



Universidad de Valladolid

Facultad de Educación y Trabajo Social

TRABAJO DE FIN DE GRADO:

**“RELACIÓN DE SUEÑO Y
CAPACIDAD DE APRENDIZAJE
EN LA POBLACIÓN DE 2 A 5
AÑOS EN LA LOCALIDAD DE
MEDINA DEL CAMPO”**

AUTORA: CAROLINA BELTRÁN ESTÉVEZ

TUTORA: MARÍA JESÚS PÉREZ CURIEL

CURSO ACADÉMICO: 2016-2017

GRADO DE EDUCACIÓN INFANTIL

RESUMEN

El sueño es una necesidad vital de cualquier ser humano. El Trabajo de Fin de Grado que se expone a continuación trata sobre el sueño infantil, es decir los hábitos del sueño, y su relación con el rendimiento escolar.

Se ha realizado un breve estudio sobre los hábitos del sueño de la población de 2 a 5 años en Medina del Campo (Valladolid) relacionándolo con la capacidad de aprendizaje de los niños en el aula. Se recomienda a las familias un protocolo de actuación para una mejor higiene del sueño, mejorar los hábitos e influir positivamente en el rendimiento.

PALABRAS CLAVES

Estilo de vida saludable. Hábitos del sueño. Higiene del sueño. Rendimiento escolar. Capacidad de atención. Familia – Escuela.

ABSTRACT

Sleep is a vital necessity of any human being. The Final Degree paper that follows is about childish sleep, that is sleep habits, and its relationship to academic achievement.

A brief study on the sleeping habits of the population of 2 to 5 years old in Medina del Campo (Valladolid) has been carried out in connection with the learning ability of children in the classroom. Families are recommended to go ahead with an action protocol in order to get better sleep hygiene, improve habits and positively influence performance.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	4
2. JUSTIFICACIÓN.....	5
3. OBJETIVOS	6
4. COMPETENCIAS	7
5. MARCO LEGISLATIVO	9
6. MARCO CONCEPTUAL.....	11
6.1. CONCEPTO DE SUEÑO	11
6.2. FASES DEL SUEÑO.....	12
6.3. CARACTERÍSTICAS DEL SUEÑO INFANTIL.....	15
6.4. TRASTORNOS DEL SUEÑO EN LA INFANCIA.....	18
6.5. RENDIMIENTO ESCOLAR.....	28
7. METODOLOGÍA	30
7.1. CONTEXTO	31
7.2. SUJETOS	32
7.3. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS	34
8. PLAN DE PREVENCIÓN.....	45
9. CONCLUSIÓN.....	46
10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	47
11. ANEXOS.....	50
ANEXO 1. Entrevista a pediatras y enfermeras.....	50
ANEXO 2. Encuesta sobre los hábitos de sueño.....	51
ANEXO 3. Nota informativa a las familias	52

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Duración de sueño en la infancia	17
Tabla 2. Horas de sueño según la edad	18
Tabla 3. Diferencia entre pesadillas y terrores nocturnos	23
Tabla 4. Trastornos del sueño en la infancia	27
Tabla 5. Muestra total de sujetos por edad y sexo	33
Tabla 6. Comparación de los resultados obtenidos.....	44

ÍNDICE DE GRÁFICAS

Gráfica 1. Baja atención del total de los niños.....	33
Gráfica 2. Horas de sueño por la noche.....	34
Gráfica 3. Horas de sueño por el día.....	35
Gráfica 4. Número de veces que se despierta durante la noche	35
Gráfica 5. Tiempo que está despierto durante la noche.....	36
Gráfica 6. Dónde duerme.....	36
Gráfica 7. Cómo se duerme.....	37
Gráfica 8. Tiempo que necesita para dormirse.....	37
Gráfica 9. Hora a la que suele dormirse.....	38
Gráfica 10. El sueño de los niños es un problema.....	38
Gráfica 11. Horas de sueño por la noche.....	39
Gráfica 12. Horas de sueño por el día.....	40
Gráfica 13. Número de veces que se despierta durante la noche.....	40
Gráfica 14. Tiempo que está despierto durante la noche.....	41
Gráfica 15. Dónde duerme.....	41
Gráfica 16. Cómo se duerme	42
Gráfica 17. Tiempo que necesita para dormirse.....	42
Gráfica 18. Hora a la que suele dormirse.....	43
Gráfica 19. El sueño de los niños es un problema.....	43

1. INTRODUCCIÓN

Tras estas líneas se expone el Trabajo de Fin de Grado “Relación de sueño y capacidad de aprendizaje en la población de 2 a 5 años en la localidad de Medina del Campo”. Dicho trabajo surge de la necesidad de conocer la posible influencia de los hábitos del sueño en los niños de Educación Infantil y si existe algún tipo de relación entre dichos hábitos con la atención en las aulas.

Para poder desarrollar el trabajo se han planteado unos objetivos que nos muestran la finalidad del estudio. Se analizan las competencias del título de maestro de Educación Infantil, relacionadas con la temática en cuestión. El marco legislativo sobre educación, se presenta con un breve resumen. El marco conceptual nos permitirá conocer el concepto, las fases y los trastornos del sueño, así como las características del sueño infantil y las capacidades de aprendizaje de los niños.

Para terminar, se analizan los hábitos del sueño que tienen los niños de la población de Medina del Campo (Valladolid), para ello se recurre a la utilización de métodos cuantitativos y cualitativos como recurso metodológico. Se realizan estadísticas de los datos y se efectúa una relación causal entre los hábitos del niño y el comportamiento de este en el aula. Como punto final se elabora un plan de orientaciones que se pueda llevar a cabo desde los centros educativos.

“El secreto de la creatividad está en dormir bien y abrir la mente a las posibilidades infinitas ¿Qué es un hombre sin sueños?” (Albert Einstein, s.f.)

2. JUSTIFICACIÓN

El sueño es esencial para la vida y tiene gran importancia en la salud de los niños en edad escolar. Es una función vital que repara nuestro organismo a diario y gracias al cual podemos mantenernos despiertos. Tiene un papel muy importante en el desarrollo infantil, por ello es necesario conocer los hábitos del sueño propios de la infancia y los trastornos que pueden padecer derivados de la mala higiene del sueño.

Una mala higiene del sueño durante los primeros años de vida, puede producir trastornos que se pueden llegar a prolongar en el tiempo. Además, los malos hábitos del sueño repercuten en la escuela. Los niños que duermen mal o pocas horas, tienen menos capacidad de atención, son más susceptibles a estímulos externos, más impulsivos y pueden llegar a tener conductas agresivas. Por ello, como maestros, este tema no lo tenemos que dejar a un lado y debemos mostrar interés, ya que el sueño repercute en el desarrollo integral del niño, es decir, en el desarrollo físico, afectivo, social y cognitivo de este.

El descanso es un derecho de toda persona. La declaración de los derechos humanos, aprobada el 10 de diciembre de 1948, establece en su artículo 24 ¹“Toda persona tiene derecho al descanso, al disfrute del tiempo libre, a una limitación razonable de la duración del trabajo y a vacaciones periódicas pagadas” y también se hace mención de una manera no explícita en la declaración de los derechos del niño, aprobada el 20 de noviembre de 1959, establece en su principio IV ²“El niño debe gozar de los beneficios de la seguridad social. Tendrá derecho a crecer y desarrollarse en buena salud; con este fin deberá proporcionarse, tanto a él como a su madre, cuidados especiales, incluso atención prenatal y posnatal. El niño tendrá derecho a disfrutar de alimentación, vivienda, recreo y servicios médicos adecuados”.

En la escuela se deberían dar no sólo conocimientos curriculares, sino que también correspondería promover estilos de vida saludables, que les acompañaran durante su edad adulta. Como por ejemplo, pautas de buenos hábitos del sueño.

¹ Declaración Universal de los derechos humanos (1948)

² Declaración de los derechos del niño (1959)

Según Eduard Estivill (2002), la importancia del sueño en la infancia se acrecienta por tres razones:

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

Por todo ello, el aprendizaje de una buena higiene del sueño desde los primeros años de vida del niño es esencial. Se debe realizar de una manera conjunta por toda la comunidad educativa, familia y escuela; porque los niños a estas edades tienen mayor capacidad de aprendizaje y asimilación de hábitos de vida saludable.

3. OBJETIVOS

Los objetivos que pretendo conseguir, con la realización de este trabajo, son los siguientes:

Objetivo General:

- Conocer los hábitos higiénicos del sueño de los niños de la etapa de Educación Infantil en Medina del Campo.

Objetivos específicos:

- Intentar establecer una relación causal entre los hábitos del sueño y la capacidad de atención en los niños de Educación Infantil en Medina del Campo.
- Estudiar los hábitos higiénicos del sueño de los niños en la etapa de Educación Infantil.
- Crear orientaciones para mejorar los hábitos de higiene del sueño desde los centros educativos.

4. COMPETENCIAS

Competencias generales

Las ³competencias generales del título de Grado de Maestro en Educación Infantil, relacionadas con dicho trabajo son:

- Reconocer, valorar, planificar y llevar a cabo buenas prácticas de enseñanza-aprendizaje
- Integrar la información y los conocimientos necesarios para resolver problemas educativos, principalmente mediante procedimientos colaborativos.
- Interpretar datos derivados de las observaciones en contextos educativos para juzgar su relevancia en una adecuada praxis educativa.
- Utilizar procedimientos eficaces de búsqueda de información, tanto en fuentes de información primarias como secundarias, incluyendo el uso de recursos informáticos para búsquedas en línea.
- Iniciarse en actividades de investigación
- Fomentar del espíritu de iniciativa y de una actitud de innovación y creatividad en el ejercicio de su profesión.

Competencias específicas:

Las competencias específicas se encuentran en la ORDEN ECI/3854/2007, de 27 de diciembre, relacionadas con este trabajo:

En el Módulo:

De Formación básica:

- Conocer los desarrollos de la psicología evolutiva de la infancia en el periodo 3-6.
- Capacidad para saber promover la adquisición de hábitos en torno a la autonomía, la libertad. La observación, la imitación y la aceptación de normas y de límites.
- Capacidad para identificar dificultades de aprendizaje, disfunciones cognitivas y las relacionadas con la atención.
- Crear y mantener lazos con las familias para incidir eficazmente en el proceso educativo.

³ Universidad de Valladolid “Competencias, R. Decreto 1393/2007”. Grado de Educación Infantil.

- Conocer fundamentos de dietética e higiene infantiles, así como de primeros auxilios, y adquirir capacidad para entender los principios básicos de un desarrollo y comportamiento saludables.
- Capacidad para saber identificar trastornos en el sueño, la alimentación, el desarrollo psicomotor, la atención y la percepción auditiva y visual.
- Capacidad para colaborar con los profesionales especializados para solucionar dichos trastornos.
- Capacidad para saber detectar carencias afectivas, alimenticias y de bienestar que perturben el desarrollo físico y psíquico adecuado de los estudiantes.
- Comprender que la dinámica diaria en Educación Infantil es cambiante en función de cada alumno o alumna, grupo y situación y tener capacidad para ser flexible en el ejercicio de la función docente.
- Capacidad para saber atender las necesidades del alumnado y saber transmitir seguridad, tranquilidad y afecto.
- Capacidad para analizar los datos obtenidos, comprender críticamente la realidad y elaborar un informe de conclusiones.

Didáctico disciplinar:

- Conocer los fundamentos científicos, matemáticos y tecnológicos del currículo de esta etapa, así como las teorías sobre la adquisición y desarrollo de los aprendizajes correspondientes.
- Conocer la metodología científica y promover el pensamiento científico y la experimentación.

5. MARCO LEGISLATIVO

La Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación (LOE), modificada por la Ley Orgánica 8/2013, de 9 de diciembre, para la mejora de la calidad educativa,⁴ en su Título Preliminar, señala que el sistema educativo español se orientará a la consecución de diversos fines, y en concreto a *“la adquisición de hábitos intelectuales y, entre otros, de conocimientos científicos, así como el desarrollo de hábitos saludables, el ejercicio físico y el deporte”*. En su capítulo I, (Art. 13) expone que la finalidad de la etapa de Educación Infantil es *“favorecer al desarrollo, afectivo, social, físico e intelectual de los niños”*.

