa a través del estudio de dichas metodologías y del testimonio de dos familias. Se quiere profundizar en los beneficios y dificultades que han aportado ambos métodos en el aprendizaje del dormir de los más pequeños.

Resultados: el conocimiento de ambos métodos nos enriquece, ya que incrementa las herramientas disponibles para solventar cualquier situación relacionada con los hábitos del sueño. Después de analizar las dos entrevistas, se comprueba que las dos metodologías fueron llevadas a término con éxito, al conseguir dormir a los pequeños.

Conclusiones: lo más importante no es el método utilizado, sino que los padres, ante la dificultad de enseñar a dormir a sus hijos, pasan por diferentes etapas en las que tanto su salud como la de sus niños pueden estar en situación de riesgo, sobre todo cuando se trata del primer hijo y cada situación es un nuevo reto.

Palabras clave:

- Sueño
- Colecho
- Rutina
- Hábitos
- Descanso

How to quote this article: Montserrat Gala AM, Fortes del Valle MA. Learn to sleep. Rev Pediatr Aten Primaria. 2013;15:306e145-e155.

INTRODUCTION

Sleep disorders are very frequent in children nowadays, and 25 to 84% of them tend to appear in early childhood in a period that can last up to three years of age¹.

All sorts of concerns and doubts are addressed in visits with paediatric nurses, with concerns in regards to sleeping being quite significant. Finding the right approach to manage the need to sleep is a challenging task for parents, and it can lead to very high levels of anxiety and worry in some families. When it comes to a firstborn, healthcare professionals become, more than ever, a reference point that may provide guidelines for the development of healthy habits. When families develop them spontaneously, we do not need to intervene.

In most cases, the advice that families seek has more to do with directions and guidelines for establishing habits than with an actual disorder. The recommendations vary depending on the family and its cultural background. Thus, as healthcare professionals, having different possible perspectives and solutions can help us understand the psychosocial context of the child and the different solutions that can be offered.

The importance of sleeping well is rooted in healthy child development, as physiological changes take place during the night. Sleep leads to activities that are very important for the physical and psychological balance of the individual; hormonal, biochemical, and metabolic changes take place that are essential for functioning well the following day. There are important functional changes at the psychological level too, such as restoring mental functions, learning, and the consolidation of long-term memory, information reprocessing, the unlearning of useless material, and brain maturation and restoration².

Objectives

- **General:** deepen our theoretical and practical knowledge of strategies to assist in the acquisition of healthy sleep habits in the early years of life.

Specific:

- Study in detail the sleep habits proposed by paediatrician Carlos González in his work *Bésame mucho*.
- Study in detail the sleep-training methods based on cognitive-behavioural therapy proposed by paediatrician Eduard Estivill in his book *Duérmete, niño*.
- Identifying the benefits and challenges experienced by families in applying each of these specific methods.

MATERIALS AND METHODS

We performed a qualitative study, as we explored in detail the experience of two families who have applied the different methods mentioned above. We wanted to get a detailed account of everything that these families had experienced from an anthropological point of view. We have explained each case and reflected the particular experiences of each family and taking into account the method they chose to establish healthy sleep habits in their children³.

Our research design was done according to a series of decisions regarding the methods, techniques and procedures to be used for selecting the participants, collecting the data, and adopting the most fitting analytical approach.

Different criteria are used to categorise designs; in the health sciences, the most important criteria are epidemiological criteria, amount of manipulation (observational and experimental), their development in time (cross-sectional and longitudinal) and their purpose (descriptive and analytical).

Our study involved:

- Observational research, since a significant part of the information was obtained from observing the families.
- Cross-sectional research, as we observed and analysed each fact that had to do with the sleeping needs of the children. We did not follow up on the observed facts, so this design cannot establish causality.

- Descriptive research, as we give a detailed account of the characteristics of the epidemiological phenomena in terms of people, place, and time. Descriptive studies help us learn about the current social and healthcare challenges and needs.

Population and sample

We performed interviews with families, which we will henceforth refer to as “sources”. The number of sources was two people or families (with one member representing both parents).

