

Artículo original

Hábitos de sueño en menores de 2 años

Dras. Gladys Convertini* y M. Rosa Tripodi*

RESUMEN

Introducción. Dormir es un proceso fisiológico en el que intervienen la maduración del sistema nervioso central y la adaptación del niño en su contexto. Influyen en su dinámica: el colecho, el amamantamiento nocturno, el trabajo materno y los conflictos familiares. El despertar nocturno y la dificultad para conciliar el sueño son frecuentes en la consulta pediátrica.

Objetivos. 1) Observar los hábitos de sueño de niños sanos hasta los 2 años de vida. 2) Relacionar el despertar nocturno con diversos factores medioambientales.

Material y métodos. Diseño: Observacional, descriptivo, transversal.

Población. Se investigaron 300 niños menores de 2 años estratificados en 4 grupos por semestres de edad (G1, G2, G3 y G4).

Metodología. Se realizó un cuestionario al adulto acompañante del niño. Se recabaron datos de hábitos de sueño y socio-ambientales. Se analizaron mediante Epi Info 6.

Resultados. Ciento treinta y seis (45,3%) fueron varones. El número de niños de cada grupo fue: G1: 86 (28,7%); G2: 69 (23%); G3: 73 (24,3%); G4: 72 (24%). La posición para dormir fue en prono: 18,6% (G1). Tardaban en dormirse > 30 min: 22%. Dormían toda la noche: 17,4% (G1); 20,3% (G2); 31,5% (G3) y 40,3% (G4). En los que se alimentaban de noche (55,3%), y no conciliaban el sueño solos, los despertares nocturnos eran mayores y se asociaban directamente con el descontento parental. La cohabitación fue del 79,3%. El colecho del 23%.

El grupo G1 tuvo mayor prevalencia de cohabitación y alimentación nocturna. El grupo G4 tuvo la mayor prevalencia de colecho.

Conclusiones. Los hábitos de sueño se adquieren y es función del equipo de salud acompañar a la familia para que lo logre; para ello es menester profundizar nuestra tarea preventiva en los controles en salud.

Palabras clave: hábitos de sueño, niños.

SUMMARY

Sleep is a highly organized physiologic process in which some factors, like nervous system maturation, and adaptation of the child to the family group take part.

Some factors are influencing on it's dynamic: co-sleeping, night-time feeding and inappropriate sleep behaviors. Night waking and difficulty in falling asleep are frequent complaints of parents. Our aims were the following.

Objectives. 1) Evaluate sleep habits of healthy children below 2 years old. 2) Relate night waking with

environmental variables.

Population. The sleep habits of 300 healthy children were evaluated. They were stratified in 4 groups.

Methods. A questionnaire specially elaborated for this purpose was completed by the children's parents. The variables were analyzed by means of Epi Info 6.

Results. 136 of the 300 children were males. G1: 86 (28.7%); G2: 69 (23%); G3: 73 (24.3%); G4: 72 (24%). Sleep position (only in G1) was: 18.6% prone; 51.2% supine and 30.2% flank.

In 22% of the children there was a 30 minutes delay in falling asleep. Only 17.4% of G1, 20.3% of G2, 31.5% of G3 and 40.3% of G4 were able to sleep over night. The possibility of getting asleep alone was similar in the 4 groups, being smaller in breastfeeding children. Night-time feeding was 55.3%. Night wakefulness was related to falling asleep alone, night feeding and parental discomfort. Cohabitation was greater in G1 and co-sleeping in G4.

Conclusions. The preceding data indicates that we must deepen our preventing activities in health care.

Key words: sleep habits, children.