Con el desarrollo de las primeras competencias recogidas en la Ley Orgánica 4/1983, de 25 de febrero, del Estatuto de Autonomía de Castilla y León modificada por la Ley Orgánica 14/2007, de 30 de noviembre, de reforma del Estatuto de Autonomía de Castilla y León, la Junta de Castilla y León y el Ministerio de Educación y Ciencia suscribieron un Convenio de Colaboración (1986) al objeto de introducir un programa experimental de educación para la salud en los centros docentes, que dio origen a las actividades del programa de educación para la salud en la escuela en la comunidad autónoma; en el 2006 se realizó el último convenio de colaboración entre el ministerio de educación y ciencia, y la comunidad de castilla y león para la realización de actividades de formación del profesorado, cuyo objetivo *“es realizar actividades de formación del profesorado”*.

Ya en el marco propio de nuestra comunidad autónoma se pueden establecer tres ámbitos normativos en los que se desarrolla la educación para la salud en la escuela: sanitario, educativo y sanitario-educativo.

Ámbito educativo:

El Real Decreto 1630/2006, de 29 de diciembre, por el que se establecen las enseñanzas mínimas del segundo ciclo de Educación Infantil, concreta que el currículo se basa en lograr un desarrollo integral y armónico del niño en los diferentes planos. El currículo se divide en tres áreas, pero se dan de una manera conjunta y global, ya que en esta etapa se sientan las bases para el desarrollo personal y social del niño. Dicho trabajo está relacionado con el área de “Conocimiento de sí mismo y autonomía personal”, donde se expone *“en la Educación Infantil tiene gran importancia la adquisición de buenos hábitos de salud, higiene y nutrición. Estos hábitos contribuyen al cuidado del propio cuerpo y de los espacios en los que transcurre la vida cotidiana, y a la progresiva autonomía de niños y niñas”*. Dentro de los contenidos de esta área se centra más concretamente en el “Bloque 4. El cuidado personal y la salud”:

⁴ Junta de Castilla y León (2006). “Guía para la promoción de la salud en centros docentes de Castilla y León”

- Acciones y situaciones que favorecen la salud y generan bienestar propio y de los demás.
- Práctica de hábitos saludables: higiene corporal, alimentación y descanso.
- Gusto por un aspecto personal cuidado.
- Aceptación de las normas de comportamiento establecidas durante las comidas, los desplazamientos, el descanso y la higiene.
- Valoración ajustada de los factores de riesgo, adopción de comportamientos de prevención y seguridad en situaciones habituales, actitud de tranquilidad y colaboración en situaciones de enfermedad y de pequeños accidentes.

En el Decreto 122/2007, de 27 de diciembre, por el que se establece el currículo del segundo ciclo de la Educación Infantil en la Comunidad de Castilla y León, dentro del área del “Conocimiento de sí mismo y autonomía personal” y más concretamente en el bloque 4 de contenidos “El cuidado personal y la salud” se relacionan con dicho trabajo:

- Acciones y situaciones que favorecen la salud y generan el bienestar propio y el de los demás.
- Práctica de hábitos saludables en la higiene corporal, alimentación y descanso
- Utilización adecuada de espacios, elementos y objetos y colaboración en el mantenimiento de ambientes limpios y ordenados.
- Gusto por un aspecto personal cuidado.
- Aceptación y cumplimiento de las normas de comportamiento establecidas durante las comidas, los desplazamientos, el descanso y la higiene.
- Identificación y valoración de las acciones preventivas y de seguridad, evitando las situaciones de riesgo o contagio de la enfermedad.

6. MARCO CONCEPTUAL

6.1. CONCEPTO DE SUEÑO

El sueño⁵ es un estado fisiológico distinto a la vigilia, imprescindible para la vida y ocupa un tercio de parte de nuestra vida. El sueño es una necesidad vital, para el correcto desarrollo de los niños, ya que ayuda al correcto desarrollo afectivo, cognitivo, físico y social del niño (Márquez-Pérez, 2014). Tal es así, que Villuendas, Angulo, Benítez, Blanco, Jiménez, Rey, Rivas y Sánchez (1986) sostienen que la supresión del sueño lleva consigo la muerte, una persona muere antes por la privación del sueño que por la ausencia de alimento. (p. 51)

Es un estado conductual, espontáneo, reiterado y para ello es necesario un ambiente y postura de confort (Olloqui, 2016). El sueño es un proceso cíclico que se repite cada 24 horas (Estivill, 2002). El proceso del sueño implica la inhabilitación del sistema reticular ascendente y la estimulación de zonas del tronco cerebral que forjan el sueño. Mientras en el transcurso del ciclo del sueño se regulan las funciones cardiovasculares, respiratorias, endocrinas, regulación de la temperatura temporal y el metabolismo energético. Pero si el ciclo del sueño no está asentado pueden llegar a aparecer una serie de inconvenientes tanto físicos como psíquicos (trastorno del sueño) (Márquez-Pérez, 2014). Los mecanismos esenciales que coordinan el sueño y la vigilia son los ritmos circadianos y los factores homeostáticos del sueño. Aparte de estos factores en el ciclo del sueño influye la edad, ya que también es un factor significativo que influye en la organización del sueño, el niño al nacer duerme alrededor de 17 horas, con un alto porcentaje del sueño REM, y las horas de sueño van disminuyendo hasta llegar a la edad adulta que el sueño se concentra por la noche entre 7 a 8 horas y en la tercera edad los episodios de sueño nocturno están divididos y hay menos sueño lento. Durante el sueño la persona puede ser despertada por estímulos sensoriales externos. (Rodríguez Sacristán, 2015)

El sueño⁶ está compuesto por dos etapas diferentes: el sueño lento, dividido en varias etapas, conocido también como sueño No REM y el sueño paradójico, o también llamado sueño REM.

⁵ Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos del Sueño en la Infancia y Adolescencia en Atención Primaria. *Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos del Sueño en la Infancia y Adolescencia en Atención Primaria*. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de la Agencia Laín Entralgo; 2011. Guías de Práctica Clínica en el SNS: UETS N° 2009/8.

⁶ Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos del Sueño en la Infancia y Adolescencia en Atención Primaria. *Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos del Sueño en la Infancia y Adolescencia en Atención Primaria*. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de la Agencia Laín Entralgo; 2011. Guías de Práctica Clínica en el SNS: UETS N° 2009/8.

Según Alberola López (S. f.) en el lactante el sueño depende de los hábitos alimenticios y de las respuestas que se le da a sus demandas durante la noche. Entre los 4 y 6 meses se consolida la etapa de sueño largo nocturno y se establece el ritmo circadiano de la temperatura corporal. Hacia los 9 meses se considera que el niño se puede dormir de forma autónoma. El control del ciclo vigilia-sueño se establece en el lactante entre las 6 semanas y los 3 meses de vida, y depende de la interacción del niño con el medio ambiente que le rodea.

6.2. FASES DEL SUEÑO

Existen diferentes fases del sueño, la fase de vigilia, el sueño No REM (conocido como sueño lento) y, por último, el sueño REM (sueño paradójico).

Vigilia

Durante la vigilia⁷ se desarrolla una actividad psíquica particular, la cual se conoce como conciencia vigil, se realizan movimientos voluntarios que hacen que nos podamos relacionar con el ambiente. Se recibe y se procesa información sensorial, proveniente del organismo y del exterior, y esta recepción y procesamiento de la información es distinto al que ocurre durante el sueño. No es un estado uniforme, sino que está formado por ciclos de actividad y reposo de unos 90 minutos de duración, a partir de la hora y media disminuye la atención, la alerta y la discriminación.

Sueño No REM o sueño lento

En esta etapa no hay movimientos oculares rápidos, el pulso y la respiración van con lentitud, los músculos se relajan, la presión sanguínea disminuye y existe un menor umbral de alerta que en el sueño REM. El sueño No REM⁸ tiene una función reparadora, es beneficiario para los procesos energéticos y proteicos, aumenta la liberación de la hormona del crecimiento, reduce el estrés y favorece la renovación celular. Está formado por 4 fases^{9 10}:

⁷ Olloqui Escalona, A. (2016) *Estudio de hábitos de sueño en niños preescolares de 3 a 4 años en la ciudad de Logroño*. Tesis Doctoral, Universidad de Zaragoza, Pediatría, Radiología y Medicina Física.

⁸ Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos del Sueño en la Infancia y Adolescencia en Atención Primaria. *Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos del Sueño en la Infancia y Adolescencia en Atención Primaria*. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de la Agencia Laín Entralgo; 2011. Guías de Práctica Clínica en el SNS: UETS N° 2009/8.

⁹ Rodríguez Sacristán, A. (2015). *Relación entre los trastornos del sueño y los hábitos en el dormir en la población infantil de Sevilla*. Tesis doctoral. Universidad de Sevilla, Facultad de Medicina departamento de Farmacología, Pediatría y Radiología.

- Primera fase: se denomina adormecimiento, el sueño es el más ligero y es un paso entre la vigilia y el sueño profundo, cuya duración es corta, entre 2 a 5 minutos. El tono muscular es un poco menor que el de la vigilia y los movimientos de los ojos son lentos, apareciendo de una manera discontinua.
- Segunda fase: caracterizada por la presencia de husos de sueño y complejos k. Los husos duran alrededor de medio segundo y son discontinuos. Los complejos k, generalmente están relacionadas con los husos, están relacionados con reacciones de despertar y suceden de manera espontanea.
- Tercera y cuarta fase: dichas fases constituyen el 20% del tiempo total del sueño, es el sueño más profundo, y surgen las ondas lentas. En la fase 3 sigue habiendo husos. La fase 4 prevalece al principio de la noche y se reduce en las últimas horas de sueño, cuando comienza el sueño REM.

Sueño REM o sueño paradójico^{11 12}

Se inicia tras los 90 minutos posteriores al comienzo del sueño, tiene similitudes con la vigilia aunque en esta fase la persona se encuentra dormida. En esta fase del sueño se observan movimientos oculares rápidos, contracciones de los músculos faciales y de las extremidades, el pulso, la respiración y la presión sanguínea es irregular y aumenta. No hay ni husos ni complejos k en el sueño REM. Es el 20-25% del tiempo total de sueño. Durante el sueño paradójico hay una máxima relajación muscular y el umbral de alertamiento es alto, ya que el sueño es ligero. En esta etapa se producen la mayor parte de las ensoñaciones y éstas son más complejas, si la persona se despierta en esta fase normalmente recuerda lo que estaba soñando. Además el sueño REM¹³ es importante para los procesos de atención y memoria, así como para el fortalecimiento de los aprendizajes.

¹⁰ Olloqui Escalona, A. (2016) *Estudio de hábitos de sueño en niños preescolares de 3 a 4 años en la ciudad de Logroño*. Tesis Doctoral, Universidad de Zaragoza.

¹¹ Olloqui Escalona, A. (2016) *Estudio de hábitos de sueño en niños preescolares de 3 a 4 años en la ciudad de Logroño*. Tesis Doctoral, Universidad de Zaragoza.

¹² Rodríguez Sacristán, A. (2015). *Relación entre los trastornos del sueño y los hábitos en el dormir en la población infantil de Sevilla*. Tesis doctoral. Universidad de Sevilla, Facultad de Medicina departamento de Farmacología, Pediatría y Radiología.

¹³ Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos del Sueño en la Infancia y Adolescencia en Atención Primaria. *Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos del Sueño en la Infancia y Adolescencia en Atención Primaria*. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de la Agencia Laín Entralgo; 2011. Guías de Práctica Clínica en el SNS: UETS N° 2009/8.

Ciclos del sueño:^{14 15}

El sueño lento y el paradójico se suceden repetidamente entre unas 3 y 6 veces, durante la noche. El paso de una fase del sueño al otro es gradual. Un ciclo de sueño comienza con el sueño No REM, con una duración de aproximadamente 80 minutos y termina cuando finaliza el sueño REM, con una duración aproximadamente de 10 minutos, un ciclo transcurre cada 90 o 120 minutos. Después de un ciclo de sueño surge otro o hay un despertar repentino. Esta sucesión se denomina arquitectura del sueño. Durante ¹⁶la primera mitad de la noche, el individuo pasa de la vigilia a los estadios 1, 2, 3 y 4. Luego los estadios 3 y 2 reaparecen, después de lo cual el REM aparece por primera vez. En la segunda mitad de la noche, los estadios 2 y REM se alternan.

