

¿Podemos modificar los hábitos de sueño de nuestros niños?

MJ. Hernández Delgado*, C. García Rebollar*, MJ. Manuel Enguidanos*,
M I. Juberías Catalán*, N. García Alonso** y B. Ortiz Ortega**

*Pediatra EAP "El Espinillo". Madrid.

**Enfermera EAP "El Espinillo". Madrid.

Resumen

Objetivos: Conocer los hábitos de sueño de los niños y conocer la satisfacción de los padres respecto a esos hábitos. Comparar este grupo con un grupo anterior y finalmente ver qué hábitos de sueño se asocian con la satisfacción de los padres.

Métodos: Encuesta a padres de niños de 4 a 15 meses de edad que acuden a nuestro Centro dentro del Programa de Salud Infantil antes y después de realizar consejos de salud sobre prevención de problemas del sueño.

Resultados: Las muestras fueron homogéneas en edad, sexo y situación en la fratría. No hubo diferencia significativa en la prevalencia de problemas de sueño (43,7% previo, 42,1% posterior). La satisfacción de los padres se asoció con la capacidad del niño para dormirse solo, en menos de 15 minutos y con que no se despierte o lo haga dos o menos veces en la noche.

Conclusiones: Se concluye que es necesario proporcionar a los padres, desde la Atención Primaria, pautas educativas sobre prevención de problemas del sueño a fin de que se modifique la frecuencia de estos problemas a medio y largo plazo.

Palabras clave: Intervención educativa, Hábitos de sueño, Niños, Pediatría de Atención Primaria.

Abstract

Objectives: To determinate the parents' opinions about sleep habits of their children and their satisfaction with them. To compare this group with a previous one and to know what sleep habits are associated with parents' satisfaction.

Methods: Survey to parents of children between 4-15 months of age who were coming to our Centre for health controls before and after providing them educational advices about sleep problems.

Results: Both samples are homogeneous in age, sex and situation in the group of siblings. The frequency of sleep disorders was similar in both groups (43,7% before, 42,1% after). The satisfaction of parents was associated with the ability of their children to go sleep on their own, in less than 15 minutes and without waking up or waking up twice or less.

Conclusions: From this study we concluded that it would be necessary provide parents educational advices about prevention of sleep problems in children from Primary Health Care, in order to change the frequency of this problems in a medium or long time.

Key words: Educational advice, Sleep disorders, Children, Primary Health Care.

Introducción

Los trastornos de sueño son un motivo de consulta frecuente en la consulta de Pediatría de Atención Primaria. La importancia y la incidencia de estos procesos ha hecho que durante los últimos 25 años se haya desarrollado una de las subespecialidades de la medicina del sueño: los trastornos del sueño propios de la infancia.

En 1985, en su libro *Trastornos del sueño infantil*¹, el Dr. David Haslam aborda este tema y da pautas a los pediatras y a los padres para el manejo de estos problemas.

En España, el Dr. Estivill señala que no hay que dar solamente importancia a los ya conocidos trastornos del sueño, como las pesadillas o el sonambulismo, sino también a otros de reciente descripción como el insomnio infantil por hábitos incorrectos. Según este autor, este trastorno lo sufren el 30% de los niños entre los 6 meses y los 5 años². Este especialista ha desarrollado un protocolo para aplicar a estos niños, que publicó en 1997 y que hace ver una forma diferente de abordar los problemas que plantean los padres sobre el sueño de sus niños.

En 1998, en nuestro Centro de Salud, se realiza un estudio sobre hábitos de sueño de niños de nuestro medio, de

edades comprendidas entre los 4 meses y los 5 años, en el que se detecta que el 40% de nuestros pacientes (43,7% en el grupo de 4 a 15 meses) presenta problemas relacionados con los hábitos de sueño³. Éstos se definieron como incapacidad del niño para iniciar el sueño sin estar acompañado y/o la presencia de múltiples despertares nocturnos (3 o más).

Partiendo de los resultados de este pequeño estudio, nos propusimos realizar un trabajo cuyos objetivos eran: el primero, conocer los hábitos de sueño de los niños y la satisfacción de los padres respecto a esos hábitos. El segundo objetivo, comparar esta muestra sobre la que se ha realizado una pequeña intervención educativa con la de nuestro estudio anterior. El tercero, ver qué hábitos del dormir del niño se asocian a la satisfacción de los padres.