INTRODUCCIÓN

El dormir es un proceso fisiológico altamente organizado en el que intervienen: la maduración del sistema nervioso central, la adaptación del niño a su familia y la influencia del medio ambiente en su desarrollo.^{1,2}

Desde el punto de vista fisiológico, la alternancia del sueño y la vigilia forma parte de un ritmo que es fijo, y se acompaña de una maduración orgánica y cambios electroencefalográficos.³

La consolidación de este ritmo se produce alrededor de las 6-12 semanas de vida, lapso en el que el niño se encuentra capacitado para tener una pausa nocturna de 5 ó 6 horas,^{4,5} para ello es determinante la interrelación entre las necesidades orgánicas y psíquicas del niño y la rutina regular de sus padres.⁶

Con el sueño se produce una ruptura

* Sector Salud Infantil,
Servicio de Pediatría.
Hospital Nacional Prof.
Dr. Alejandro Posadas.

Correspondencia:
gconvertini@intramed.net
mtripodi@intramed.net

de las relaciones con el mundo exterior, con cambios en las funciones vegetativas, metabólicas, hormonales, la movilidad y el tono muscular.

Los factores que influyen en la dinámica del sueño son: el colecho, la lactancia nocturna, el trabajo materno fuera del hogar, los conflictos familiares y las conductas inapropiadas a la hora de dormir.

El despertar nocturno así como la dificultad para conciliar el sueño son un motivo de queja de los padres en la consulta pediátrica y pueden perturbar notablemente la dinámica familiar.⁷⁻¹⁰

Vigilar cómo se lleva a cabo la función del sueño forma parte de la evaluación del crecimiento y desarrollo de los niños por parte del equipo de salud.

OBJETIVOS

1. Observar los hábitos de sueño de niños sanos hasta los 2 años de vida.
2. Relacionar el despertar nocturno con diversos factores medioambientales.

Tipo de diseño: Observacional, descriptivo, transversal.

MATERIAL Y MÉTODOS

Población

Se investigaron los hábitos de sueño de 300 niños de 2 meses a 2 años, elegidos al azar de un total de 1.239 pacientes que concurren al Sector Salud Infantil con citación programada, para su control en salud, los días lunes, miércoles y viernes, durante los meses de junio a diciembre de 2002. La muestra se estratificó de acuerdo al período evolutivo de los niños en 4 grupos:

Grupo 1 (G1): niños de 2-6 meses.

Grupo 2 (G2): niños de 7-12 meses.

Grupo 3 (G3): niños de 13-18 meses.

Grupo 4 (G4): niños de 19-24 meses.

Criterios de inclusión: Niños nacidos a término, con una internación al nacer menor de 4 días, sin antecedentes perinatales de importancia, que concurren sanos a la consulta.

Se consideró niño sano a todo aquel que presentó un crecimiento y desarrollo acordes a su edad cronológica y no presentó enfermedad aguda en los 10 días previos a la consulta.

ANEXO N° 1. Protocolo de hábitos de sueño en menores de 2 años

Fecha: / /	H. Clínica:
Edad: <input type="text"/>	Sexo: <input type="checkbox"/>
Tiempo requerido para dormirse: 1: < 30 seg <input type="checkbox"/>	2: >30 seg <input type="checkbox"/>
N° de siestas diurnas: <input type="text"/>	
Alimentación nocturna: No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>	pecho: <input type="checkbox"/>
	biberón: <input type="checkbox"/>
Despertar nocturno: 1 vez por noche <input type="checkbox"/>	2 veces o +: <input type="checkbox"/>
Logra conciliar el sueño solo: No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>
Objeto transicional: No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>
Duerme toda la noche: No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>
Cohabitación: No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>	Posición p/dormir: prono: <input type="checkbox"/>
	Supino: <input type="checkbox"/>
	De costado: <input type="checkbox"/>
Colecho: No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>
Hermanos: No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>
Hacinamiento: No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>
Edad de la madre: <input type="text"/>	Edad del padre: <input type="text"/>
Escolaridad:	

	Primaria completa	Secundaria completa	Terciaria completa
Madre			
Padre			

Madre trabaja fuera del hogar: No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>
Pareja conviviente: No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>
Descontento parental (respecto al sueño): No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>

Metodología

Se realizó un único interrogatorio al adulto acompañante del niño a través de un cuestionario confeccionado a tal fin, en el que se recabaron los hábitos de sueño de los niños y algunos datos medioambientales. Previo consentimiento verbal, el cuestionario fue administrado por las autoras (*Anexo N° 1*).