Paulatinamente a lo largo de los ciclos se va reduciendo la duración del sueño No REM y aumenta el sueño REM.

Al terminar la fase REM ocurren la mayor parte de los despertares espontáneos, y de esta manera se llega a la vigilia rápidamente. Pero por el contrario cuando el despertar sucede en la fase No REM se produce lo que se denomina inercia de sueño, sensación de aturdimiento al despertar que dura unos minutos.

¹⁴ Alberola López, S. (S.F.) Miembro del Grupo de Sueño de la AEPap. *Trastornos del sueño en el niño: identificación y herramientas para su manejo*

¹⁵ Olloqui Escalona, A. (2016) *Estudio de hábitos de sueño en niños preescolares de 3 a 4 años en la ciudad de Logroño*. Tesis Doctoral, Universidad de Zaragoza.

¹⁶ Alberola López, S. (S.F.) Miembro del Grupo de Sueño de la AEPap. *Trastornos del sueño en el niño: identificación y herramientas para su manejo*.

6.3. CARACTERÍSTICAS DEL SUEÑO INFANTIL.

Para comprender la evolución del sueño infantil, es necesario conocer, además de la fisiología del sueño, las características propias del desarrollo infantil, y entre estas se encuentra el “acoplamiento” o “attachment” (Pacheco García, 2012)¹⁷.

El “attachment” o “acoplamiento” surge por la evolución del ser humano respecto al cuidado del niño y la dependencia de este con su madre o cuidador, se manifiesta de una forma dramática cuando el niño es separado de ella; más que del resultado de un aprendizaje el acoplamiento se debe al deseo biológico de contacto y cercanía con el adulto (Pacheco García, 2012). Según Pacheco García (2012) el acoplamiento se desarrolla en cuatro etapas, tres de las cuales se desarrollan en la infancia:

- La primera etapa se comprende desde nacimiento a los dos o tres meses de edad, el lactante tiene una respuesta social indiscriminada ya que no responde a una persona en particular y tiene sensaciones globales.
- La segunda etapa se comprende entre los dos o tres meses a los siete meses, el niño muestra predilección por una persona o grupo de personas.
- La tercera etapa va desde los siete meses hasta los tres años, en ella comienza la búsqueda activa y el niño se encuentra “acoplado”.

Desde el nacimiento hasta los tres primeros meses de vida, el adormecimiento se consigue muy fácilmente, el niño pasa rápidamente de un estado de vigilia a un sueño poco profundo, son muy frecuentes los microdespertares, ligados a una sensación de satisfacción experimentada de forma global, la cual está ligada a la alimentación. Pero, a su vez, la sensación de hambre es una de las causas por la que el lactante se despierta, entre otros factores; dicho despertar es dramático (Olloqui Escalona, 2016; Villuendas et al., 1986). Pacheco García (2012) sostiene que, “la duración media del sueño en el recién nacido es de aproximadamente 30-40 minutos, siendo muy frecuentes breves despertares durante los 2 primeros meses de vida” (p. 3). Según el instituto del sueño¹⁸ un recién nacido duerme alrededor de 16 horas.

Entorno al tercer mes, el niño comienza a adoptar el ciclo día noche, es decir, durante el día duerme tres o cuatro siestas y durante la noche entre cinco a nueve horas. Alrededor de los seis

¹⁷ Pacheco García, M^a. T. (2012). Los trastornos del sueño en los niños. *Temas para la educación, revista digital para profesionales de la enseñanza*, n^o 20. [Disponible en: <https://www.feandalucia.ccoo.es/indcontei.aspx?d=6386&s=10&ind=283>] (Consulta: 19 de diciembre de 2016)

¹⁸ Instituto del sueño (IIS) [Disponible en: <http://www.iis.es/fases-rem-del-sueno-infantil-en-adultos-ninos-del-bebe-dormir/>] (Consulta: 20 de diciembre del 2016)

meses durante el día el número de siestas se han reducido a dos y durante la noche el niño duerme entre diez y doce horas. (Estivill y Béjar, 2006)

Desde los tres meses a los nueve, la satisfacción depende de factores afectivos, del tono muscular... por lo que el adormecimiento es más complicado, ya que el paso de la vigilia al sueño es un proceso más prolongado. El despertar del niño se va desligando cada vez más a la sensación de hambre y se produce por factores afectivos, por el deseo de actividad motriz.... El infante permanece en vigilia el 6% del tiempo que permanece acostado. (Olloqui Escalona, 2016; Villuendas et al., 1986)

De los nueve meses a los tres años, influyen diversos factores, como son la satisfacción intelectual, motriz y afectiva, por ello el adormecimiento es bastante más difícil, ya que el niño puede tardar en conciliar el sueño entre veinte a treinta minutos. A la hora de despertar intervienen factores psíquicos, que están relacionados con factores somáticos como son el hábito de despertarse a una misma hora, el deseo de actividad, deseo de afectividad... (Villuendas et al., 1986)

Entre los tres a los cinco años, el sueño comienza a consolidarse en un único periodo nocturno (10 horas aproximadamente) y los ciclos de sueño oscilan entre 80- 90 minutos, acercándose al de los adultos. (Olloqui Escalona, 2016). Suelen tener 7 ciclos de sueño y la transición de cada ciclo es regular y tranquila, a diferencia de los adultos que se mueven bruscamente. (Pacheco García, 2012).

Respecto a la duración del sueño, durante mucho tiempo se ha pensado que un recién nacido duerme entre veinte a veintiuna horas pero para Guessell¹⁹ “la cifra media es de diecinueve horas durante la primera semana; después la duración total del sueño disminuye hasta que al final del primer año no sobrepasa las trece y en este total, están comprendidos los grandes períodos de tranquilidad que no son un auténtico sueño, pero fáciles de distinguir de él”.

El aumento de la duración de tiempo se debe no sólo a la madurez neurológica sino también a factores afectivos y educativos.

Según Guessell²⁰ “desde la primera semana empieza a predominar el nocturno sobre el diurno, siendo poco importante al principio pero aumentado después rápidamente, hasta tal punto que desde el primer mes se produce una diferencia considerable entre los dos (suelo nocturno ocho horas y diurno seis)”.

¹⁹ Villuendas, M^a. D., Angulo, F., Benítez, A., Blanco, N., Jiménez, B., Rey, A., Rivas, J.I. y Sánchez, P. (1986). *Sueño y alimentación infantil*. Necesidades psíquicas y educación temprana-I. Madrid: Narcea, S.A.

²⁰ Villuendas, M^a. D., Angulo, F., Benítez, A., Blanco, N., Jiménez, B., Rey, A., Rivas, J.I. y Sánchez, P. (1986). *Sueño y alimentación infantil*. Necesidades psíquicas y educación temprana-I. Madrid: Narcea, S.A.

Según Villuendas et al. (1986) los factores culturales y sociales tendrán una gran importancia en el predominio del sueño nocturno de los niños; adaptándose así a la vida de su familia. (p. 58)

Durante la infancia las horas de sueño se van reduciendo de forma progresiva, unificándose en un solo episodio nocturno. (Pacheco García, 2012)

La falta de sueño en los infantes, puede producir problemas conductuales, de aprendizaje, sociales y cognitivos. (Estivill, 2002)

Duración del sueño en la infancia

EDAD	HORAS
1 semana	16-17 horas
3 meses	15 horas
6 meses	14 horas
12 meses	13 ³ / ₄ horas
18 meses	13 ¹ / ₂ horas
2 años	13 horas
3 años	12 horas
4 años	11 ¹ / ₂ horas
5 años	11 horas

²¹Tabla 1. Duración de sueño en la infancia

²¹ Estivill, E. y Béjar, S. (2006). *Duérmete, niño* (5ª ed.). Barcelona: Debolsillo.

Horas de sueño según la edad

Edad	Sueño nocturno	Sueño diurno
Desde recién nacidos hasta los 3 meses	De 5 a 9 horas. Se producen microdespertares.	8 horas, de 3 a 4 siestas.
De los 6 a los 12 meses	De 10 a 12 horas. Normalmente, duermen toda la noche.	3-4 horas, 2 siestas.
De los 12 meses a los 2 años	De 12 a 13 horas.	2 horas, 1 siesta.
De los 3 a los 5 años.	De 10 a 11 horas.	1 hora o ninguna

²²Tabla 2. Horas de sueño según la edad

6.4. TRASTORNOS DEL SUEÑO EN LA INFANCIA

Los trastornos del sueño tienen consecuencias no sólo en la propia vida del niño que los padece, sino también en la calidad de vida de sus familiares. Son muy frecuentes durante los 3 primeros años. Tienen orígenes complejos y llegan a constituir una verdadera carga para los padres, siendo el insomnio el que ocupa el primer lugar (Villuendas et al., 1986).

La ²³guía de práctica clínica sobre trastornos del sueño en la infancia y adolescencia en atención primaria (2011) sostiene que:

La definición de los trastornos del sueño en la infancia es muy complicado por diversas razones:

- A menudo existen problemas del sueño en lugar de verdaderos trastornos del sueño. Los problemas del sueño son fáciles de definir: se trata de patrones de sueño que son insatisfactorios para los padres, el niño o el pediatra. Pueden estar relacionados con el bienestar del niño o de la familia; pero no todos los problemas del sueño son anomalías ni todos precisan tratamiento. El trastorno del sueño, por el contrario, se

²² Estivill, E. y Béjar, S. (2006). *Duérmete, niño* (5ª ed.). Barcelona: Debolsillo.

²³ Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos del Sueño en la Infancia y Adolescencia en Atención Primaria. *Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos del Sueño en la Infancia y Adolescencia en Atención Primaria*. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de la Agencia Laín Entralgo; 2011. Guías de Práctica Clínica en el SNS: UETS N° 2009/8.

definirá como una alteración real, no una variación, de una función fisiológica que controla el sueño y opera durante el mismo.

- Frecuentemente los inconvenientes son para los padres y no para el niño. Situaciones que para unas familias son problemáticas no lo son para otras del mismo entorno.
- Las diferencias entre lo normal y lo anormal muchas veces son definidas según la edad y no según el patrón de sueño. Los mismos síntomas pueden tener significados muy diferentes según la edad del niño.

DISOMNIAS:

Son trastornos primarios del sueño que se producen por la dificultad de iniciar o mantener el sueño o por somnolencia diurna excesiva (Peraíta-Adrados, 2005)

- Insomnio: se define como la dificultad para conciliar y mantener el sueño. Según el Grupo²⁴ de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos del Sueño en la Infancia y Adolescencia en Atención Primaria (2011), el insomnio infantil afecta a un 30% de los niños entre los 6 meses y 5 años, el 25% se origina por causas conductuales, el otro 5% por causas médicas. Según Debré y Doumic²⁵ los factores que pueden llegar a influir en la aparición del insomnio son:

- Factores constitucionales: unos niños duermen más que otros.
- Factores de acondicionamiento: relacionados estrechamente con los factores afectivos, ya que el origen se puede deber a un mal acondicionamiento, debido al ruido, en cuanto se despierta la madre le coge, a la luz...
- Vínculo madre-hijo: el estudio de la relación entre madre e hijo es importante en la búsqueda de la causa de los trastornos, debido al desequilibrio constitucional de ella.

Una mala higiene del sueño en el lactante produce un sueño anómalo. Hacia los tres años, se produce debido a las características fisiológicas que presentan, como la

²⁴ Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos del Sueño en la Infancia y Adolescencia en Atención Primaria. *Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos del Sueño en la Infancia y Adolescencia en Atención Primaria*. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Unidad de Evaluación y Tecnologías Sanitarias de la Agencia Laín Entralgo; 2011. Guías de Práctica Clínica en el SNS: UETS N° 2009/8.

²⁵ Villuendas, M^a. D., Angulo, F., Benítez, A., Blanco, N., Jiménez, B., Rey, A., Rivas, J.I. y Sánchez, P. (1986). *Sueño y alimentación infantil*. Necesidades psíquicas y educación temprana-I. Madrid: Narcea, S.A.

afirmación de la personalidad, el miedo, la necesidad de independencia... también se puede producir debido a traumas psicológicos, abusos físicos, miedo al abandono, por enfermedades crónicas, como el asma, insuficiencia renal... El insomnio puede ser transitorio o crónico (Rodríguez Sacristán, 2015). Como consecuencia, el tiempo global de sueño disminuye y, por lo tanto, crece el cansancio y hay mayor excitación durante el día, el rendimiento físico y escolar se reduce, y se producen cambios de ánimo y fatiga durante el día (Gállego et al., 2007).