Material y métodos

El Centro de Salud en el que se realiza el trabajo se halla situado en el área urbana de Madrid y tiene un predominio de población joven. Los pacientes menores de 14 años que se atienden en cuatro consultas de Pediatría y dos de Enfermería Pediátrica ascienden a un total de 4.058.

Según nuestro proyecto de trabajo, se entrega a partir de enero de 1999 a to-

dos los padres de recién nacidos y lactantes que acuden a las revisiones del Programa de Salud Infantil en 6 de las 7 visitas programadas, las mismas hojas de Educación para la Salud que previamente se utilizaban, añadiendo, en cada una de ellas, contenidos educativos acerca del sueño (Anexo 1). Toda esta información se lee y se comenta con los padres en la consulta de Pediatría o Enfermería y, tras facilitarles la hoja, se les insiste en que la lean en el domicilio y pongan en práctica lo que allí se indica.

Al año de poner en marcha esta intervención educativa se evalúan los hábitos de sueño y satisfacción de los padres con respecto al sueño de sus hijos de edades comprendidas entre los 4 y los

15 meses. Se elige este intervalo de edad porque constituye el grupo al que habría llegado toda la información desde la primera visita. Solamente aceptamos en el estudio a los niños que estaban incluidos en nuestras consultas desde el nacimiento y habían acudido al menos al 50% de las visitas programadas.

En el momento de la realización del presente estudio, el número de niños de 4 a 15 meses con historia en nuestro centro es de 250. Estimando por el estudio previo una prevalencia de hábitos incorrectos del 43,7% (II = 0,43), para un nivel de confianza del 95%, se precisó un tamaño de muestra de 151 niños.

Se realiza la misma encuesta que se utilizó en el primer estudio (Tabla I), en

Tabla I. Encuesta sobre problemas de sueño

Número de historia		
Sexo	Niño	Niña
Fecha de nacimiento		
¿Es su primer hijo/a?		
¿Están ustedes satisfechos con el sueño de su hijo/a?	Sí	No
¿Se duerme por sí solo/a?	Sí	No
¿A qué hora se acuesta?		
¿Cuánto tiempo tarda en dormirse?		
¿Cuántas horas duerme por la noche?		
¿Cuántas horas duerme en total al día?		
¿Se despierta por la noche?	Sí	No
¿Cuántas veces se despierta?	0, 1, 2, 3, 4,...	
¿En qué lugar de la casa se duerme?	Dormitorio padres Salón	Dormitorio niño
¿Qué recursos utiliza para dormirle?	Chupetes Música Pecho Otros	Muñecos Biberón Caricias

el período del 1 al 31 de marzo de 2000, a todos los padres de niños de las edades comentadas que acuden por cualquier motivo a una de las seis consultas, hasta llegar al número de encuestas necesarias. Ningún padre rechazó ser encuestado.

Los cálculos se realizan con el paquete estadístico SPSS-PC. Para el estudio de las variables continuas se utiliza el test de la T de *Student* y para el de las discretas el de la χ^2 . Las asociaciones entre la satisfacción de los padres y los hábitos de sueño de los niños se estimaron mediante el cálculo de las *odds ratio* (OR). Se consideran significativos los resultados para un error α de 0,05.

Resultados

Las dos muestras estudiadas son homogéneas en edad, sexo y situación en la fratría. La media de edad en el grupo preintervención es de 9,66 meses, y en el postintervención, de 10,13 meses. Hay un 53,5% de niños y un 46,5% de niñas en el primer grupo; y, un 44,7% de niños y un 55,3% de niñas en el grupo segundo. Son primeros hijos el 56,3% de los pacientes del primer grupo y el 62,5% del segundo.