The selection criteria for sources were: a) age of mother ranging from 20 to 45 years; b) birth of the child in the last five years; c) use of at least one of the two methods (Doctor Estivill or Doctor González); d) first-time parents; e) family formed by a couple and their child; f) child with a minimum age of 18 months; g) absence of severe disease, surgery, and hospitalisation in the child; and h) family registered in the census and residing in Tarragona.

We used an emergent research design, as we made changes in the course of our study to adapt to unexpected needs as they arose with the perspective that each studied family was a distinct social reality⁴.

Data collection techniques

The data collection techniques encompass the set of procedures, resources, and tools used to gather data; in our research we used participant observation and in-depth semi-structured interviews.

The in-depth interview⁵ is a dynamic interaction process where two people communicate, the interviewer and the interviewee, and which is controlled by the former. By means of interviews with specific questions (semi-structured interviews) we analysed the experiences and phenomena that led these individuals to follow one method or the other. We took into account both verbal and non-verbal information, and established a two-way asymmetrical communication process (where one person makes the questions and the other one answers).

Thus, the interview was structured in that there was a list of subjects to be addressed in the course of the meeting, while it was possible to adapt the phrasing and order of the questions to the answers given by the interviewee. The key was to ensure that the essential points were discussed in a relaxed atmosphere.

Another characteristic we should mention is that the interviews were individual, which allowed us to communicate and understand deeply experiences associated to a problem or situation. The interviews were conducted at the home of each source. We needed a quiet and private place, as we were going to ask confidential questions about their personal lives. The ultimate purpose was to get information that would give us as clear as possible a picture of how their children had learned to sleep in the early years of life. Both interviews were recorded and then transcribed so we could analyse them meticulously to better compare the different sources. Being able to compare them was very important, since it allowed us to explore how each family felt throughout the process. The minimum length of the interview was two hours per person, in order to make the most of the information obtained in each interview.

With these interviews we hoped to learn how they had established their children’s sleep habits. Key issues were who had given them advice, which books, articles, or sources of information they had read, and which expectations and experiences resulted from it. Which recommendations they would give to future parents, and which is the support they consider most fitting. We wanted to know how the family evolved in the process of child sleep training, and which significant aspects of their night-time lives they would identify as having changed.

We needed to get consent from all the interviewed individuals, so they signed an informed consent form that specified the reasons for the interview and for the research we were carrying out. We did not need approval from a bioethics board, as the interviews were not done in the context of providing healthcare services.

RESULTS

We did two interviews for this study. In one, we interviewed a family that followed the guidelines of Doctor Estivill, as described in his work *Duérmete, niño*, and a family that followed the recommendations of Doctor González, which he expresses in his book *Bésame mucho*. The person who described her experience with the Estivill method was Elena, and Marina told us about the González method. They are both first-time mothers of children born in Tarragona at full term and with no health problems. Several factors stood out upon analysing the interviews. In Elena's case, she was aware from the beginning that her daughter had a sleep disturbance, as she had trouble falling asleep. Marina, however, did not report any difficulties, but during the interview we found out that she had made an appointment with Doctor Rosa Jové, who is a fervent advocate of the recommendations of Doctor González. Regardless of the method chosen by the family, once the recommendations of each author had been implemented both children managed to fall asleep and sleep through the night, and have been in excellent health.

As for the implementation of each method by each family, there was a different level of difficulty in obtaining the same results in the children's nighttime sleep. In Elena's case, various difficulties arose when members of the family other than her had to take care of her daughter's bedtime, be it the father, or at times the grandfather.

Elena's father is Russian and comes for one- or two-month long stays in her house. During his last visit, he started introducing changes and as a result the girl did not continue to rest as regularly as she had been. In her interview, Elena commented: *"When my father came to help me in December, he started introducing his own changes, he started to pick her in his arms, and the girl started sleeping poorly. When the girl woke up he gave her her favourite toys or some water, and I had to tell him not to do that, that he had to ignore her, because otherwise she would establish an association and need it*

again. Children wake up several times and if she is expecting another stimulus each time she has to fall back asleep, she cannot do it. He started to ignore her and now she's sleeping fine".