- Somnolencia diurna excesiva (SDE) o hipersomnias: no es un trastorno frecuente en la infancia. Es la apreciación anormal de la necesidad de dormir; cuando la necesidad de dormir es excesiva, la persona tiene una gran necesidad de dormir en horas no usuales de sueño. Produce problemas de conducta como puede ser los cambios de humor, fracaso en el aprendizaje escolar, falta de atención... (Rodríguez Sacristán, 2015). Existen dos tipos de hipersomnias, las “primarias” o intrínsecas, se caracterizan por una gran necesidad de sueño y las “secundarias” o extrínsecas que son todas aquellas circunstancias o patologías que cursan con un sueño insuficiente y provocan somnolencia diurna excesiva y son más frecuentes que las primarias. Dentro de las secundarias la más habitual es la privación crónica de sueño, principal fuente de SDE en niños. La hipersomnias primaria produce narcolepsia, lo cual produce una reducción significativa de las capacidades funcionales de la persona, se creen que los síntomas aparecen en la infancia pero son muy difícil de diagnosticar. (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos del Sueño en la Infancia y Adolescencia en Atención Primaria, 2011 y Rodríguez Sacristán, 2015)
- Trastornos del ritmo circadiano: se produce por un desorden del ciclo sueño vigilia, el más conocido es el jet lag. La persona se despierta con frecuencia y durante el día tiene una gran somnolencia. El cambio de horarios del sueño, por diversas circunstancias, produce menor duración del sueño, por lo que puede disminuir el rendimiento. La mayoría de los adultos que padecen este trastorno le iniciaron en la infancia y adolescencia, por ello es necesario que se comience a realizar un tratamiento en la edad pediátrica. Los cambios de personalidad y el retraso escolar lo padecen los niños con mayor frecuencia. (Rodríguez Sacristán, 2015)
- Narcolepsia: es un trastorno de la regulación anormal del ciclo sueño vigilia, es decir, del sueño REM, cuyas características son la somnolencia por el día, sueño por la noche se interrumpe y existen episodios de parálisis durante el sueño. Sintomatologías de dicho trastorno en los niños: les produce depresión por una

sensación de fracaso, desmotivación, antes del diagnóstico se les considera vagos, aumento de peso, movimiento durante la noche involuntarios e inconscientes, problemas escolares por falta de atención. (Beltrán, 2011)

- Síndrome de las piernas inquietas (SPI): la persona tiene la gran necesidad de sacudir las piernas cuando esta se encuentra en reposo, lo cual produce una sensación poco agradable. La sintomatología se agrava al terminar el día y se calma con el movimiento. Este trastorno afecta a la calidad de vida del menor, ya que produce insomnio, reducción de la atención. Y se encuentra relacionado con la hiperactividad. Los síntomas que más frecuentes en los niños son: nerviosismo, irritabilidad, falta de energía, falta de atención, lo cual produce problemas para ejecutar las tareas escolares. El síndrome de las piernas inquietas está relacionado con el síndrome de apnea-hipopnea del sueño (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos del Sueño en la Infancia y Adolescencia en Atención Primaria, 2011).
- Síndrome de apnea-hipopnea durante el sueño (SAHS): es un desorden de la respiración durante el sueño. Cuya característica es la obstrucción de la vía aérea superior y por ello se altera la respiración durante el sueño. Según la guía práctica clínica sobre trastornos del sueño en la infancia y adolescencia en Atención Primaria (2011), podemos distinguir tres tipos de SAHS:
 - SAHS tipo I: niños con hipertrofia adenoamigdalares
 - SAHS tipo II: niños obesos
 - SAHS tipo III: niños con anomalias craneofaciales

Está relacionado con los ronquidos, pero no todos los niños con SAHS roncan. Los niños con este trastorno presentan un sueño intranquilo, con continuos movimientos y posturas peculiares. Por todo ello, aumenta el trabajo respiratorio lo que provoca un mayor gasto energético y mayor sudoración. El niño se despierta de vez en cuando, no descansa durante el sueño, por lo que el niño puede llegar a presentar mayor cansancio, dolores de cabeza, hiperactividad, bajo rendimiento escolar, humor depresivo, falta de interés por las actividades del día a día. Todo ello afecta a la vida del pequeño, a su relación con su familia y a la participación en actividades físicas. Es muy probable que padezcan este trastorno los niños con sobrepeso, síndrome de Down y discapacidad psíquica (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos del Sueño en la Infancia y Adolescencia en Atención Primaria, 2011 y Olloqui, 2016).

PARASOMNIAS:

Son trastornos que se producen durante el sueño, irrumpiéndolo o no y en los cuales no se ven afectados los mecanismos de la vigilia ni los del control del sueño (Alberola, s.f.). Por regla general y en la infancia las parasomnias no son graves. Se presentan en gran medida durante los 3 a los 6 años (Estivill y Béjar, 2006). Tipos:

- **Sonambulismo:** el sonambulismo es probablemente el trastorno de sueño más frecuente en la infancia. Se inicia alrededor de los cuatro u ocho años de edad, hasta alrededor de los dieciséis años. Durante los sucesos de sonambulismo el niño se levanta, durante las 3 o 4 primeras horas, de la cama y transita sin ser consciente de lo que le rodea. Los episodios de sonambulismo suelen durar entre 5 o 15 minutos. Las acciones que el niño realiza durante estos episodios son conductas aprendidas durante la vigilia y van desde caminar o correr hasta realizar tareas mucho más complicadas como comer, bajar escaleras, abrir puertas... Normalmente se tiene los ojos abiertos y murmura o da respuesta a preguntas que se le realizan incomprensibles y sin significado, es complicado despertarle y pocas veces recuerdan lo que les ocurrido a la mañana siguiente; y si se despiertan el niños suele estar desorientado. Se ocasiona alrededor de la fase tres y cuatro del sueño lento, en el primer tercio del sueño. Una de las técnicas a las que se recurre para el tratamiento del sonambulismo es la relajación y enseñar hábitos del sueño correctos. (Alberola, s.f.; Estivill y Béjar, 2006; Gállego et al. , 2007 y Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos del Sueño en la Infancia y Adolescencia en Atención Primaria, 2011)
- **Terrores nocturnos o del sueño:** son menos frecuentes que el sonambulismo, sin embargo en alguna ocasión se llega a asociar con él. Trastorno propio de la infancia, con una prevalencia de 1-6,5% (Gállego et al.2007). Se ocasiona durante la primera mitad de la noche, en la fase cuatro del sueño no REM, en la cual, el niños se despierta repentinamente y comienza a gritar como si estuviera sufriendo. El niño puede llegar a estar pálido, agitado, confuso y con sudores fríos, no reacciona a los estímulos exteriores, ya que está profundamente dormido y a la mañana siguiente no recuerda lo que ha ocurrido. Este episodio dura entorno a dos o diez minutos, y finaliza espontáneamente cuando el niño se vuelve a dormir. Pueden surgir en torno a los dos o tres años y van desapareciendo al llegar a la pubertad. Uno de los factores que pueden ayudar a que se produzcan los terrores nocturnos es la alta fiebre, situaciones de estrés y la carencia de sueño (Estivill y Béjar, 2006).

- Pesadillas: el 30% de los niños de entre 3 a 5 años son diagnosticados, pero son especialmente prevalentes entre el sexo femenino. Suelen comenzar a los tres años y van desapareciendo entre los o diez años (Pacheco García, 2012). Se producen generalmente en la segunda mitad de la noche, durante el sueño REM. Los sueños que tienen les producen ansiedad, angustia y llanto y el niño se despierta con miedo y gritando. El niño durante la pesadilla se despierta y es capaz de explicar que es lo que ocurría en el sueño, ya que recuerda lo soñado, por lo que los padres pueden explicarle que es un sueño y que no tiene por qué tener miedo y el niño se puede volver a dormir quedándose tranquilo. Los sucesos están relacionados con algún episodio externo que les producen ansiedad o miedo, por lo que duran una semana hasta que se reduce la ansiedad diurna y por lo tanto la frecuencia e intensidad de las pesadillas disminuye y desaparecen, pero a veces se pueden volver repetitivas, si el niño se encuentra traumatizado por un suceso en concreto (Estivill y Béjar, 2006).

Diferencia entre pesadillas y terrores nocturnos

PESADILLAS	TERRORES NOCTURNOS
Sueño terrorífico del cual el niño despierta	Sueño terrorífico mientras se duerme, sin despertar posterior
Actividad motriz más ligera	Actividad motriz intensa. Gritos, sudoración y agitación
El niño relata de forma lo ocurrido	No se encuentra despierto
Reconoce a las personas y a su entorno	Confuso. No reconoce
No alucinaciones	Alucinaciones
Durante el sueño REM	Durante el sueño No REM
Suele ser difícil volver a dormir	Sueño tras episodio
Breve duración	Duración mayor
Recuerdo de todo	Amnesia del episodio

Tabla 3²⁶. Diferencia entre pesadillas y terrores nocturnos

²⁶ Rodríguez Sacristán, A. (2015). *Relación entre los trastornos del sueño y los hábitos en el dormir en la población infantil de Sevilla*. Tesis doctoral. Universidad de Sevilla, Facultad de Medicina departamento de Farmacología, Pediatría y Radiología.

- Despertar confusional²⁷²⁸: el niño se despierta en el primer tercio del sueño nocturno y está confuso; es un trastorno habitual en los niños de menos de 5 años y se va reduciendo con la edad. El niño se encuentra desorientado, tanto temporal como espacialmente, muestra lentitud, tanto en el habla como en las acciones, su comportamiento es inadecuado, llegando a llorar o gritar e, incluso, puede llegar a ser agresivo. No se suele recordar lo sucedido. Si se le intenta consolar los síntomas se agravan y se alargan los episodios, mostrando rechazo, rebeldía y agresividad. Es conveniente no despertar a estos niños en la primera parte de la noche para que así no se produzca dicho episodio. Los sucesos suelen durar entre cinco y quince minutos, aunque pueden llegar a durar horas. Los episodios de despertar confuso de inician y finalizan de una manera progresiva, a diferencia del sonambulismo y los terrores nocturnos, que tienen un inicio y final inesperado.
- Bruxismo: coloquialmente se conoce como “rechinar de dientes”. La causa del bruxismo es la tensión acumulada en la zona de la mandíbula, por estrés o ansiedad, y que a lo largo de la noche se origina una descarga de dicha tensión, produciendo un ruido molesto, de rechinar de dientes (Estivill y Béjar, 2006). Se produce por movimientos mandibulares parecidos a la masticación, y se produce durante toda la noche, siendo más habitual en la segunda fase del sueño no REM (Rodríguez Sacristán, 2015). Se debe actuar si esto provoca desgastes en los dientes, sino, no es necesario acudir al médico ya que irá desapareciendo a medida que el niño crezca (Estivill y Béjar, 2006).
- Somniloquio (hablar durmiendo): el niño durante la noche, habitualmente en la madrugada, dice palabras sueltas que normalmente son incomprensibles, también pueden gritar, llorar, e incluso reír; por regla general a la mañana siguiente no recuerdan lo sucedido, ya que cuando ha sucedido el episodio el niño está completamente dormido y pueden volver a conciliar el sueño (Estivill y Béjar, 2006 y Gállego et al., 2007). Normalmente²⁹ aparece en la infancia, y afecta alrededor del

²⁷ Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos del Sueño en la Infancia y Adolescencia en Atención Primaria. *Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos del Sueño en la Infancia y Adolescencia en Atención Primaria*. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de la Agencia Laín Entralgo; 2011. Guías de Práctica Clínica en el SNS: UETS N° 2009/8.

²⁸ J. Gállego Pérez-Larraya J, Toledo JB, Urrestarazu E, Iriarte J. Clasificación de los trastornos del sueño. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*. (2007) [Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272007000200003] (Consulta en: 21 de diciembre del 2016)

²⁹ Instituto del sueño (IIS) [Disponible en: <http://www.iis.es/fases-rem-del-sueno-infantil-en-adultos-ninos-del-bebe-dormir/>] (Consulta: 20 de diciembre del 2016)

15% de los infantes; no obstante puede aparecer a cualquier edad. A veces se encuentra ligado a otros trastornos del sueño (pesadillas, terrores nocturnos...)