Tras recibir los padres la información (Anexo 1), se ve en la Tabla II que en el segundo grupo algunos de los parámetros mejoran. Solo es significativo estadísticamente el aumento del número de

Tabla II. Análisis de Resultados (I)

		Preintervención	Postintervención
Padres satisfechos	Sí	67,6%	75,7%
Se duerme solo/a	Sí	63,4%	62,5%
Hora de acostarse	< 22 h.	73,2%	68,8%
Tº en dormirse	< 15 min.	74,6%	86,8% *
> 11 h. de sueño noche		46,5%	56,6%
Total de horas sueño		14,1 horas	14,7 horas
Despertar noche	Sí	52,1%	42,1%
Despertar 0,1,2 v.	Sí	78,9%	84,2%
Despertar + 3 veces	Sí	21,1%	15,8%
Duerme bien	Sí	56,3%	57,9%

*p < 0,05

Anexo I

Hoja Recién Nacido. El sueño se educa, establezca normas de sueño. Acueste al niño estando despierto en la cuna y en la habitación que vaya a dormir. Durante los primeros meses de vida un niño duerme de 12 a 20 h al día, siendo lo más frecuente de 15 a 18 h. Aunque el niño duerma, la vida familiar debe continuar normalmente; con luz y ruido si es de día y oscuridad y silencio si es de noche. Estos estímulos externos están ayudando al niño a establecer su propio ritmo y a adaptarlo al de los adultos según vaya creciendo.

Hoja 2 a 4 meses. Hay que recordar que para que el niño se adapte al ritmo del adulto necesita unos estímulos externos:

Luz-oscuridad (el niño debe notar, cuando es de día, la luz).

Ruido-silenció (cuando es de día, debe notar los ruidos normales de la casa).

Horario de comidas. Deben irse alargando poco a poco las pausas entre las tomas de forma que la pausa nocturna sea la más larga.

Crear hábitos de sueño. Los padres ante este tema deben tener una actitud adecuada, transmitir al niño que quedarse en su cuna solo y conciliar el sueño por sí mismo es lo más natural del mundo.

Hoja 4 a 6 meses. A esta edad suele dormir 14-15 h diarias, el sueño nocturno es de 10-12 h y el resto lo reparte en dos siestas, una por la mañana y otra por la tarde. Si no lo ha hecho ya, debe ir pensando en sacar la cuna del niño de la habitación de los padres. Para crear el hábito del sueño en el niño, los padres deben sentirse seguros y tranquilos. Tras el baño y la toma deben poner **despierto** al niño **en su cuna, en su propia habitación**. El niño debe asociar el sueño con unas rutinas (la misma hora, tras la cena, una pequeña canción o unas frases tranquilas) y con unos elementos externos (cuna, habitación, chupete, muñeco). Si el niño llora, dejar cada vez más tiempo hasta que vayamos de nuevo a la habitación, máximo 10 minutos. No debemos cogerle ni acariciarle, solo hablarle tranquilamente y dejar de nuevo la habitación. Los padres deben estar de acuerdo entre sí y realizar esto de una forma repetitiva.

Hoja 6 a 9 meses. Recuerde que para que el niño duerma bien debemos seguir la conducta aprendida en la hoja anterior. El niño, que ya debe dormir **en su propio cuarto, tras las rutinas diarias, se acostará despierto**. Hay que ofrecer al niño los **elementos que él asocia con el sueño**: chupete, muñeco. Es importante que los distintos cuidadores adopten la misma actitud.

Hoja 9 a 12 meses. Mantenga las **normas de sueño** de su hijo. Le acostará, **tras las rutinas diarias, estando despierto, en su propia habitación, en su cuna, a la misma hora, con su muñeco y/o chupete**. Si se despierta durante la noche, compruebe que no pasa nada especial, y con cariño y seguridad vuelva a acomodarlo en la cuna, salga de la habitación aunque llore. Si el llanto continúa, espere cada vez unos minutos más antes de repetir la misma operación. No se rindan, los niños aprenden rápidamente a quién o cuánto deben insistir para conseguir lo que quieren. Lo que los padres se deben proponer es **enseñarles a dormir**.

Hoja 12 a 15 meses. A esta edad suelen dormir de 13 a 14 h repartidas en dos períodos: el nocturno y una siesta tras la comida del mediodía. Mantenga **las normas de sueño** de su hijo señaladas en la hoja anterior. Los padres deben **estar seguros y de acuerdo. No rendirse**. Deben proponerse **enseñarle a dormir**.

niños que se duermen en menos de 15 minutos.

Si consideramos que conciliar el sueño sin ayuda y despertarse hasta un máximo de dos veces son hábitos correctos para dormir en niños de 4 a 15 meses (dormir bien), vemos como éstos mejoran, encontrándose entonces que la prevalencia de hábitos incorrectos disminuye de un 43,7% a un 42,1%, no siendo esta diferencia significativa.