Elena also spoke of her husband and told us how introducing small variations made the method be less efficient on the girl. When she was working, her husband put the girl to sleep, but he had a hard time leaving as quickly as the method demands. She explained this in the interview: *"When I worked nights and my husband put her to bed, at first he felt sorry for her when he lay her in the crib and left, and he would stay a little longer, and when I took my turns and set her down to sleep in the afternoon I noticed that it was becoming increasingly hard for her to fall asleep. Then I started to look into things and I realised we were no longer applying the method correctly. I think one needs to adhere to the method just as the book specifies (Duérmete, niño); she needs to be left there and learn to sleep, to fall asleep, on her own"*.

These two accounts show how in this case it was key for everyone to adhere to the same guidelines if the goal was to be achieved. The goal was none other than to get the girl to fall asleep by herself so that when she woke up at night she would be able to fall back asleep on her own. When her daughter woke up, she would need to have all the stimuli she had had to fall asleep the first time around.

In Marina's case, she and her partner always took care of the child's bedtime. They had practised co-sleeping from the time the child was three or four months of age after receiving advice during a visit to Doctor Rosa Jové. In the beginning, they were putting the baby in a crib by the bed. At the time of the interview they had a set schedule, as every day they put the child in the parent's bed at 10 pm. Once he had fallen asleep, the parents spent some time in the dining room and then went back to bed. These parents could use different routines to get the child to fall asleep in the bed. When bedtime came Marina took her son to bed, where she preferred to read him stories. On the other hand, the father preferred walking him in his arms until he fell asleep, after which he lay him in the bed.

This is how Marina explained it when we asked her about her son's bedtime during the interview: *"We put him to sleep directly in our bed, and later on we go to bed ourselves. What I do is bring a couple of storybooks, we read them in bed and I stay with him until he falls asleep. His father walks him around in his arms because he says this way he falls asleep faster. Each of us does it our own way"*.

In this case, what matters is that either parent keeps the child company as he falls asleep, and that the child identifies the bed he shares with his parents as the place where he sleeps. This course of action makes the child feel relaxed and fall asleep easily. This method does not put much emphasis on following the guidelines strictly, as is the case with Elena; what matters here is to keep the child company at the time he is having difficulties (the time to fall asleep). Each parent can pick the way they feel is most suitable to get their child to sleep. As Marina commented during the interview, she had tried with poor results: *"At first we did not want to put him in our bed because everyone keeps telling you not to do it because they will get used to it. At first, for like 3-4 months, we had him sleeping in the crib by the bed. It was a pain because he woke up all the time, you had to get up and pick him up, and then he would not let you put him back down, you'd be walking all over the house, until eventually I took him to bed and it was the easiest way"*.

Marina says she can identify a before and after in her son's sleep. When they started co-sleeping bedtime became much easier.

Elena, too, noticed progress in sleep once they started using the Estivill method. She sought help, as it was a frustrating time of day in her family life. She did not know what else to try to get her daughter to fall asleep. She explained that she had learned about the method from a girlfriend, and that she subsequently read the book.

In the interview, Elena explained how there was a noticeable difference before and after applying the strategies of this method: *"Before, we used to do all sorts of things: we watched television until 2 am, we rocked her, we walked her to the end of the street*

as she cried away, we walked her up and down the hallway at home... because each time she woke up she'd cry and cry and we would not know what to do, we felt desperate... We applied this method for three days, and on day four she started falling asleep just fine (on her own)... In our case, she cried for 45 minutes on the first day".

Elena's account shows how after three days her daughter started falling asleep on her own and quickly. After a year of crying and rocky nights for the entire family, there was calm. She told us how in practise she had to let her girl cry for 45 minutes on the first day. This is why the Estivill method is commonly referred to as the "cry it out" method. She speaks of its efficacy, as on the fourth night her daughter was able to fall asleep on her own and sleep through the night. Following the same routine every night and sticking to schedules for going into the room were the keys to success. It was a real challenge for her and for her husband, who could not bear hearing his daughter cry. Elena told us what she had to do with her husband the day she started using the method: *"My husband had to go walk the dog and when he came home he locked himself up in his room (to avoid hearing his daughter) and I was in charge of going in at the set times, speaking to her softly, soothing her without touching her, and then leaving the room again"*.

Both methods, the one used by Marina as well as the one used by Elena, were effective, as upon implementing them they succeeded in getting their children to fall asleep and to be calm and not cry when they woke up at night, unlike before. What we think needs highlighting is that each method poses different challenges to the parents. A challenge that is manifested both in the skills that the parents need to develop and in the feelings they come to experience. The Estivill method requires adherence to a strict routine and showed results, in this case, by the fourth night, while the method of Doctor González was flexible in that each family member could follow a different routine, in addition to being efficacious from day one.