- Mioclonias hípnicas³⁰: son espasmos involuntarios, breves y violentos de grupos musculares, generalmente afecta a las extremidades inferiores, no obstante pueden observarse en los brazos y en la cabeza. Está relacionado con el ejercicio intenso y el estrés.
- Movimientos rítmicos durante el sueño o trastornos de balanceo: se producen movimientos bruscos, repetitivos y estereotipados de diferentes partes del cuerpo, y suceden principalmente a la hora de dormirse, en la transición de la vigilia al sueño, aunque en ocasiones pueden darse en otro tipo de sueño, como el sueño REM. Suelen durar alrededor de unos 15 minutos. El golpeo de la cabeza suele parecer en la lactancia y desaparece alrededor de los 18 meses. El balanceo del cuerpo, suele ir acompañado con sonidos desagradables, suelen comenzar sobre los 9 meses, pero no más allá de los 2 años. A pesar de que estos movimientos repetitivos y estereotipados suelen preocupar a los padres, es una enfermedad benigna, la cual mejora a lo largo del tiempo. Por lo que se deben tomar medidas para que el niño no se haga daño (acolchar las barandillas de la cuna); pero cuando estos movimientos se alargan durante años o también los realiza por el día, conviene que el niño sea evaluado, ya que podría tener un trastorno neurológico o psicológico. (Estivill y Béjar, 2006; Gállego et al., 2007 y Instituto del sueño³¹, s.f.)
- Enuresis nocturna^{32,33}: consiste en la emisión de micción inconsciente durante el sueño, y se debe producir más de 3 veces durante un mismo mes, a partir de los 5 años. Es más habitual en los niños (8%) que en las niñas (4%) y viene dado en la familia. Desaparece paulatinamente durante los años escolares. Existen la enuresis primaria, más frecuentes y no hay control de los síntomas, y secundarias, son menos frecuentes y hay control de los síntomas durante 6 meses aproximadamente. No se saben concretamente las causas de este trastorno. Puede darse en cualquier fase del sueño, aunque en el sueño profundo es más probable. Se cree que tienen

³⁰ Instituto del sueño (IIS) [Disponible en: <http://www.iis.es/fases-rem-del-sueno-infantil-en-adultos-ninos-del-bebe-dormir/>] (Consulta: 20 de diciembre del 2016)

³¹ Instituto del sueño (IIS) [Disponible en: <http://www.iis.es/fases-rem-del-sueno-infantil-en-adultos-ninos-del-bebe-dormir/>] (Consulta: 20 de diciembre del 2016)

³² Rodríguez Sacristán, A. (2015). *Relación entre los trastornos del sueño y los hábitos en el dormir en la población infantil de Sevilla*. Tesis doctoral. Universidad de Sevilla, Facultad de Medicina departamento de Farmacología, Pediatría y Radiología.

³³ Pin Arboledas, G. (s.f.). *Parasomnias en la infancia*. Universidad Católica de Valencia, Universidad Valenciana del Sueño [Disponible en: <http://docplayer.es/9918754-Parasomnias-en-la-infancia-gonzalo-pin-arboledas.html>] (Consulta: 21 de diciembre de 2016)

que ver con la inestabilidad de los esfínteres, el tamaño de la vejiga o por un mal control de los esfínteres, debido a un retraso mental.

- Síndrome de hipo ventilación central congénita: comienza en los primeros meses del lactante. Las características son la interrupción corta de la respiración con cianosis (color azul de la piel). Se produce igualmente en niños y niñas, pero afecta más a niños/as prematuros. El tratamiento debe comenzar prematuramente, a través de la ventilación mecánica mediante traqueotomía. (Sacristán, 2015)
- Ronquido primario: entre el siete y el diez por ciento de los niños roncan habitualmente (Estivill y Béjar, 2006). Es un síntoma que lo tienen la mayoría de los trastorno respiratorios que se producen durante el sueño. Muchos de los niños que roncan tienen el llamado “ronquido habitual” dicho ronquido se produce durante tres o más días a la semana más de tres semana consecutivas. La edad en la que aparece con más prevalencia es entre los 2 y 3 años y desciende a partir de los 9 años de edad. Si el niño ronca más de 4 noches seguidas se asocia con la tos nocturna o el asma (Gállego et al., 2007 y Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos del Sueño en la Infancia y Adolescencia en Atención Primaria, 2011).

Los trastornos del sueño más frecuentes en la infancia:

Trastornos del sueño en la infancia

TRASTORNOS
Insomnio
Síndrome de las piernas inquietas (SPI)
Síndrome de apnea-hipopnea durante el sueño (SAHS)
Sonambulismo
Terrores nocturnos
Despertar confusional
Pesadillas
Movimiento rítmico durante el sueño
Narcolepsia
Síndrome de hipo ventilación central congénita
Trastorno del ritmo circadiano
Ronquido primario
Bruxismo
Somniloquio
Enuresis nocturna

Tabla 4. Trastornos del sueño en la infancia

6.5. RENDIMIENTO ESCOLAR

Es difícil establecer una definición concreta para el rendimiento escolar, ya que ha evolucionado a lo largo del tiempo.

En un principio, se identificaba con el trabajo escolar y las capacidades intelectuales de los alumnos. Pero además, para alcanzar un buen rendimiento escolar es necesaria una buena aptitud y motivación, y factores como son: el entorno familiar, la relación entre el profesor y el alumno, el centro escolar... (González, 1988)

Según Forteza³⁴ (1975) “el rendimiento es la productividad del sujeto, el producto final de la aplicación de su esfuerzo, matizado por sus actividades, rasgos y la percepción más o menos correcta de los cometidos asignados”.

Otra definición de rendimiento según Carabaña³⁵ (1979) lo define como “el resultado de sus mediciones social y académicamente relevantes”.

Según González (1988) todas estas definiciones tienden a universalizarse, pero hay que tener en cuenta que en el rendimiento escolar no sólo interviene el individuo sino también la sociedad.

Se puede concluir que en el rendimiento escolar no sólo influye la adquisición de conocimientos, sino también las conductas, actitudes y otros elementos del proceso de socialización. (González, 1988)

Concurren una serie de elementos en el aprendizaje y en el rendimiento escolar, como son factores internos del alumno, cognitivos y motivacionales y factores externos, el buen clima del aula hace que los estudiantes se sientan seguros, llevando consigo que estos se impliquen activamente en el aprendizaje y que no pierdan el deseo de aprender. (González y Tourón, 1992)

³⁴ González, A. (1988). Revista de educación 287. La reforma de las enseñanzas medias: evaluación externa. *Indicadores del rendimiento escolar. Relación entre pruebas objetivas y clasificaciones.* [Disponible en: <https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=6gvKdbGtVIQC&oi=fnd&pg=PA31&dq=DEFINICION+DE+RENDIMIENTO+ESCOLAR&ots=hYzLeYi2HA&sig=OgZ5g2jWAEpU-8IHypwmFYMmBA8#v=onepage&q=DEFINICION%20DE%20RENDIMIENTO%20ESCOLAR&f=false>] (Consulta: 23 de diciembre de 2016)

³⁵ González, A. (1988). Revista de educación 287. La reforma de las enseñanzas medias: evaluación externa. *Indicadores del rendimiento escolar. Relación entre pruebas objetivas y clasificaciones.* [Disponible en: <https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=6gvKdbGtVIQC&oi=fnd&pg=PA31&dq=DEFINICION+DE+RENDIMIENTO+ESCOLAR&ots=hYzLeYi2HA&sig=OgZ5g2jWAEpU-8IHypwmFYMmBA8#v=onepage&q=DEFINICION%20DE%20RENDIMIENTO%20ESCOLAR&f=false>] (Consulta: 23 de diciembre de 2016)

González y Tourón, (1992) sostiene lo siguiente:

Son multitud los factores que inciden en el éxito o fracaso académico, aunque los podemos agrupar en tres categorías: a) factores psicológicos (p.e. inteligencia, personalidad, actitudes, motivación, etc.); b) factores sociológicos o ambientales (clima social. clima escolar. ambiente familiar. etc.); c) factores didácticos o pedagógicos (estrategias de instrucción. métodos de enseñanza; recursos didácticos; etc.)

LA ATENCIÓN Y EL RENDIMIENTO ESCOLAR

La atención³⁶ se puede definir como “la acción de concentrarse, de aplicarse o como una señal de afecto o de interés.”

Boujon y Quaireau (2004) sostienen:

La atención se da a nivel de la percepción y de dar respuestas, consiste en dar preferencia en lo que se percibe por el sentido de la vista, más que por cualquier otro sentido y elegir una respuesta adecuada dependiendo de la situación. Además la atención se ejercita de manera cognitiva, consiste en dar un orden de importancia a nuestras ideas.

Según distintas investigaciones (Bakan, 1959 y Rosvold, 1956)³⁷, se concluye que la atención se manifiesta por la eficacia del comportamiento, no puede mantenerse después de media hora, los límites de la atención aparecen cuando hay que realizar varias operaciones al mismo tiempo y permite la selección de la información.

³⁶ Boujon, C. y Quaireau, C (2004). *Atención, aprendizaje y rendimiento escolar*. [Disponible en: https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=UVC7WGIU4XQC&oi=fnd&pg=PA5&dq=baja+atencion+escolar&ots=EELn880iFR&sig=HHVju0XdaFswO7UM_0ztZw5c7_o#v=onepage&q=baja%20atencion%20escolar&f=false] (Consulta: 23 de diciembre de 2016)

³⁷ Boujon, C. y Quaireau, C (2004). *Atención, aprendizaje y rendimiento escolar*. [Disponible en: https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=UVC7WGIU4XQC&oi=fnd&pg=PA5&dq=baja+atencion+escolar&ots=EELn880iFR&sig=HHVju0XdaFswO7UM_0ztZw5c7_o#v=onepage&q=baja%20atencion%20escolar&f=false] (Consulta: 23 de diciembre de 2016)

7. METODOLOGÍA

La metodología utilizada para la realización de este Trabajo de Fin de Grado es la encuesta y la entrevista, técnicas cuantitativas y cualitativas de investigación. Previamente se ha realizado una búsqueda de información en distintas fuentes.

La³⁸ utilización de ambas metodologías para la recolección y análisis de datos, tiene como ventajas verificar teorías en un mismo estudio y compensar las desventajas que existen en las metodologías cualitativas y cuantitativas cuando se utilizan por separado. (N. Ugalde Binda, F. Balbaste Benabent, 2013)

La³⁹ entrevista es una técnica de estudio cualitativa, se realiza mediante cuestiones abiertas que recogen la información en profundidad sobre el tema a estudiar sobre el tema a estudiar, la forma de recogida de datos es la descripción textual de lo respondido por el sujeto. En este caso en particular, se realizó en el hospital comarcal de Medina del Campo, de manera conjunta a una pediatra y a dos enfermeras de pediatría.

El objetivo de la entrevista es conocer si las familias de la localidad acuden al centro de salud preocupadas por el sueño de sus hijos. Si han atendido algún paciente de 2 a 5 años con algún tipo de trastorno del sueño; que pautas siguen para verificar si existe algún tipo de trastorno; si creen que los niños tienen más problemas para conciliar el sueño en la actualidad y si afectan los malos hábitos de sueño a la capacidad de atención. (Anexo 1)

La⁴⁰ encuesta es una técnica de estudio cuantitativa, recoge información a través de cuestiones cerradas que se plantean a los diferentes sujetos de forma análoga. La forma de recogida de los datos es de manera numérica sobre variables previamente determinadas, esto permite la cuantificación de los resultados y realizar estadísticas de la población a estudiar. (Anexo 2)

Se realizó una búsqueda de encuestas validadas, escogiendo la más idónea para dicha investigación. Una vez reformuladas, y previa información a las familias mediante una nota informativa, se entregaron a los familiares de los niños, con la autorización del centro escolar. (Anexo 3)

³⁸ Ugalde Binda, N. y Balbaste Benavent, F. (2013) *Investigación cuantitativa e investigación cualitativa: buscando las ventajas de las diferentes metodologías de investigación*. [Disponible en <http://revistas.ucr.ac.cr/index.php/economicas/article/view/12730/11978>] (Consulta: 18 de diciembre de 2016)

³⁹ Martínez Rodríguez, J. (2011). Métodos de investigación cualitativa. *Silogismo más que conceptos*, N° 8 (1), 13,36-37.