En relación con el lugar donde se queda dormido el niño y qué recursos utilizan los padres para que el niño se duerma, se ve como hay más niños en el segundo grupo que concilian el sueño en el dormitorio de los padres y cómo en este grupo los padres recurren menos al chupete (en ambos casos la

diferencia fue estadísticamente significativa) (Tabla III).

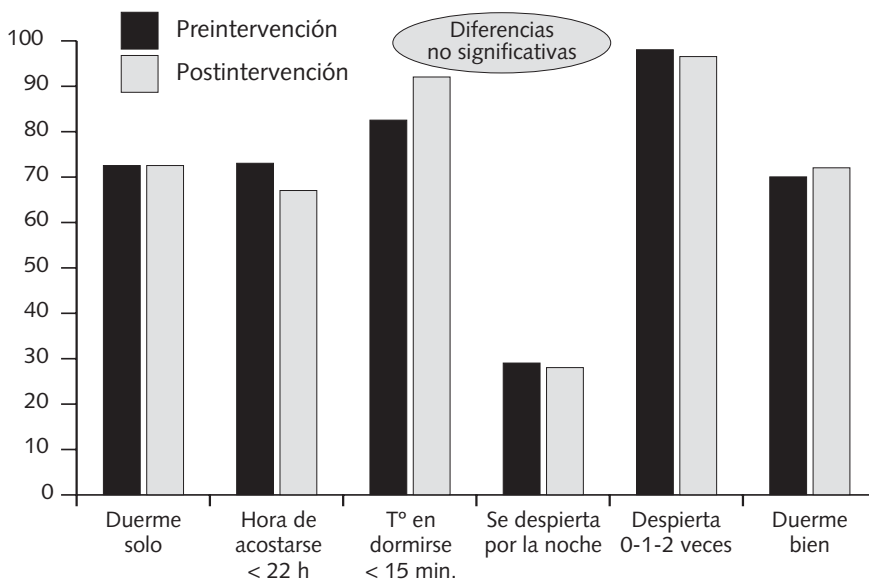
En la Figura 1, se analizan los hábitos de sueño de hijos de padres satisfechos y no existen diferencias significativas entre el grupo de pre y postintervención. La mayoría de estos niños tienen hábitos considerados correctos: se duermen solos antes de las 22 horas, en menos de 15 minutos, no se despiertan o lo hacen hasta dos veces y "duermen bien". Hay una prevalencia de hábitos incorrectos, es decir, duermen mal según nuestro criterio, un 29,2% de los niños del primer grupo y un 27,8% de los del segundo.

En la Figura 2, se reflejan los hábitos de sueño de los hijos de padres insatisfechos, y tampoco existen diferencias

Tabla III. Análisis de Resultados (II)

		Preintervención	Postintervención
Lugar donde se duerme	Dormitorio niño	53,5%	46,1%
	Dormitorio padres	25,4%	42,8% *
	Salón	19,7%	11,2%
Recursos para dormirle	Chupete	73,2%	46,4% *
	Mecerle	18,3%	19,7%
	Música	19,7%	11,2%
	Muñeco	15,5%	11,2%
	Caricias	8,5%	11,2%
	Biberón	8,5%	5,9%
	Luz	7%	2,6%
	Televisión	4,2%	3,6%
	Pecho	1,4%	5,3%

*p < 0,05

Figura 1. Padres satisfechos: resultados pre y postintervención.

estadísticas antes y después de la intervención. Hay pocos niños que concilian el sueño solos, casi ninguno duerme la noche de un tirón y más de la mitad se despiertan tres o más veces. Pocos niños “duermen bien” según el criterio definido, con lo que la prevalencia de hábitos incorrectos en estos niños asciende a un 73,9% en el primer y a un 86,5% en el segundo grupo.

Finalmente, valorando las encuestas de los dos grupos, existen diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,0001$) entre los hábitos de sueño de un niño cuyos padres están satisfechos y los de