Se extrajeron las frecuencias relativas de las variables mencionadas mediante el programa informático Epi Info 6. Se utilizó la prueba de la ji al cuadrado (Mantel-Haenszel).

Definición de variables

- Despertar nocturno: episodio de despertar durante la noche que ocurre por lo menos cinco noches por semana y que requiere intervención parental.
- Objeto transicional: uso de algún objeto como almohada, osito, chupete, etc., que ayude al niño a dormir o lo acompañe para conciliar el sueño.
- Concilia el sueño solo: posibilidad del niño de dormirse solo una vez que se lo colocó despierto en su cuna.
- Hacinamiento: presencia de más de 2 personas por cuarto (INDEC).
- Cohabitación: compartir la habitación con los padres.
- Colecho: dormir en la cama con los padres u otro adulto 3 veces por semana o más como hábito usual en el último mes.
- Duerme toda la noche: se considera si el niño duerme sin despertarse por lo menos de 0 h a 5 AM.^{1,7}
- Descontento parental: referencia de disconfort por parte de los padres en referencia a la conducta de sueño de su hijo.
- Siesta: tiempo de sueño destinado para descansar durante el día.

RESULTADOS

Se evaluaron los hábitos de sueño de 300 niños

de los cuales 136 fueron varones (45,3%), divididos en los siguientes 4 grupos: G1: 86 (28,7%); G2: 69 (23%); G3: 73 (24,3%); G4: 72 (24%). Las variables socio-ambientales generales se detallan en la *Tabla 1*.

La posición para dormir, evaluada sólo en el G1, fue en posición supina en el 51,2%, de costado en el

TABLA 1: Características socio-ambientales generales

VARIABLES	n	Porcentajes
Edad materna		
Menor de 20 años	46	15,3%
21-30 años	190	63,3%
31-40 años	58	19,4%
Mayor de 40 años	6	2%
Escolaridad materna		
Primaria incompleta	2	0,7%
Primaria completa	187	62,3%
Secundaria completa	95	31,7%
Terciaria completa	16	5,3%
Madre trabaja fuera del hogar	70	23,3%
Edad paterna		
Desconocida	2	0,7%
Menor de 20 años	23	7,7%
21-30 años	18	6,0%
31-40 años	66	22%
Mayor de 40 años	29	9,7%
Escolaridad paterna		
Desconocida	6	2%
Primaria incompleta	6	2%
Primera completa	189	63%
Secundaria completa	88	29,3%
Terciaria completa	11	3,7%
Cohabitación	238	79,3%
Colecho	69	23%
Hacinamiento	175	58,3%
Hijo único	210	70%
Pareja conviviente	239	79,7%

TABLA 2: Prevalencia de los hábitos de sueño por grupo etario

Grupos	Duermen t/noche		2 o más despertares		CSS		OT		Cohabitación		Colecho		Alimento nocturno		Descont parental		T. p/d + 30 min	
	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
1 n=86	17,4	15	39,5	34	36	31	18,6	16	91,9	79	23,3	20	77,9	67	16,3	14	25,6	22
2 n= 69	20,3	14	23,2	16	36,2	25	31,9	22	75,4	52	11,6	8	56,5	39	24,6	17	15,9	11
3 n=73	31,5	23	20,5	15	43,8	32	23,3	17	67,1	49	24,7	18	43,8	32	21,9	16	24,7	18
4 n=72	40,3	29	13,9	10	45,8	33	22,2	16	80,6	58	31,9	23	38,9	28	23,6	17	20,8	15
Totales	27,0	81	25,0	75	40,3	121	23,6	71	79,3	238	23,0	69	55,3	166	21,3	64	22,0	66

Referencias: CSS: Concilia el sueño solo. OT: Objeto transicional. T. p/d + 30 min: Tarda para dormir más de 30 minutos.