⁴⁰ Sarduy Domínguez, Y. (2007). *Revista Cubana de Salud Pública* n° 3 v.33.El análisis de información y las investigaciones cuantitativa y cualitativa. [Disponible en http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662007000300020] (Consulta: 18 de diciembre)

El fin de las encuestas es la recogida de datos sobre hábitos del sueño en la población de Medina del Campo, utilizando una muestra, así como ver la relación que puede llegar a existir entre dichos hábitos y la actuación de los niños en el aula.

Las encuestas han sido contestadas por las familias o tutores legales de los niños que son los principales responsables de la higiene del sueño en la infancia, ya que estos se encuentran en la etapa de Educación Infantil.

7.1. CONTEXTO

Los sujetos a estudiar pertenecen al municipio de Medina del Campo, con una extensión de 153 Km² situado al noroeste de provincia de Valladolid, a escasos 50 kilómetros de la capital de provincia. Se encuentra relativamente cerca de Madrid, a 156 kilómetros, con fácil acceso a esta. Cuenta con una población de 21.110 habitantes (Instituto Nacional de Estadística a 1 enero de 2015).

La⁴¹ Villa tiene una serie de servicios, disponibles no sólo para el municipio, sino también para toda la comarca:

Servicios sanitarios:

- Centro de salud urbano y rural, Hospital comarcal y dependencias de Seguridad Social.

Centros culturales:

- Casa de cultura, Casa del Peso, Museo de las Ferias, Auditorio municipal, centro cultural integrado, centro de interpretación de Isabel la Católica, escuela municipal de danza y de arte dramático y biblioteca municipal

Centros deportivos:

- Complejo deportivo Pablo Cáceres (polideportivo, estadio municipal y pistas de atletismo, frontón cubierto y al aire libre, pistas de tenis y de pádel, piscinas municipales climatizadas y al aire libre y canchas de baloncesto y fútbol sala), Polideportivo Barrientos, área recreativa las Salina y tres carriles- bici.

⁴¹Ayuntamiento de Medina del Campo.[Disponible en <http://www.ayto-medinadelcampo.es/MedinaDelCampo/La%20Ciudad/Localizaci%F3n>] (Consulta: 18 de diciembre del 2016)

Dispone de diversos centros educativos:

- Infantil y primaria:
 - Centros educativos públicos: CEIP Clemente Fernández de la Devesa, CEIP Obispo Barrientos y CEIP Ntra. Sra. De las Mercedes.
 - Centros educativos concertados: Lope de Vega, San José-Hijas de Jesús y San Juan de la Cruz, los tres centros cuentan además con el 1er y 2º ciclo de la E.S.O.
- Secundaria:
 - Centros educativos públicos: IES Emperador Carlos e IES Gómez Pereira.
 - Centros Específicos de Formación Profesional.
- Escuelas municipales de Educación Infantil:
- Otros centros: Escuela Oficial de Idiomas, Centro de adultos Bernal Díaz del Castillo, Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED) y programa interuniversitario de la experiencia de Castilla y León.

7.2. SUJETOS

Los sujetos a los cuales se ha realizado la investigación son niños/as entre 2 y 5 años de la localidad de Medina del Campo. Medina del Campo cuenta con una población de 21.110 habitantes y seis centros educativos de Educación Infantil y primaria. La elección del centro para la realización de la investigación se debe a que representa el 20% de la población escolar del municipio.

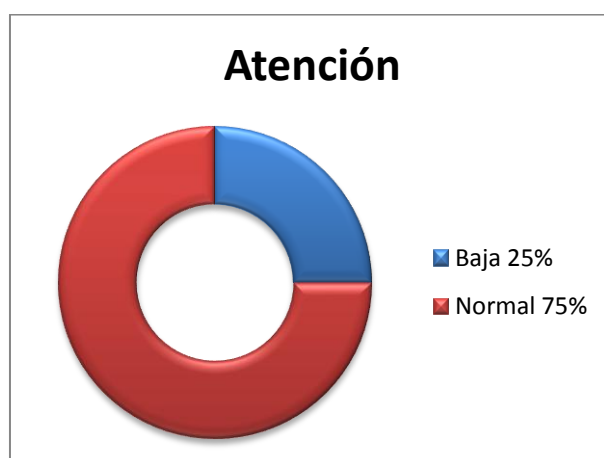
Una vez entregadas las encuestas a las familias obtuve una participación del 57,14 %, ya que la muestra de sujetos a estudiar en total es de 40. Respecto a la participación obtenida por aula en primero de E.I. (2-3 años) obtuve una participación del 71.43%, en segundo de E.I. (4 años) el 34.78% y en tercero de E.I (5 años) el 60.71%.

Muestreo total de sujetos por edad y sexo

EDAD	MUESTRA	NIÑOS	NIÑAS
2-3 AÑOS	15	12	3
4 AÑOS	8	5	3
5 AÑOS	17	8	9
TOTAL	40	25	15

Tabla 5: Muestra total de sujetos por edad y sexo

Tras la observación del alumnado, durante varias semanas, el porcentaje de niños con baja atención a la hora de realizar las tareas escolares en el aula, relacionada esta con la capacidad de aprendizaje que tienen los niños, respecto a las encuestas obtenidas es el siguiente:



Gráfica 1. Baja atención del total de los niños

La baja atención se identifica con que los niños están ausentes, olvidan cosas explicadas anteriormente, parece que no comprenden por completo lo que se les dice o tardan en comprenderlo, no identifican los contenidos importantes, tienen problemas para mantener la atención durante un periodo largo de tiempo.

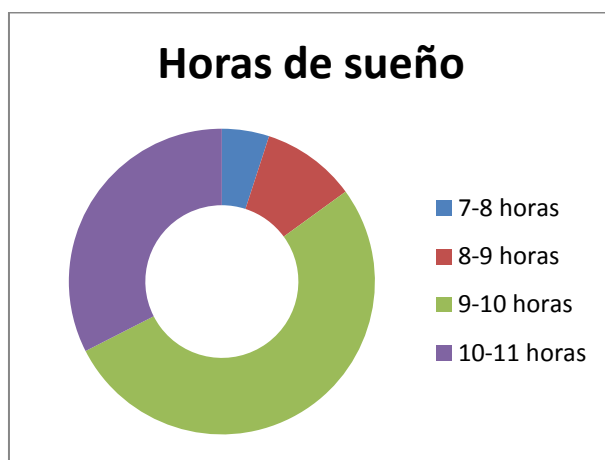
7.3. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS

En este apartado compararé la información obtenida en cada una de las encuestas realizadas, analizando así los hábitos de sueño de los sujetos estudiados, pudiendo así extrapolarlo a los hábitos de sueño de los niños de 2 a 5 años de la población de Medina del Campo e intentaré detectar entre dichos resultados si existe una relación causal entre estos resultados y la baja atención de los niños en el aula.

Respecto a los resultados de la entrevista realizada a los pediatras, se puede concluir que no han atendidos a niños con trastornos del sueño, las familias se empiezan a preocupar por el sueño de sus hijos cuando no les dejan descansar a ellos, la mayoría de las consultas es por niños de alrededor de los 15 meses por lo que es normal que estos niños no duerman toda la noche; pero según los pediatras no se deberían preocupar sólo cuando no les dejan dormir a ellos, sino que deberían dar pautas ya desde pequeños sobre la buena higiene del sueño de sus hijos como por ejemplo darles unas rutinas marcadas acostándose siempre a la misma hora. Para certificar si un niño puede tener o no un trastorno del sueño se les pide a las familias que realicen un “diario del sueño”. Según estos hay una relación clara entre la mala higiene del sueño y los malos hábitos alimenticios, no tener normas...

HÁBITOS DEL SUEÑO

Horas de sueño por la noche: número de horas, a partir de las 9 de la noche, que duerme diariamente, es decir, horas que duermen desde que se acuestan hasta que se duermen. Se han realizado cuatro intervalos en función de las horas de sueño diarias de 7 a 8 (5%), de 8 a 9 (10%), de 9 a 10 (52.5%) y de 10 a 11 (32.5%).



Gráfica 2. Horas de sueño por la noche

Horas del sueño por el día: número de horas, a partir de las 9 de la mañana, que duerme diariamente. Se han realizado cuatro intervalos en función de las horas de sueño diarias: ninguna hora (55%), treinta minutos (5%), de 1 a 2 horas (20%) y de 2 a 3 horas (20%).



Gráfica 3. Horas de sueño por el día

Veces que se despierta durante la noche: número de veces en las que el sujeto se despierta durante la noche. Se han realizado cuatro puntos de diferencia en función de las veces que se despierta durante la noche: ninguna (67.5%), una vez (22.5%), dos veces (5%) y tres veces (5%).



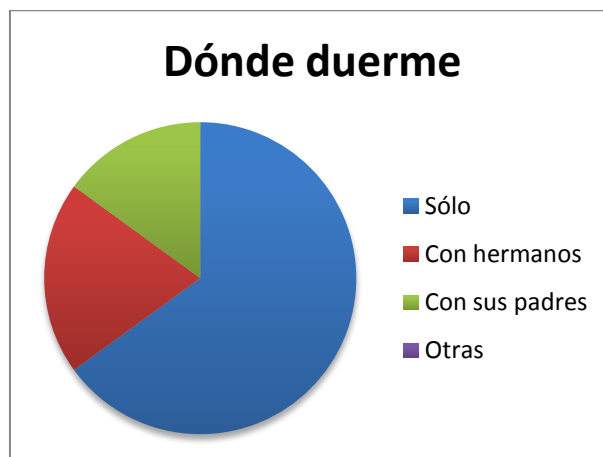
Gráfica 4. Número de veces que se despierta durante la noche

Tiempo que permanece despierto durante de la noche: número de horas o minutos que el niño permanece despierto durante la noche, de 12 a 6 de la mañana. Se han realizado cuatro intervalos en función de las horas o minutos que el sujeto a estudiar permanece despierto durante la noche no se despierta (67.5%), entre 5 y 10 minutos (17.5%), entre 30 minutos y una hora (10%) y entre 2 horas a 2 horas y media (5%).



Gráfica 5. Tiempo que está despierto durante la noche

Dónde duerme: los niños pueden dormir en diferentes lugares como su habitación sólo (65%), en su habitación con hermanos (20%), en la cama con sus padres (15%) o en otras estancias (0%).



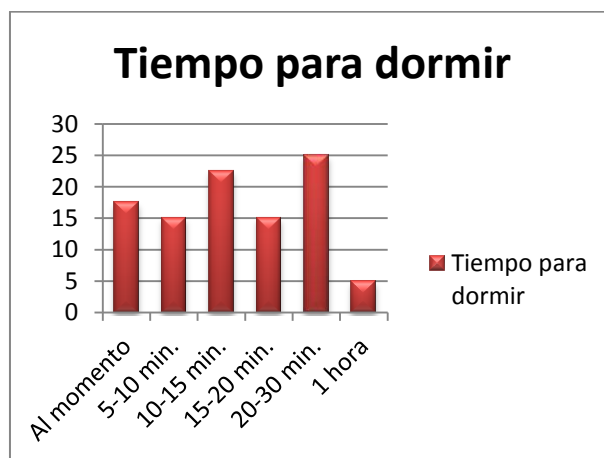
Gráfica 6. Dónde duermen

Cómo se duerme el niño: cada niño tiene unas necesidades para poder dormir, ya sea por costumbres arraigadas en él o por apego a los padres, por ello se han dividido cinco maneras diferentes en las que puede quedarse dormido, mientras come (por ejemplo, si toma un vaso de leche...) (0%), acunándolo (movimientos de balanceo) (0%), en brazos (0%), el sólo en su cama (52.5%) y el sólo en presencia de la madre/padre/tutor (47.5%).



Gráfica 7. Cómo se duerme

Tiempo que necesita para dormir: una vez que se acuesta el niño puede necesitar varios minutos e incluso horas para coger el sueño por la noche. Se han realizado seis intervalos en función del tiempo que tarda en dormirse el sujeto a estudiar: se duerme nada más acostarse (17.5%), de 5 a 10 minutos (15%), de 10 a 15 minutos (22.5%), de 15 a 20 minutos (15%), de 20 a 30 minutos (25%) y una hora (5%).