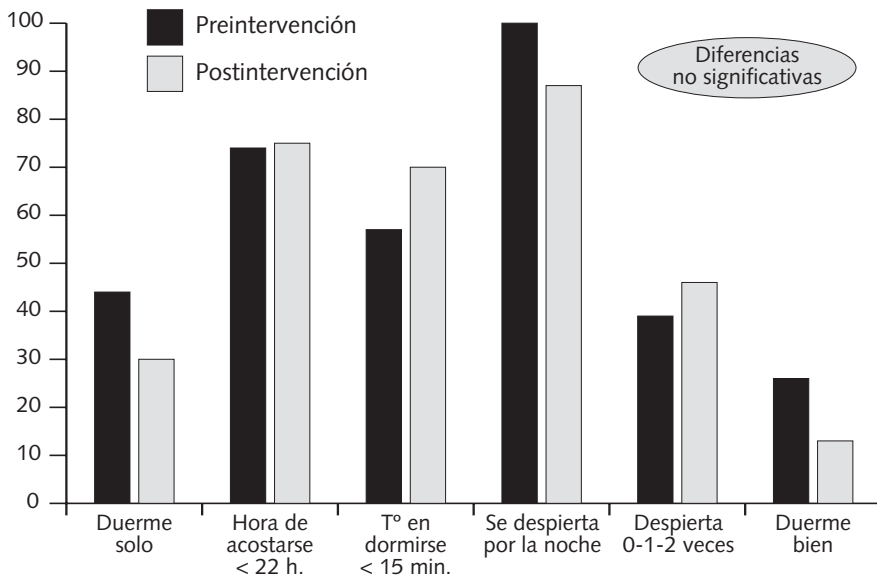
un niño de padres que no lo están (Fig. 3). Las variables que se asocian con la satisfacción de los padres son la capacidad de dormirse solo en menos de 15 minutos, no despertarse por la noche, o hacerlo un máximo de dos veces.

Asimismo, la variable que se elige para definir el “dormir bien” a esta edad, se asocia significativamente con la satisfacción de los padres (Tabla IV).

Discusión

El niño que duerme mal plantea muchas dificultades a sus padres. Éstos acuden en primer lugar a su Pediatra de

Figura 2. Padres insatisfechos: resultados pre y postintervención.



Atención Primaria buscando una solución. Generalmente son simples problemas de educación de hábitos de sueño, pero pueden llegar a producir graves trastornos de la dinámica familiar⁴. Los niños que sufren estos trastornos corren el riesgo de una precoz exposición a medicamentos⁵ y hasta de maltrato físico⁶. Incluso cuando coinciden con problemas de angustia y depresión postparto, aún está por dilucidar qué es lo que acontece primero si el problema materno o el del niño^{7,8}.

Como la mayoría de los problemas del sueño tienen su origen en el primer

año de vida, muchos autores aconsejan intervenciones que se anticipen a la aparición de estos trastornos^{9, 10} y por ello nuestra actuación se inicia desde la primera visita del control del niño. Se aprovecha el espacio de Educación para la Salud de los controles del lactante para proporcionar una información específica sobre el sueño como medida preventiva. Teniendo en cuenta que nadie es educado para ser padre, parece labor de los profesionales de salud proporcionar a los progenitores medidas educativas que ayuden a la familia a prevenir los problemas de sueño de sus hijos^{11,12,13}

Figura 3. Total padres: satisfechos/insatisfechos.

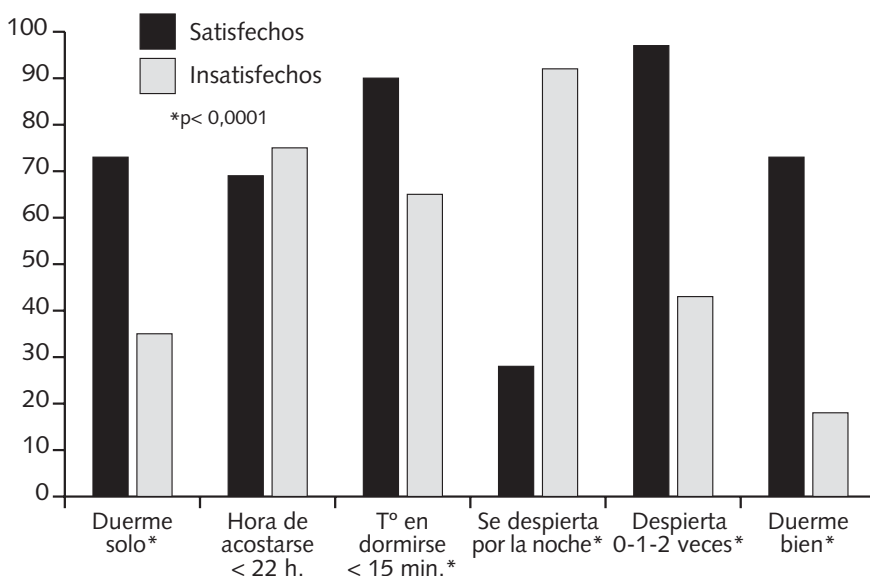


Tabla II. Asociación entre satisfacción de los padres y hábitos de sueño de los niños