30,2% y en prono en el 18,6%.

La prevalencia de hábitos de sueño por grupo etario se describe en la *Tabla 2*.

Los niños tardaban en dormirse más de 30 minutos en un 22% (n= 66) y no hubo diferencias significativas según edad y sexo.

Casi la mitad de los niños del 1^{er} año de vida efectuaban 2 siestas (G1: 48,3%; G2: 47,8%). La prevalencia de siestas por grupos etarios se describe en la *Tabla 3*.

Dormían toda la noche el 18,7% en el 1^{er} año de vida (G1 y G2) y 35,9% en el 2^o año (G3 y G4). No se relacionó con la cantidad de siestas diurnas.

Se despertaban 2 o más veces por noche el 25% de los niños.

Los despertares nocturnos se relacionaron significativamente con el descontento parental, el alimento nocturno y la dificultad para conciliar el sueño solos. No se relacionaron con el sexo del niño, el trabajo materno fuera del hogar, el grado de instrucción de los padres, el uso de objeto transicional, el colecho, el ser hijos únicos, ni con tener padres convivientes (*Tabla 4*).

Conciliaban el sueño solos el 40,3%, con una frecuencia similar en los 4 grupos. Se encontró una diferencia significativa con la satisfacción parental, ya que el 85,1% de los padres de niños que conciliaban el sueño solos, estaban satisfechos respecto del sueño de sus hijos (P= <0,05). Fue significativamente menor en los que se alimentaban de noche (P= <0,01).

La alimentación nocturna se verificó en el 55,3% y fue mayor en el G1. El amamantamiento fue la práctica mas frecuente de alimentación durante la noche.

Utilizaban un objeto transicional el 23,7%, con mayor prevalencia en niños del G2, coincidiendo con la etapa de la reacción ante extraños. Fue significativamente menor en niños con colecho (P= 0,04).

El descontento parental fue del 21,3%, con una prevalencia similar en los 4 grupos. Se relacionó significativamente con los despertares nocturnos aunque lo refirió también un 12,3% de los padres de niños que no se despertaban de noche.

De los padres que se mostraban disconformes con el sueño de sus hijos, el 71,9% de ellos no conciliaba el sueño solo (P= 0,02). No se relacionó con: colecho, madre que trabaja, ni pareja conviviente.

La cohabitación fue del 79,3% y fue mayor en el G1. Fue más prevalente en hijos únicos (P= <0,01).

El colecho se presentó en el 23% de los niños y fue más frecuente en el G4. En hijos únicos fue significativamente mayor (P= <0,01) y menor con la presencia de pareja conviviente (P= <0,01). No se relacionó con el descontento parental, el sexo, la alimentación nocturna, ni con la posibilidad de conciliar el sueño solos.

DISCUSIÓN

El sueño es una función vital, compleja, que requiere de la maduración del sistema nervioso central, y una función mental, constituida por experiencias singulares vinculadas con aspectos emocionales del niño. La necesidad de dormir es biológica y surge periódicamente en ciclos con la finalidad de procurar descanso físico y psíquico. Es un estado activo en el que se producen cambios en las funciones corporales y en las actividades mentales, de enorme trascendencia para el equilibrio orgánico y emocional.

Desde el punto de vista orgánico se relaciona con la reparación energética, la síntesis proteica, el crecimiento físico a través de la síntesis de hormona de crecimiento, el estímulo del sistema inmunitario, la maduración cerebral, el aprendizaje y la consolidación de huellas mnémicas.