Gráfica 8. Tiempo que necesita para dormirse

Hora a la que se suele quedar dormido por la noche (primer sueño): está pregunta no ha sido entendida por todos los padres por lo que no han sido contestadas en alguno de los cuestionarios. Según la hora a la que se duerme, se han realizado tres intervalos en función de la hora a la que se duerme el niño: no contestadas (7.5%), de 21.30 a 22.00 (17.5%), de 22.00 a 22.30 (50%) y de 22.30 a 23.00 (25%).



Gráfica 9. Hora a la que se suele dormir

Por último, se les pregunto a los padres si consideraban que el sueño de sus hijos es un problema, para ver el grado de importancia que se da a la higiene del sueño dentro de las propias familias y si consideran que sus niños tienen malos hábitos del sueño y por lo tanto el que su hijo duerma mal afecta a su vida. Para ello se propusieron 3 ítems: sí, muy importante (7.5%), sí, poco importante (20%) y no es un problema (72.5%).



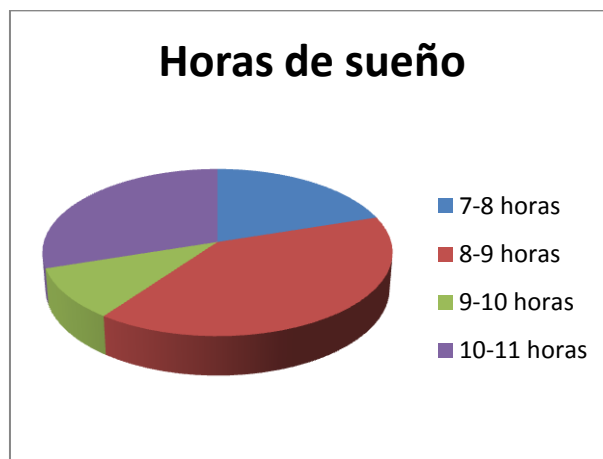
Gráfica 10. El sueño de los niños es un problema

Extrapolando los resultados de los hábitos del sueño de los sujetos estudiados a la población de Medina del Campo se puede concluir que la mitad de los niños de entre 2 y 5 años se duermen entre las 22:00 y 22:30 h., más de la mitad duermen de 9 a 10 horas de media diarias por la noche, y no se despiertan ninguna vez, sólo el 22,5% se despierta 1 vez y el 10% de dos a tres veces, de los niños que se despiertan alguna vez el 17,5% está despierto entre 5 y 10 minutos, la cuarta parte de los niños tardan en dormirse entre 20 y 30 minutos y más de la mitad duermen en su habitación solos y no necesitan la presencia de un adulto para dormir, pero la mitad restante si la necesitan y duermen o con sus padres o en habitación compartida con hermanos, respecto a la horas que duermen durante el día más de la mitad de los niños no duermen siesta.

HÁBITOS DEL SUEÑO EN NIÑOS CON BAJA ATENCIÓN

El 25% de los sujetos estudiados presentan en el aula problemas de atención, lo cual influye en su capacidad de aprendizaje, ya que les cuesta entender las tareas que tienen que realizar, se les olvida aprendizajes trabajados anteriormente.... Por ello, a continuación analizaré los hábitos del sueño de estos niños y la posible relación entre estos y la baja atención.

Horas de sueño por la noche: número de horas, a partir de las 9 de la noche, que duerme diariamente. Se han realizado cuatro intervalos en función de las horas de sueño diarias de 7 a 8 (20%), de 8 a 9 horas (40%), de 9 a 10 (10%) y de 10 a 11 (30%).



Gráfica 11. Horas de sueño por la noche

Horas del sueño por el día: número de horas, a partir de las 9 de la mañana, que duerme diariamente. Se han realizado cuatro intervalos en función de las horas de sueño diarias: ninguna hora (50%), treinta minutos (0%), de 1 a 2 horas (10%) y de 2 a 3 horas (40%).



Gráfica 12. Horas de sueño por el día

Veces que se despierta durante la noche: Se han realizado cuatro puntos de diferentes en función de las veces que se despierta durante la noche: ninguna (40%), una vez (40%), dos veces (10%) y tres veces (10%).



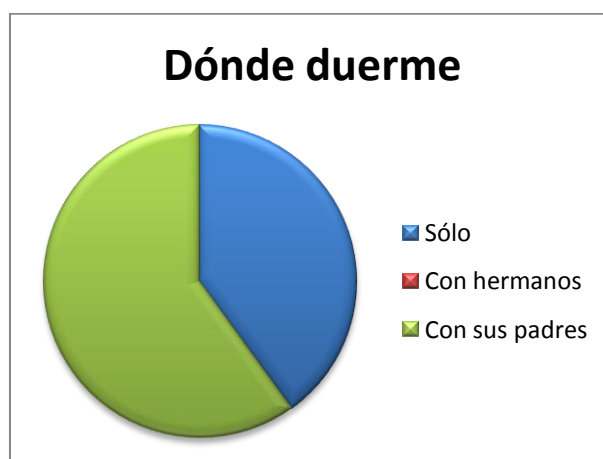
Gráfica 13. Número de veces que se despierta durante la noche

Tiempo que permanece despierto durante de la noche: Se han realizado cuatro intervalo en función de las horas o minutos que el sujeto a estudiar permanece despierto durante la noche no se despierta (40%), entre 5 y 10 minutos (10%), entre 30 minutos y una hora (10%) y entre 2 horas a 2 horas y media (40%).



Gráfica 14. Tiempo que está despierto durante la noche

Dónde duerme: los niños pueden dormir en diferentes lugares como su habitación sólo (40%), en su habitación con hermanos (0%), en la cama con sus padres (60%).



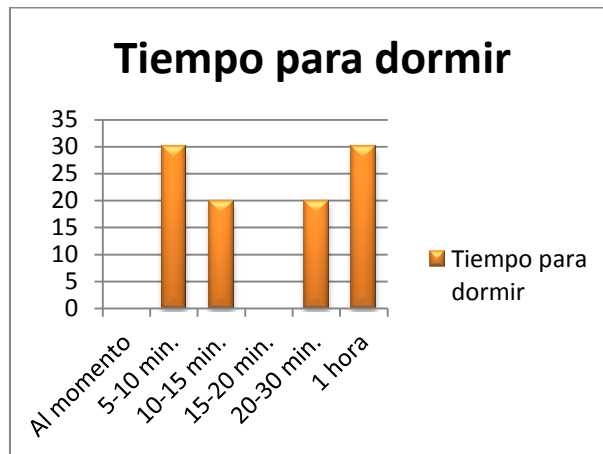
Gráfica 15. Dónde duermen

Cómo se duerme el niño: se han dividido en dos maneras diferentes en las que puede quedarse dormido, el sólo en su cama (30%) y el sólo en presencia de la madre/padre/tutor (70%).



Gráfica 16. Cómo se duerme

Tiempo que necesita para dormir: Se han realizado seis intervalos en función del tiempo que tarda en dormirse el sujeto a estudiar: se duerme nada más acostarse (0%), de 5 a 10 minutos (30%), de 10 a 15 minutos (20%), de 15 a 20 minutos (0%), de 20 a 30 minutos (20%) y una hora (30%).



Gráfica 17. Tiempo que necesita para dormirse

Hora a la que se suele quedar dormido por la noche (primer sueño): Según la hora a la que se duerme, se han realizado tres intervalos en función de la hora a la que se duerme el niño: no contestadas (0%), de 21.30 a 22.00 (0%), de 22.00 a 22.30 (40%) y de 22.30 a 23.00 (60%).



Gráfica 18. Hora a la que se suele dormir

Por último, se les pregunto a los padres si consideraban que el sueño de sus hijos es un problema. Para ello se propusieron 3 ítems: sí, muy importante (0%), sí, poco importante (30%) y no es un problema (70%).



Gráfica 19. El sueño de los niños es un problema

Tras el análisis de los resultados de los sujetos estudiados con baja atención se puede concluir que más de la mitad de los niños se duermen entre 22:30 y 23:00 h. y duermen entre 7 y 9 horas por la noche, y la mitad no se despierta o se despierta una vez durante la noche, sólo el 20% se despierta dos o tres veces, de los niños que se despiertan alguna vez el 40% permanece despierto entre 2 y 2 horas y medias, más de una cuarta parte de los niños tarda en dormirse 5 a 10 minutos, otra cuarta parte tarda en dormirse una hora y más de la mitad duermen en la cama con su padres y necesitan la presencia de un adulto para dormir; respecto a las horas que duermen durante el día la mitad no duerme siesta y la otra mitad duerme entre 1 y 3 horas.

COMPARACIÓN ENTRE LOS HÁBITOS DEL SUEÑO

	GENERAL	BAJA ATENCIÓN
Horas de sueño por la noche	Entre 9 y 10 horas	Entre 7 y 9 horas
Horas del sueño por el día	Ninguna hora	Ninguna hora
Veces que se despierta durante la noche	Ninguna vez	Ninguna (40%) o una vez (40%)
Tiempo que permanece despierto durante de la noche	No se despiertan	No se despierta (40%) o permanecen despiertos entre 2 y 2 horas y media (40%)
Dónde duerme	En su habitación solos	En la habitación con sus padres
Cómo se duerme el niño	Él sólo	Necesidad de presencia de un adulto
Tiempo que necesita para dormir	Entre 10 y 30 minutos	Entre 5 y 10 minutos (30%) y 1 hora (30%)
Hora a la que se suele quedar dormido por la noche (primer sueño)	Entre las 22:00 y las 22:30	Entre las 22:30 y 23:00

Tabla 6. Comparación de los resultados obtenidos

8. PLAN DE PREVENCIÓN

Sería recomendable desde los centros educativos, poner en conocimiento de las familias medidas preventivas y de intervención respecto a la higiene del sueño de los niños de 2 a 5 años, que mejoren no sólo la cantidad sino también la calidad del sueño:

- No consumir bebidas y alimentos excitantes como chocolate, refrescos...
- Intentar no realizar actividades estimulantes una hora antes de acostarse como por ejemplo actividad física, videojuegos...
- Durante el día, evitar siestas de varias horas y tardías.
- No enfadarse con el niño si este no se puede dormir, por que se excitará todavía más y no conseguirá conciliar el sueño.
- Es recomendable que el niño no se duerma fuera de su cama como rutina.
- Evitar que el niño se acueste con hambre o sed, pero tampoco es recomendable que cene abundantemente dos horas antes de acostarse.
- No es conveniente incrementar los miedos de los niños, hablándoles a los niños antes de acostarse de “monstruos, hombres del saco...”
- Asociación del uso de la cama con el sueño y no con otra actividad como por ejemplo jugar.
- Control de los estímulos, eliminar en el dormitorio las señales que asocian el niño con el mantenerse despierto.
- Establecer rutinas para acostarse, ya que una hora determinada para acostarse facilita que el niño duerma el número de horas necesarias.
- Enseñar a los niños a aprender a dormir solos.
- Para prevenir problemas es conveniente construir un buen apego, respondiendo a las conductas del niño rápida y correctamente y siempre de la misma forma por parte de todos los adultos que intervengan en la enseñanza del hábito del sueño.
- El hecho de irse a dormir puede suponer en el niño una separación del adulto. Por ello es necesaria una buena separación, para que el niño y el adulto tenga seguridad a la hora de irse a dormir y no ansiedad. Para llevar a cabo una buena separación es bueno establecer separaciones graduales durante el día.
- La reeducación del hábito del sueño puede producir en el niño diferentes reacciones que obliguen al adulto a entrar en la habitación, como por ejemplo ser violento, llorar, realizar peticiones (quiero agua)...

9. CONCLUSIÓN

El estudio realizado tenía como objetivo conocer los hábitos de sueño que tienen los niños de 2 a 5 años en Medina del Campo y el efecto de estos hábitos del sueño en la capacidad de aprendizaje, concretamente en la atención. Se ha podido verificar a través de los resultados obtenidos que la mala higiene del sueño repercute en la capacidad de aprendizaje de los niños de Educación Infantil.

De los resultados obtenidos se deduce que los niños que duermen menos de 9 horas, se acuestan a partir de las 22:30 o 23:00 h. y que a la hora de dormir necesitan de la presencia de un adulto y, además duermen en la habitación con sus padres todo ello repercute en las capacidades de aprendizaje de los estos.