		OR	(IC 95%)
Se duerme solo/a	Sí	5,02	(2,55-9,98)
T° en dormirse	< 15 minutos	4,62	(2,08-10,26)
Despertar noche	No	27,98	(10,21-93,68)
Despertar	0,1 o 2 veces	41,32	(13,99-143,92)
Duerme bien	Sí	11,33	(5,19-26,05)

OR: odds ratio ajustada; IC 95%: intervalo de confianza al 95%

y a la adquisición de hábitos saludables. Pero, ¿qué y cómo enseñar a los padres?

Lo primero consiste en conseguir que los padres estén informados sobre lo que son unos hábitos correctos en el dormir

de un bebé y dotarles de las habilidades que pueden emplear en cada edad para que su hijo las adquiriera. Es necesario que conozcan que el proceso de "dormirse" es una conducta que se aprende y que, como señala el Dr. Esquete

López¹⁴, esto requiere un esfuerzo. Este aprendizaje se realiza en el seno de una familia en la que hay que tener muy en cuenta las interacciones padres-hijos: la inseguridad de los padres puede favorecer estos trastornos¹⁵ y, por otro lado, los deseos y expectativas de los padres son tan importantes como los del niño a la hora de la determinación del patrón de sueño que se consigue¹⁶. A un niño de entre 4 y 15 meses puede educársele para que duerma bien (sin que distorsione el equilibrio familiar) y definimos este "dormir bien" como conciliar el sueño por sí solo y ser capaz de no despertarse o hacerlo hasta dos veces durante la noche. Realmente estos dos últimos datos son los que más se asocian con la satisfacción de los padres.

Con respecto a cómo informar a los padres existen varias circunstancias favorables que posibilitan que se pueda producir un cambio de las actitudes de los padres y las conductas de los niños. La fuente del mensaje somos los profesionales sanitarios con los que los padres de los niños mantienen muy buena relación, confían en nosotros, ponen en nuestras manos la salud de sus hijos; el contexto es adecuado, la consulta programada permite un largo tiempo de relación padres/sanitario; el mensaje parece claro y sencillo y se transmite de for-

ma oral y escrita. Pero nuestra intervención educativa no se ha acompañado de cambios inmediatos en las costumbres del sueño (la prevalencia se mantiene), probablemente porque nos enfrentamos a creencias culturales que no pueden cambiarse bruscamente. Hay que tener en cuenta que aunque la comunicación, los mensajes persuasivos son la forma más importante y difundida de cambiar actitudes, la psicología social nos enseña que para que esto ocurra deben cambiar previamente los pensamientos y creencias del receptor del mensaje¹⁷. Es difícil encontrar padres y familiares que piensen que el sueño se puede educar desde corta edad, cuando esto no es del dominio público. En la actualidad aún existen unas creencias arraigadas en nuestra sociedad sobre que es normal que muchos niños se despierten por la noche, que no se duerman solos, como se aprecia al comprobar que el 28,2% de los padres satisfechos de nuestro estudio tienen hijos con hábitos del sueño incorrectos. La mayoría de los padres piensan que han tenido mala suerte en este aspecto con su hijo, que un día u otro empezará espontáneamente a dormir "en condiciones" y lo aceptan así. Es tarea del personal sanitario dar una información realista que ayude a los padres a superar esos condicionamientos clásicos y estimular-

les a que la pongan en práctica, viendo ellos mismos el resultado.

Otro factor a considerar para alcanzar el éxito en una intervención educativa es contar con la motivación de quien recibe el mensaje. Los padres a los que se dirigió la información sobre el sueño pertenecen a la población general de un Centro de Salud, que tienen una disposición muy distinta de la que presentan aquellos que acuden a un especialista de trastornos del sueño porque han “descubierto” que tienen un problema y quieren resolverlo. En este caso, en el que además se recibe una orientación individualizada y completa, los resultados parecen ser mucho más satisfactorios.