Según la teoría psicoanalítica, representa una manera de elaborar conflictos, calmar las frustraciones y elaborar las angustias. Soñar algo y recordarlo representa una valiosa experiencia por el intenso trabajo de elaboración que implica.¹¹

Las dificultades en el dormir traen consecuencias para el niño y su familia. Al niño le ocasionan efectos negativos sobre sus funciones cognitivas, endocrinas, metabólicas, emocionales y conductuales manifestados como irritabilidad, fracaso escolar, somnolencia diurna o, por el contrario, hipe-

TABLA 3: Prevalencia de siestas por grupo etario

	1 siesta		2 siestas		3 siestas		4 siestas		5 siestas	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Grupo 1 (86)	19	22	42	48,8	15	17,4	8	9,3	2	2,3
Grupo 2 (69)	28	40,6	33	47,8	8	11,6	0		0	
Grupo 3 (73)	58	79,4	14	19,2	0		1	1,4	0	
Grupo 4 (72)	66	91,6	6	8,3	0		0		0	

ractividad.¹² A la familia, le acarrea dificultades en la dinámica familiar, conflictos conyugales e inseguridad en sus funciones parentales, y puede desencadenar la agresión tanto verbal como física hacia el niño.^{9,13}

El 51,2% de los niños del G1 (2-6 meses) dormían en posición supina como se recomienda en la actualidad (Academia Americana de Pediatría, 1996) y de costado el 30,2%. Llama la atención que a pesar de las pautas de prevención implementadas desde el momento del nacimiento, el 18,6% dormían en posición prona.

Tardaban más de 30 min en dormirse un 23% de los niños, sin diferencia significativa en los 4 grupos, con una rutina prolongada y una pobre higiene del sueño según refirieran Howard y Fin Davis.^{14,15} Beltramini lo detalló en el 26% en el 1^{er} año y en el 43% en el 2^o año de vida.⁹

Se halló que la posibilidad de dormir toda la noche,^{1,7} la lograban el 18,7% de los niños en el 1^{er} año de vida, cifra que trepó al 35,9% durante el 2^{do} año de vida. Estos guarismos son menores que los mencionados por Algranatti y Weisblutt, quienes aseguran que en el 1^{er} semestre de vida, el 70% de los niños pueden adquirir una pausa nocturna prolongada.^{7,16}

El establecimiento de la periodicidad circadiana del ritmo sueño-vigilia se produce hacia los 3-5 meses de vida,^{2,4,17-19} período en que los lactantes pueden establecer un sueño nocturno prolongado sin dificultad, ya que la persistencia de los despertares más allá de los 6 meses podrían tener más relación con aspectos de la relación madre-hijo, que con la evolución neurológica del ciclo sueño-vigilia.

TABLA 4: Relación entre los despertares nocturnos y las variables medioambientales analizadas

VARIABLES ANALIZADAS	Valor de P
Sexo del niño	0,85
Hijo único	0,34
Alimentación nocturna	<0,01
Dificultad para conciliar el sueño solo	<0,01
Objeto transicional	0,72
Descontento parental	<0,05
Trabajo materno fuera del hogar	0,73
Grado de instrucción materno	0,15
Grado de instrucción paterno	0,46
Colecho	0,61
Padres convivientes	0,25

Prueba de la ji al cuadrado (Mantel Haenszel).

Los despertares nocturnos se asociaron con la alimentación nocturna, sobre todo en niños amamantados, de los cuales el 80,3% se despertaban una o más veces por noche.

En el período neonatal, los despertares nocturnos se relacionan con la alimentación; pero en edades posteriores, la persistencia de la lactancia nocturna genera una conducta aprendida que se refuerza y se mantiene, con lo cual el niño es incapaz de dormirse sin esta asociación que ya le es familiar.^{5,10,20-22}

Pinilla, por su parte, considera que la alimentación a pecho no se asocia con mayor prevalencia de despertar nocturno pues con una adecuada rutina del sueño se puede lograr una pausa nocturna prolongada.²³

Si bien no encontramos relación entre los despertares nocturnos y el hecho de tener hermanos o no tenerlos, algunos autores manifiestan una mayor prevalencia en primogénitos, sobre la base de que la experiencia de hijos previos cumpliría un rol importante, más que la edad o el grado de educación de la madre.²⁴