The families are satisfied with the evolution of their respective children following implementa-

tion of the different methods. This study observed a positive evolution of basic needs following implementation of these methods. Poor sleep did not only affect the family's wellbeing, but the child's also, and this is how both mothers perceived it:

Marina remarked: *"Before, when he napped in the crib, he might sleep for a half hour and then wake up, and then he was more tired and cranky. Now that he sleeps in bed with me, he is better rested and feels better"*.

And Elena told us: *"We had changed the daily pattern because if she went to sleep at two in the morning she would not wake up until eleven, and you did not know what to do about breakfast, lunch, snack time..."*

Poor sleep habits had an impact on mood and all other basic needs; in Elena's case, one as important as nutrition.

DISCUSSION

Theoretical framework

Understanding the sleep needs of children involves knowledge of sleep physiology and the sleep-wake cycle. Sleep can be defined as a resting period for the body and the mind in which there is an interruption or inhibition of consciousness and most bodily functions. Sleep is a complex physiological function that requires full brain integration, and during which all physiological processes change⁶.

Why is there a sleep-wake cycle?

The state of wakefulness is interrupted cyclically by sleep. Wakefulness is maintained by the action of the ascending reticular activating substance, and sleep is activated by means of brain structures that act in two ways: on one hand, the inhibition of the ascending reticular activating system, and on the other, the stimulation of the sleep-producing structures, which are located in the brainstem, in the thalamus, the anterior hypothalamus, and the optic area.

The different stages of sleep are regulated in two areas: a) in the brainstem, in which rapid eye movement (REM) sleep originates, and b) the diencephalon, which generates non-rapid eye movement (NREM). There are four stages in NREM sleep: stage I, wake-sleep transition; stage II, superficial sleep; stages III and IV (delta sleep), deep or slow sleep.

In 1937, Loomis⁷ described the four stages in slow sleep (NREM), which amounts to 70 to 80% of the total duration of sleep. During NREM sleep there is a clear prevalence of parasympathetic nervous system activity, as the heart rate and breathing slow down, blood pressure and temperature decrease, while the brain cell protein structure is restored and secretion of growth hormone increases. In 1953 Aserinsky⁸ described paradoxical sleep or REM sleep, which accounts for 20 to 25% of all night-time sleep and appears periodically in the course of slow sleep. REM sleep entails an abolition of muscle tone and changes in neurohormonal secretions, and while its duration increases with emotional problems and intellectual overload, a decreased amount of it may cause psychological problems. There is dreaming during most of REM sleep.

The maintenance of the sleep-wake cycle depends on the circadian rhythm, so there are certain neuronal structures in the suprachiasmatic region that function as an endogenous pacemaker for the circadian rhythm, responsible for the cyclical sleep-wake rhythm and other biological functions.

The sleep needs of children

The sleep-wake cycle depends on age. The newborn is sleeping all but continuously, with very short periods of wakefulness, and with no distinction between night and day. Toward the second month of life, the circadian rhythm starts to get established. At three months, when the NREM sleep is structured in consonance with the development of the cerebral hemispheres, sleep starts veering towards night-time guided by environmental and family stimuli.

Between three and six months of age sleep spindles and K-complexes appear, and stages II, III, and IV become distinct. The total amount of sleep decreases and the bulk of it takes place at night.

At six months of life, children need 14 hours of sleep on average, with two or three naps daily, despite having established a night-time sleeping habit that is not broken to nurse or drink formula. At 18 months, children require 11.5 hours of night-time sleep and two hours of napping on average. By five years, the average duration of night-time sleep is about 11 hours. In non-Mediterranean countries, the siesta (afternoon nap) is dropped between three and five years of age.

When children do not get enough hours of sleep, they show an alert attitude and experience the phenomena around them very intensely. They tend to have a shallow sleep during which they appear restless and vigilant, and the faintest noise wakes them up. They tend to be irritable during the day and to be heavily dependent on their caregiver⁹.