Unos malos hábitos del sueño repercuten negativamente en la capacidad de aprendizaje, aunque hay niños que duermen entre 9 y 11 horas que también tienen dificultades, esto puede ser debido a que se despiertan por la noche o no distribuyen las horas de sueño de una manera adecuada.

Se puede deducir que no sólo es importante la cantidad de horas que el niño duerme, sino que también la calidad del sueño influye en la capacidad de atención y la memoria, por lo que repercute a la capacidad de aprendizaje. En referencia a los resultados obtenidos, se puede afirmar que dormir más de 9 horas y tener una adecuada higiene del sueño favorece a la capacidad de aprendizaje.

Por todo ello, como se ha especificado en el apartado anterior sería importante establecer un plan de prevención que mejore no sólo la cantidad de sueño sino también la calidad.

Para finalizar, me gustaría destacar la poca importancia que se da al sueño en la vida cotidiana y lo importante que es tener una buena higiene del sueño, ya que la cantidad de horas que se descansan son muy importantes pero también la calidad de estas, por ello se debería inculcar desde que los niños son pequeños buenos hábitos del sueño, ya que los malos hábitos influyen como hemos visto en la capacidad de aprendizaje, pero puede tener otras repercusiones en su vida cotidiana.

10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alberola López, S. (S.F.) Miembro del Grupo de Sueño de la AEPap. *Trastornos del sueño en el niño: identificación y herramientas para su manejo*.
- Ayuntamiento de Medina del Campo. [Disponible en <http://www.ayto-medinadelcampo.es/MedinaDelCampo/La%20Ciudad/Localizaci%F3n>] (Consulta: 18 de diciembre del 2016)
- Beltrán, C. (2011). Trastornos del sueño, narcolepsia, hipersomnias y otras disomnias. *Prensa Médica latinoamericana, XXXIII*.
- Boujon, C. y Quaireau, C (2004). *Atención, aprendizaje y rendimiento escolar*. [Disponible en: https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=UVC7WGIU4XQC&oi=fnd&pg=PA5&dq=baja+atencion+escolar&ots=EELn880iFR&sig=HHVju0XdaFswO7UM_0ztZw5c7_0#v=onepage&q=baja%20atencion%20escolar&f=false] (Consulta: 23 de diciembre de 2016)
- Declaración de los derechos del niño (1959)
- Declaración Universal de los derechos humanos (1948)
- Estivill, E. (2002). Situación actual de los trastornos del sueño en niños. *Revista pediatria de Atención Primaria, volumen IV*.
- Estivill, E. y Béjar, S. (2006). *Duérmete, niño* (5ª ed.). Barcelona: Debolsillo.
- Gállego Pérez-Larraya J., Toledo JB, Urrestarazu E, Iriarte J. Clasificación de los trastornos del sueño. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra* (2007) [Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272007000200003] (Consulta en: 21 de diciembre del 2016)
- González, A. (1988). Revista de educación 287. La reforma de las enseñanzas medias: evaluación externa. *Indicadores del rendimiento escolar. Relación entre pruebas objetivas y clasificaciones*. [Disponible en: <https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=6gvKdbGtVIQC&oi=fnd&pg=PA31&dq=DEFINICION+DE+RENDIMIENTO+ESCOLAR&ots=hYzLeYi2HA&sig=OgZ5g2jWAEpU-8IHypwmFYMmBA8#v=onepage&q=DEFINICION%20DE%20RENDIMIENTO%20ESCOLAR&f=false>] (Consulta: 23 de diciembre de 2016)
- González, M.C. y Tourón, J. (1992). *Autoconcepto y rendimiento escolar sus implicaciones en la motivación y en la autorregulación del aprendizaje*. Pamplona: Eunsa.

Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos del Sueño en la Infancia y Adolescencia en Atención Primaria. *Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos del Sueño en la Infancia y Adolescencia en Atención Primaria*. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de la Agencia Laín Entralgo; 2011. Guías de Práctica Clínica en el SNS: UETS N° 2009/8.

Instituto Nacional de Estadística a 1 enero de 2015 [Disponible en: http://www.ine.es/buscar/searchResults.do?searchString=medina+del+campo&Menu_boton_Buscador=Buscar&searchType=DEF_SEARCH&startat=0&L=0] (Consulta: 19 de diciembre)

Instituto del sueño (IIS) [Disponible en: <http://www.iis.es/fases-rem-del-sueno-infantil-en-adultos-ninos-del-bebe-dormir/>] (Consulta: 20 de diciembre del 2016)

Junta de Castilla y León (2006). “Guía para la promoción de la salud en centros docentes de Castilla y León”

Márquez-Pérez, G. (2014). Reeducción de los hábitos de sueño de una niña mediante técnicas conductuales. *Revista de psicología clínica con niños y adolescentes, vol.1. N°2*, pág. 109-115.

Martínez Rodríguez, J. (2011). Métodos de investigación cualitativa. *Silogismo más que conceptos, N° 8 (1)*, 13,36-37.

Ollolqui Escalona, A. (2016) *Estudio de hábitos de sueño en niños preescolares de 3 a 4 años en la ciudad de Logroño*. Tesis Doctoral, Universidad de Zaragoza, Pediatría, Radiología y Medicina Física.

Pacheco García, M^a. T. (2012). Los trastornos del sueño en los niños. *Temas para la educación, revista digital para profesionales de la enseñanza, n° 20*. [Disponible en: <https://www.feandalucia.ccoo.es/indcontei.aspx?d=6386&s=10&ind=283>] (Consulta: 19 de diciembre de 2016)

Peraita-Adrados, R. (2005). Avances en el estudio de los trastornos del sueño. *Rev.Neurol;40 (8): 485-491*.

Pin Arboledas, G. (s.f.). *Parasomnias en la infancia*. Universidad Católica de Valencia, Universidad Valenciana del Sueño [Disponible en: <http://docplayer.es/9918754-Parasomnias-en-la-infancia-gonzalo-pin-arboledas.html>] (Consulta: 21 de diciembre de 2016)

Rodríguez Sacristán, A. (2015). *Relación entre los trastornos del sueño y los hábitos en el dormir en la población infantil de Sevilla*. Tesis doctoral. Universidad de Sevilla, Facultad de Medicina departamento de Farmacología, Pediatría y Radiología.

Sarduy Domínguez, Y. (2007). *Revista Cubana de Salud Pública n° 3 v.33*. El análisis de información y las investigaciones cuantitativa y cualitativa. [Disponible en http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662007000300020] (Consulta: 18 de diciembre)

Ugalde Binda, N. y Balbastre Benavent, F. (2013) *Investigación cuantitativa e investigación cualitativa: buscando las ventajas de las diferentes metodologías de investigación*. [Disponible en <http://revistas.ucr.ac.cr/index.php/economicas/article/view/12730/11978>] (Consulta: 18 de diciembre de 2016)

Universidad de Valladolid “Competencias, R. Decreto 1393/2007”. Grado de Educación Infantil.

Villuendas, M^a. D., Angulo, F., Benítez, A., Blanco, N., Jiménez, B., Rey, A., Rivas, J.I. y Sánchez, P. (1986). *Sueño y alimentación infantil*. Necesidades psíquicas y educación temprana-I. Madrid: Narcea, S.A.

11. ANEXOS

ANEXO 1. Entrevista a pediatras y enfermeras.

Entrevista a las pediatras

Buenos días/tardes.

Me gustaría realizarle unas preguntas relacionadas con el sueño y los trastornos de este.

- 1. En el tiempo que llevas en el Hospital Comarcal de Medina del Campo, ¿ha tenido algún caso de niño/a con trastornos del sueño?**

No, no hemos tratado a ningún niño con trastorno del sueño. Los padres que vienen consultando problemas del sueño de su hijo, no es porque estén preocupados por la higiene del sueño de estos, sino que acuden porque no les dejan descansar a ellos y es cuando se preocupan, pero muchos de los niños tienen alrededor de 15 meses y es normal que un niño de esas edades no duerma durante toda la noche.

- 2. En el que caso de ser así, ¿el diagnóstico de un trastorno del sueño que pautas sigue?**

Cuando algún padre viene preocupado porque su hijo duerme mal, se levanta mucho por la noche... se les pide que realicen un “diario del sueño”, donde los padres tienen que ir anotando las horas que duermen, cuando se acuestan sus hijos... pero en todos los casos que se han llevado a cabo estos diarios, no ha transcendido a ningún tipo de trastorno del sueño, sino que los niños como nos ocurre a los adultos tenemos épocas que dormimos mejor o peor.

- 3. ¿En su opinión cree que los/as niños/as tienen más problemas para conciliar el sueño y para dormir que hace unos años? ¿A que es debido?**

No, no creo que sea así; pero sí que, es verdad, que los niños que tienen malos hábitos alimenticios, que no tienen unas normas claras... tiene una mala higiene del sueño, ya que se acuestan tarde, ven la televisión hasta tarde...

- 4. ¿Cree que los padres se deberían preocupar más por el sueño de sus hijos/as, ya que esto puede repercutir en su día a día?**

No deberían preocuparse sólo cuando no les dejan descansar a ellos sino deberían preocuparse por la higiene del sueño, que tengas rutinas a la hora de acostarse, que más o menos se acuesten a la misma hora...

5. ¿Cree que puede afectar los problemas del sueño en la atención de los niños?

Sí, y hay estudios sanitarios que lo corroboran.

Muchas gracias por haberme atendido.

ANEXO 2. Encuesta sobre los hábitos de sueño

Breve cuestionario del sueño

(Adaptado de A. Sadeh. BISQ. Brief Infant Sleep Questionnaire)

Debe contestar una única respuesta, la que le parezca más apropiada.

Nombre del niño/a:

Como duerme

En su habitación sólo <input type="checkbox"/>	En la cama de los padres <input type="checkbox"/>
En su habitación compartida con hermanos <input type="checkbox"/>	
Otra <input type="checkbox"/> (especificar):	

Cuánto tiempo duerme su hijo/a por la noche (a partir de las 9 de la noche)

Horas: Minutos:

Cuánto tiempo duerme su hijo/a por el día (a partir de las 9 de la mañana)

Horas: Minutos:

Cuánto está su hijo despierto por la noche (de 12 a 6 de la mañana)

Horas: Minutos:

Cuántas veces se despierta por la noche:

Cuánto tiempo le cuesta coger el sueño por la noche (desde que se le acuesta para dormir)

Horas: Minutos:

A qué horas se suele quedar dormido/a por la noche (primer sueño)

Cómo se duerme su niño/a:

Mientras come <input type="checkbox"/>	Acunándolo <input type="checkbox"/>	En brazos <input type="checkbox"/>
El solo/a en su cama <input type="checkbox"/>	El solo/a en presencia de la madre/padre <input type="checkbox"/>	

¿Considera que el sueño de su hijo/a es un problema?

Sí. Muy importante Sí. Poco importante No es un problema

<http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/113/6/e570> Modificada por Carolina Beltrán

ANEXO 3. Nota informativa a las familias

Medina del Campo a de octubre de 2016

Estimadas familias:

Soy Carolina Beltrán Estévez, alumna de la Universidad de Valladolid(UVA). Estoy cursando el periodo de prácticas en el colegio San Juan de la Cruz.

Estoy elaborando mi TFG (Trabajo Fin de Grado) con título: “Estudio sanitario-pedagógico sobre la relación sueño y capacidad de aprendizaje en la población de 2 a 5 años en Medina del Campo”.

Por este motivo solicito vuestra colaboración. Para que el estudio tenga una base real les solicito que me rellenen el formulario que acompaña a esta carta. Como observarán les pido información sencilla de los hábitos y costumbres de sus hijos en los momentos de irse a dormir, el sueño y del momento de levantarse.

Observarán, también, que en el cuestionario les solicito el nombre del niño/a. Este dato no se usará, ni aparecerá, en ningún caso, en el estudio ni en el TFG, simplemente me es necesario para relacionar los datos del test con lo que observo en el colegio.

Todo lo relacionado con el estudio y la encuesta está autorizado y supervisado por la UVA y el colegio San Juan de la Cruz.

De cualquier forma la entrega del cuestionario es totalmente voluntaria.

El plazo para devolver la encuesta rellena es el 18 de octubre por medio de la tutora de sus hijos en el centro.

Reciban por adelantado mi agradecimiento por su tiempo y colaboración.

Un cordial saludo.

Carolina Beltrán Estévez.