Los despertares nocturnos son habituales a todas las edades, pero sólo causan dificultades cuando el niño no aprende a dormirse sin reclamar la presencia de los padres.^{2,5,21,25,26} Howard lo refiere en un 20% a los 2 años,¹⁴ mientras que para Pin Arboledas representa el 52,2% de los niños de 1 año y el 56% de los de 2 años de vida.²⁶ Scott, por su parte, en una muestra de 1.500 niños de 1 año halló que un 26% se despertaban 5 veces por semana.²⁷

La intervención parental a la hora de dormir ejerce influencia sobre los despertares nocturnos. La presencia de los padres con el niño hasta el momento en que se duerme y el uso de técnicas como llevarlo a la cama dormido o dormirlo en brazos, se relaciona con una frecuencia mayor de despertar nocturno.¹²

La mayoría de los autores concuerda en que uno de los factores que inciden sobre la posibilidad de no despertarse de noche es que los niños sean acostados despiertos y que concilien el sueño solos, ya que al despertarse reclaman la misma situación en que se encontraban cuando se durmieron, con lo cual se genera un despertar nocturno aprendido.^{5,15,18} Para que los niños puedan conciliar el sueño solos deben sentirse seguros y esto se logra con una rutina regular y una actitud tranquilizadora y firme de los padres.¹⁴

Conciliaban el sueño solos menos de la mitad de los niños (40,3%), aun los del grupo 4 (45,8%). Villó Siderol también lo refiere en un 46,8% de los niños de la misma edad, un porcentaje semejante

a nuestros hallazgos.²⁸ Por su parte, Pin Arboledas relata cifras algo menores ya que en el 1^{er} año de vida lo menciona en el 34% y a los 2 años en el 23,7% de los niños.²⁶

La prevalencia de despertares nocturnos detectada fue mayor en niños que no conciliaban el sueño solos (77,7%), dato referido por varios autores;^{2,14} esta situación generó descontento parental en forma significativa, también hallado por otros autores;^{16,21} consiste en el relato subjetivo aportado por los padres y en el que intervienen innumerables factores personales; eso explicaría que en nuestro trabajo, manifestaran descontento el 12,3% de los padres cuyos hijos no se despertaban de noche.

El dormir significa para el niño una "separación" de su entorno, sobre todo de su madre, lo que le genera angustia; tal situación se evidencia en el período denominado de "reacción ante extraños", entre los 5 y 8 meses, en el cual, con la adquisición de la "permanencia del objeto", el niño reconoce que su madre existe aunque esté fuera de su vista y requiere su presencia, con un incremento del despertar nocturno;^{1,7,14,29} si bien no encontramos un aumento de los despertares en este periodo (G 2), hallamos un significativo aumento del uso de un objeto transicional que le ayudaría al niño a transitar este período.

Según Winnicott, el objeto transicional, simboliza un objeto parcial, como el pecho materno, que sugiere como tal el "cuidado materno", la práctica de crianza, así también como el pecho real.³⁰

Anders y Benhamou encontraron que los niños que usaban un objeto transicional tenían menos despertares nocturnos. Una explicación posible sería que este objeto le ofrece al niño una satisfacción proporcionada por el ambiente.^{1,31}

En nuestro trabajo encontramos que, de los niños que dormían con sus padres, el 85,5% no usaban un objeto transicional y suponemos que, al tener a la madre tan próxima, el niño no necesitaría utilizar algún elemento que la reemplace.

La prevalencia del colecho en nuestra población fue del 23%, no se relacionó con los despertares nocturnos, pero es una práctica que conviene no alentar en la consulta. La bibliografía mundial cita sus desventajas, entre ellas: peligro de accidentes y muerte por aplastamiento, mayor prevalencia de trastornos del sueño y despertares nocturnos e interferencia con el descanso materno;^{21,26,32} también alienta un vínculo indiferenciado entre madre-hijo, interfiere en la discriminación de roles y en la relación de pareja, produce sobreestímulo sexual, dificulta la individuación del niño y pro-

mueve la asociación despertar-amamantamiento.^{8,11,14} En nuestra población, el colecho fue significativamente mayor en hijos únicos y en madres sin pareja. Esta práctica está influenciada por factores culturales que debemos respetar.^{8,33,34}

En la cultura oriental los niños nacen independientes y se los debe integrar a la familia, por lo que el compartir la cama no genera problemas de sueño ni dificultades en los padres, pero en la cultura occidental, los niños son considerados dependientes y se les debe permitir su autonomía, y el colecho, como respuesta a los despertares nocturnos de los niños, perturba en la dinámica familiar.