Doctor Estivill's method

In the first year of life, the child learns several habits. Eating and sleeping habits are among the most important ones. Children learn to eat correctly according to the social norms of their environment. Western children eat seated on chairs, resting the plate on the table, and using utensils known as fork and spoon. In the East they eat sitting on the floor, holding bowls in the hands, and using chopsticks. Either behaviour is fine and is considered an appropriate habit. The same thing applies to sleep. Children can learn to sleep alone, accompanied by their parents, on the couch, in their own bed, in the parents' bed, and so forth, but the "norms" that surround the act of sleeping should be dictated by the parents and be consistent with the prevailing social norms¹⁰.

The American Academy of Sleep Medicine performed a meta-analysis to review the evidence on the efficacy of behavioural therapies in the treatment of childhood insomnia due to poor habits. They selected 52 studies, the results of which

showed that the most efficacious treatments for this disorder are extinction (and graduated extinction), bedtime routines, and preventive parent education. Graduated extinction consists in entering the room at periodic intervals that get increasingly longer. This was popularised in the United States by Dr. Ferber with his 1985 self-help book, and adapted in Spain by Doctor Estivill in his book *Duérmete, niño*. This author argues that it is essential that the parents come to the child at regular intervals to teach him how to sleep alone. This lowers the anxiety of the child and of the parents. According to this approach, if children are put to sleep by holding them, rocking them, singing to them, etc... they will associate sleeping to these elements and when they wake up at night they will demand what they believe is associated to sleep, such as a song, the parents' arms, or the bottle of water, based on the stimulus-response theory. The parents must leave the room where the child is while he is still awake, and the child must fall asleep in the absence of the parents. Children should not associate their parents with the onset of sleep.

Sleep routines or habits are all those norms that adults can teach a child to help him form the sleep habit correctly. A habit is formed through the repeated association of the same external elements and the attitude conveyed by the parents when they are teaching the habit. By repeating the same type of activity, without any changes, the parents convey their confidence, so the child perceives the behaviour he is being taught is the right one.

This routine should be a pleasant time shared by parents and child and should last between five and ten minutes. It consists of a soothing, affectionate exchange of information based on the child's degree of understanding, done in a place other than where the child sleeps, such as singing a soft melody, telling a short story, or else planning an activity for the following day. The child is continuously informed of the time that is left before it is time to sleep. Later on, the child is left in his room, in the crib or bed, and the parents bid him farewell. It is essential that the child be awake when the par-

ents leave the room. We must keep in mind that the child learns to fall asleep with whatever the adults give him, and that when he awakes at night he will demand those circumstances he has come to associate with falling asleep. If the child falls asleep on his own, he will fall back asleep on his own when he wakes up at night, but if he has fallen asleep in someone's arms or being rocked, he will demand the same stimulus that had helped him fall asleep.

If the routine is set up right, the child will look forward to his bedtime and will find it easy to part with the parents when they leave the room. Watching television before bed, even together, is not a suitable activity, because it allows for no interpersonal exchanges. Reading the child a story or doing any other soothing activity is much more advisable. Keeping a favourite plush toy, or a pillow is good for the child. It will make him feel more accompanied once he is left alone in the room and, more importantly, he will realise that they stay with him when he wakes up during the night. It is very important that the child's bedtime routine is followed consistently. When the routine is over, the parents leave the room and have to adhere to a schedule of waiting periods, which increase in length progressively, until the child manages to fall asleep alone.

According to Doctor Estivill, starting at 6-7 months of age a child should fall asleep on his own, without crying, and for an uninterrupted stretch of 11-12 hours. He may use a plush toy as an "accompanying friend" (transitional object), must sleep in his own crib, and the lights need to be turned off.

Doctor González's method

Sleep is a developmental process that adjusts to the needs of each stage of life. Each child has a schedule of his own and must not be compared to other children. The problem lies in the unfounded expectations the parents develop, where there is usually a mismatch between the work or social schedule of the parents, and the sleeping patterns of the child¹¹.

Doctor González advocates for co-sleeping as the best way to get rest for the whole family, and above all to help the child develop his autonomy when he is developmentally ready for it in a natural way. Co-sleeping is defined as the act of sleeping in the parental bed until the child stops needing it of his own accord. At present, co-sleeping is a widespread arrangement in most societies with the exception of Western ones, including technologically advanced societies like Japan.