Hemos decidido mantener nuestras hojas informativas como forma de sensibilización sobre este problema a todos los padres, y confiamos en que el mensaje facilitado por todos los profesionales desde Atención Primaria, junto a los que le lleguen de otras fuentes, contribuyan a largo plazo a cambiar su mentalidad, haciéndose más sensibles y partícipes en este tema. Pensamos que si se continúa con este esfuerzo se podrían cambiar estos conceptos lo mismo que se han modificado las costumbres de alimentación

de los lactantes en los últimos años. Hemos diseñado además unas hojas orientativas específicas sobre la reeducación del sueño para padres que consulten concretamente por estos trastornos.

En conclusión, se puede decir que:

1. Los trastornos del sueño por hábitos incorrectos tienen una elevada prevalencia en los niños de nuestro Centro.
2. Disminuye, pero no de forma significativa, la prevalencia de hábitos incorrectos de sueño de nuestros niños tras la intervención educativa.
3. La satisfacción de los padres se relaciona con la capacidad del niño de dormirse solo en menos de 15 minutos, y con la de no despertarse o hacerlo dos o menos veces durante la noche.
4. Las intervenciones educativas que pueden modificar los hábitos de una población no siempre obtienen resultados inmediatos, sino a medio y largo plazo.
5. Parece beneficioso ofrecer a los padres pautas educativas que faciliten el aprendizaje de hábitos correctos del sueño por parte de sus hijos. El ámbito de la Pediatría de Atención Primaria es el más adecuado para proporcionar esta información.

Bibliografía

1. Haslam D. *Trastornos del sueño infantil (Normas prácticas de tratamiento)*. Editorial Martínez Roca S.A., Barcelona 1985.
2. Estivill E y De Béjar S. *Duérmete, niño*. Editorial Plaza y Janés Editores S.A., Barcelona 1995.
3. Hernández Delgado J, García Rebolgar C, Manuel Enguidanos J, Juberías Catalán I y Cantero García P. *Detección de problemas de sueño en niños de nuestro medio*. Comunicación al XII Congreso Nacional de la Sociedad de Pediatría Extrahospitalaria de la A.E.P. Salamanca 1-4 de octubre, 1998.
4. Estivill E. *Trastornos del sueño*. En Programa de Formación continuada en Pediatría Práctica. Barcelona. Ed Prous Science, 1997: 33-58.
5. Pelissolo A, Lecendreux M y Mouren Simeoni MC. *Utilisation des hypnotiques chez l'enfant: description et analyse*. Arch Pediatr 1999; 6: 625-630.
6. Kerr S and Jowett S. *Sleep problems in pre-school children: a review of the literature*. Child Care Health Dev 1994; 20: 379-391.
7. Armstrong KL, O'Donnell H, McCaullum R y Dadds M. *Childhood sleep problems: association with prenatal factors and maternal distress/depression*. J Paediatr Child Health 1998; 34: 263-6.
8. Armstrong KL, Van Haeringen AR, Dadds MR y Cash, R. *Sleep deprivation or postnatal depression in later infancy: separating the chicken from the egg*. J Paediatr Child Health 1998; 34: 260-2.
9. Brayden RM and Poole S R. *Common behavioral problems in infants and children*. Primary Care 1995; 22: 81-97.
10. Pin Arboledas G, Lluc Roselló A y Borja Payá F. *El Pediatra ante el niño con trastornos del sueño*. An Esp Pediatr 1999; 50: 247-52.
11. Estivill E. *Insomnio Infantil por hábitos incorrectos*. Rev Neurol 2000; 30: 180-91.
12. Haslam D. *My child won't sleep*. The Practitioner 1995; 239: 730-2.
13. Dilliway G. *Mummy, I can't sleep*. The Practitioner 2000; 244: 628-635.
14. Esquete C. *Trastornos del sueño en los niños*. En: Libro de Actas (II) de la XXVI Reunión Anual de la Asociación Española de Pediatría. An Esp Pediatr 1996; 83: 331-334.
15. Thunstrom M. *Severe sleep problems among infants in a normal population in Sweden: prevalence, severity and correlates*. Acta Paediatr 1999; 88: 1356-63.
16. Ferber R. *Childhood sleep disorders*. Neurol Clin 1996; 14: 493-511.
17. Moya M. *Persuasión y cambio de actitudes*. En: Psicología Social. Ed. Mc Graw Hill. Madrid 1999; 152-170.