Lee encontró que en 218 niños coreanos de 3 meses a 2 años, el 83% se despertaba de noche, el 98% compartía la cama con sus padres y sólo el 16% de las madres consideraba esto como un problema.³⁵ En nuestra población contamos con familias bolivianas, entre quienes el colecho es habitual, y tal práctica no genera en ellos preocupación.

CONCLUSIONES

- La posición prona fue del 18,6% en los niños menores de 6 meses.
- Los niños de 19-24 meses: el 13,9% se despertaba 2 o + veces / noche; el 59,7% no dormía toda la noche; el 54,2% no conciliaba el sueño solo; el 80,6% compartía la habitación con los padres; el 31,9% dormía en la cama de sus padres; el 38,9% seguía alimentándose de noche y el 20,8% tardaba + de 30 min en dormirse.
- El colecho se presentó en el 85,5% de los hijos únicos.
- De los que presentaban colecho, 85,5% no usaban un objeto transicional.
- De las parejas que convivían, 84,8% no dormían con sus hijos.
- Los despertares nocturnos se relacionaron con: el descontento parental, la alimentación nocturna y la dificultad para conciliar el sueño solo.

La regulación de la función del ritmo sueño-despertar brinda al pediatra una excelente oportunidad para evaluar el desarrollo biológico, psicológico y sociocultural del niño en el contexto de la relación parental.

El hábito de sueño saludable se adquiere y es función del equipo de salud ayudar a la familia a lograrlo. Esto se logra a través de una sólida formación profesional, una capacitación de posgrado permanente y el auxilio de la interdisciplina. Debemos profundizar nuestra tarea preventiva en los controles en salud, e intervenir oportunamente para mejorar la calidad de vida del niño y su familia. ■