There are many advantages to co-sleeping:

- It minimises the risk of sudden infant death syndrome (since the child's breathing becomes synchronised with the mother's, which serves the child as a reminder to keep breathing in cases of apnoea).
- It helps the mother remain asleep while she breastfeeds her child at night.
- It facilitates temperature regulation at night, as newborns cannot regulate their bodily temperature.
- Children feel accompanied and that their needs are being met. Stressful situations can affect falling asleep and waking up times, but if their attachment needs are met the brain can focus on structuring itself according to newly learned things and developing regular sleep patterns¹².

According to Doctor González, parents should abide by the following guidelines to avoid crushing the child:

- If the headboard has bars, it should be temporarily upholstered with fabric.
- Do not co-sleep if the adult is under the influence of alcohol or has taken sleeping aids, or if the adult is too obese.
- Do not use water mattresses nor furs (either natural or synthetic).
- Do not use heavy blankets and bedspreads, at least in the first six months (in the winter it is preferable to turn on the heat and use a light blanket).

- Do not smoke, as smoke greatly increases the risk of sudden infant death syndrome.
- One should never sleep with a baby in a sofa. There are too many cracks or corners where the baby could get trapped.

When the child wakes up while sleeping with the mother, he usually falls back asleep, soothed by her presence, and other times he breastfeeds. The mother may not wake up fully, and perhaps will not remember it the next day. When the child is awake but is not crying, we do not need to do anything to get him to fall asleep.

When children understand rationally that there is no danger, that their parents are in the room next door and will come if they need them, they are capable of falling asleep without crying. In families that practise co-sleeping, children start falling asleep by themselves at about three or four years of age, although they need to be coaxed to do it with some skill, encouraging them with sentences such as: "Now that you are big you will have a bed of your own...". Usually these kids ask to be told a story and be kept company until they fall asleep, and they continue to request it nightly until seven or eight years of age.

The González method requires the application of easier guidelines than those found in the Estivill method. For Marina, who followed the guidelines of Doctor González, the efficacy of the method is rooted in the spontaneity and flexibility of its actions. Each parent was able to adopt the most comfortable way for them to put the child to sleep: the husband walked him in his arms until the child fell asleep, while she would read stories to him. Doctor González expresses this in his book (p. 152): "Our meals do not have to be the same every day, and neither do we need a routine to go to sleep. But if one were necessary, why not choose one that makes you and your child happier? Falling asleep in someone's arms, at the breast, with a lullaby, or in the parents' bed can also be routines, they would just need to be done the same way every day".

The book *Bésame mucho* reflects the freedom that parents have to choose their preferred way to help

their child sleep. In contrast, the author of the book *Duérmete, niño* describes a precise routine that must be followed by whoever is in charge of the child's bedtime in order for the latter to learn how to fall asleep alone. Another important difference between these two methods is that Doctor Estivill explains how to develop healthy habits when there are sleep disturbances, which are caused by poor sleep habits in 98% of cases.

Elena told us how the efficacy of the Estivill method decreased whenever there were changes in the bedtime routine of her daughter. This method is harder to implement, as it requires more effort from the parents. When she explains that the girl "only cried for 45 minutes" the first night and that her husband could not bear to hear her cry, she lets us see the challenges involved in this method, which are not limited to the correct execution of the routine set by Doctor Estivill, but also require managing the emotions that arise when parents hear their children cry. The method by Doctor Estivill is popularly known as "the cry it out" method, and there is a reason for it.

In the book *Duérmete, niño* he explains the routine as follows (p. 80):

"How to re-train the sleep habit

1. *Create a ritual around the act of going to bed (singing a song, telling a story).*
2. *This situation is not created to have the child fall asleep, but for the child to start associating it with having a pleasant time before going to sleep alone.*
3. *The parents must leave the room before the child falls asleep.*
4. *If the child cries, the parents must come in at short time intervals to reassure the child, doing nothing to get the child to fall asleep or be quiet, until the child falls asleep on his or her own."*

Time guidelines need to be followed at all times when the child is left to cry it out: the first day parents must enter the room after one minute, then after three minutes, then after five minutes, and then every five minutes until the child falls asleep ... As a mother, Elena felt compelled to act in re-

sponse to her daughter's difficulty in falling asleep. She chose the Estivill method, and feels happy when she recounts her experience, because on the fourth day her girl was able to fall asleep easily. That family was able to get rest, and what is more important, gained the necessary stability to guarantee the physical and psychological health of their daughter.