BIBLIOGRAFÍA

1. Anders T, Keener M, Bowe T, Shoaff B. A longitudinal study of nighttime sleep-wake patterns in infants from birth to one year. *Frontiers of Infant Psychiatry*. Call, Galenson, Tyson Editors. 1983; Chapter 14:150-170.
2. Anders T, Halpern L, Hua J. Sleeping through the night: a developmental perspective. *Pediatrics*. 1992; 90(4):554-560.
3. Ajuriaguerra J. El sueño y sus perturbaciones. *Manual de Psiquiatría Infantil*. 4ª Ed. Barcelona: Masson 1996; 157-176.
4. Ma G, et al. The development of sep-wakefulness rhythm in normal infants and young children. *Tohoku J Exp Med* 1993; 171 (1): 29-41.
5. Adair R, et al. Night waking during infancy: role of parental presence at bedtime. *Pediatrics* 1991; 87 (4):500-504.
6. Vergara JM. Trastornos cronobiológicos en la infancia. *Rev Neurol* 1997; 25(145):1429-1453.
7. Algranati P, Dworkin P. Infancy problem behaviors. *Pediatrics Review* 1992; 13(1):16-22.
8. Lozoff B, Abraham W, Davis N. Cosleeping in urban families with young children in the United States. *Pediatrics*.1984; 74(2):171-182.
9. Beltramini A, Hertzog M. Sleep and bedtime behavior in preschool-aged children. *Pediatrics* 1983; 71(4):153-158.
10. Zuckerman B, Stevenson J, Bailey V. Sleep problems in early childhood: continuities, predictive factors and behavioral correlates. *Pediatrics* 1987; 80 (5):664-671.
11. Winnicott, D. Escritos de pediatría y psicoanálisis. Desarrollo emocional primitivo. Barcelona: Editorial Laia 1981: 203-218.
12. Mindell J, Owens J. Sleep problems in pediatric practice: clinical issues for the pediatric nurse practitioner. *J Pediatr Health Care* 2003; 17(6):324-331.
13. Finn DK, Parker K, Montgomery G. Sleep in infant and young children: Part two: Common sleep problems. *J Pediatr Health Care* 2004; 18(3):130-137.
14. Howard B, Wong Y. Trastornos del sueño. *Pediatr Rev Español* 2002; 23(1):3-17.
15. Finn DK, Parker K, Montgomery G. Sleep in infant and young children: Part one: Normal sleep. *J Pediatr Health Care* 2004; 18(2):65-71.
16. Weissbluth M, Todd D, Poncher J. Night waking in 4-8 month old infants. *J Pediatr* 1984; 104:477-479.
17. Estivill E. Insomnio infantil por hábitos incorrectos. *Rev Neurol* 2000; 30:188-191.
18. Estivill E. Duérmete niño. 12 años de experiencia. Revisión crítica. *An Esp Pediatr* 2002; 56:35-39.
19. Adair R, et al. Reducing night waking in infancy: A primary care intervention. *Pediatrics* 1992; 89(4):585-588.
20. Blum N, Carey W. Trastornos el sueño en lactantes y niños pequeños. *Pediatr Rev Español* 1996; 17(4):123-129.
21. Elias M, et al. Sleep/wake patterns of breast-fed infants in the first 2 years of life. *Pediatrics* 1986; 77:322-329.
22. Keener M, Zeanah C, Anders T. Infant temperament, sleep organization, and nighttime parental interventions. *Pediatrics* 1988; 81:762-761.
23. Pinilla T, Birch L. Help me make it trough the night: Behavioral entrainment of breast-fed infants' sleep patterns. *Pediatrics* 1993; 91(2):436-444.
24. Carey W. Night waking and temperament in infancy. *J Pediatr* 1974; 84(5):756-758.
25. Pin Arboledas G. Alteraciones del sueño en el niño: enfoque desde la asistencia primaria. 1º Congreso Virtual Iberoamericano de neurología. <http://neurologia.rediris.es/congreso-1/conferencia/son.html> 1998; (1):1-18.
26. Pin Arboledas G, Lluch Roselló A, Borja Paya F. El pediatra ante el niño con trastornos del sueño. *An Esp Pediatr* 1999; 50(3):247-252.
27. Scott G, Richard MP. Night waking in 1 year old children in England. *Child Care Health Dev* 1990; 16(5):283-302.
28. Villó Siderol N y col. Hábitos del sueño en niños. *An Esp Pediatr* 2002; 57(2):127-130.
29. Spitz R. Afectos de desagrado. La angustia de los ocho meses. El primer año de vida del niño. Génesis de las primeras relaciones objetales. 3ª ed. Madrid: Aguilar 1997: 46-58.
30. Winnicott, D. Objetos transicionales y fenómenos transicionales. Realidad y Juego. 6ª ed. Colección: *Psicoterapia mayor*, Barcelona: Editorial Gedisa 1996: 17-45.
31. Benhamou I. Sleep disorders of early childhood: a review. *Isr J Psychiatry Sci* 2000; 37(4):331.
32. Convertini G, Krupitzky S, Tripodi MR, Carusso L. Trastornos del sueño en niños sanos. *Arch Argent Pediatr* 2003; 101 (2):99-105.
33. Latz S, Wolf A, Lozoff B. Cosleeping in context: sleeping practices and problems in young children in Japan and United States. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1999, 153(4):339-346.
34. Mc Kenna J, Mosko S, Richard C. Bedsharing promotes breastfeeding. *Pediatrics* 1997; 100(2):214-219.
35. Lee K. Pattern of night waking and crying of Korean infants from 3 month to 2 years old and its relation with various factors. *J Dev Beh Pediatr* 1992, 13(5):326-330.