In the interviews we made we saw that both families were satisfied with the methods they used. This is certainly because their children have been able to rest and are currently in good health.

Every situation is different, as no two people are alike. Each family lives in a socio-cultural context all its own in which they have to operate based on their own views and which helps find the most effective path to the safety of those around them. Child rearing can vary widely within a single family, and it is not possible to make a generalisation about the best course of action. When it comes to a first child, the parents endure higher levels of stress. The acquisition of good sleep habits allows the family to rest and the children to grow up healthy.

Parents always want the best for their children and determining whether one author's approach is

better than the other's is not what matters here. Talking to families and figuring out what activities they engage in prior to bedtime gives us information about the resources available to them to help their children sleep.

As healthcare professionals, when we are asked for information on the acquisition of good sleep habits we have to explain what each method consists of and plan the changes needed to achieve a good night's rest for the family taking into account their particular needs. Night-time sleep is part of the family's wellbeing for parents and children alike. Families are free to make their own choices, but at times they may need guidance to facilitate or redirect the acquisition of good habits.

CONFLICT OF INTERESTS

The authors declare having no conflict of interests in relation to the preparation and publication of this paper.

ACRONYMS

• **NREM**: non-rapid eye movements • **REM**: rapid eye movements.

BIBLIOGRAPHY

1. Sociedad Española de Psiquiatría Infantil. Trastornos del sueño. Protocolos diagnóstico-terapéuticos de la Asociación Española de Pediatría. Madrid: AEP ed.; 2008 [on line] [consulted on 03/11/2013]. Available in www.aeped.es/sites/default/files/documentos/trastornos_del_sueno.pdf
2. Convertini G, Posadas A. El sueño en la infancia: su implicancia en el desarrollo. Córdoba: 34.º Congreso Argentino de Pediatría; 2006 [on line] [consulted on 03/11/2013]. Available in http://www3.sap.org.ar/congresos/staticfiles/actividades/congresos/congre2006/conarpe34/material/du_e_convertini.pdf
3. Ruiz Olabuénaga JI. Metodología de la Investigación cualitativa, 5.ª ed. Bilbao: Deusto; 2012.
4. Márquez Pérez E. Diseño emergente en la investigación cualitativa. Reflexiones sobre el diseño emergente en la formación y actualización en investigación cualitativa [on line] [consulted on 03/11/2013]. Available in <http://investigacionubv.wordpress.com/2012/03/17/disenoe-emergente-en-la-investigacion-cualitativa/>
5. Icart Isern MT, Fuentelsaz Gallego C, Pulpón Segura AM. Elaboración y presentación de un proyecto de investigación y una tesina. Barcelona: Universitat de Barcelona; 2006.
6. Bauzano-Poley E. El insomnio en la infancia. *Rev Neurol.* 2003;36(4):381-90.

7. González Carmona F. Depresión y sueño: Un imbricado binomio. En: *Psiquiatría.com* [on line] [consulted on 03/11/2013]. Available in: <http://hdl.handle.net/10401/1700>
8. García Alcolea E. ¿Por qué ocurren movimientos oculares rápidos durante el sueño? Facultad Cubana de Oftalmología [on line] [consulted on 03/11/2013]. Available in: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol13_4_09/san16409.htm
9. Estivill E, Segarra F. El insomnio infantil por hábitos incorrectos. Clínica del Sueño Estivill, USP Instituto Universitario Dexeus y Hospital General de Cataluña [on line] [consulted on 03/11/2013]. Available in: <http://amapamu.org/actividades/charlas2006/segarra.pdf> (consultado: 03/nov/2013).
10. Estivill E, de Béjar S. *Duérmete, niño*. 19.ª ed. Barcelona: Plaza & Janés, S.A.; 2009.
11. Jové R. *Dormir sin lágrimas*, 2.ª ed. Madrid: Rosa María Jové Montanyola y La Esfera de los Libros, S.L.; 2006.
12. González C. *Bésame mucho*, 6.ª ed. Madrid: Carlos González y Ediciones Temas de Hoy, S.A.; 2004.