


Programa de Acompañamiento del Sueño en la Infancia con Terapia Ocupacional durante la pandemia por COVID-19

Lorena Leive^a , Daniela Melfi^b , José Lipovetzky^c , Sebastián Cukier^{b,d} , Judith Abelenda^e , Rodolfo Morrison^f 

RESUMEN

Introducción. Se describen los resultados preliminares del Programa de Acompañamiento al Sueño en la Infancia desde Terapia Ocupacional (PASITO) en niños y niñas con trastornos del neurodesarrollo (NN-TND), de 3 a 10 años, y con insomnio; realizado entre junio de 2020 y septiembre de 2021.

Población y métodos. Estudio cuasiexperimental de preintervención y posintervención con un grupo de intervención y otro grupo de control, medido por el Cuestionario de Hábitos de Sueño (CHS) y el Diario de Sueño (DS).

Resultados. Participaron 22 NN-TND, 8 en el grupo control. El puntaje total del CHS del grupo de intervención mejoró ($p < 0,001$) de 54,9 (DE 5,5) a 48,4 (DE 4,5) y se acercó al rango de referencia 42,6 (DE 4,9). El DS evidenció aumento en duración, adelanto de fase de sueño y reducción en cantidad de despertares.

Conclusión. Estos resultados provisionarios y favorables muestran que PASITO podría ser una intervención posible para dificultades del sueño en NN-TND.

Palabras clave: sueño; trastornos del neurodesarrollo; autismo; terapia ocupacional; pediatría.

doi (español): <http://dx.doi.org/10.5546/aap.2023-03029>
doi (inglés): <http://dx.doi.org/10.5546/aap.2023-03029.eng>

Cómo citar: Leive L, Melfi D, Lipovetzky J, Cukier S, et al. Programa de Acompañamiento del Sueño en la Infancia con Terapia Ocupacional durante la pandemia por COVID-19. Arch Argent Pediatr 2024;122(1):e202303029.

^a Universidad Nacional de Río Negro, San Carlos de Bariloche, Argentina; ^b Programa Argentino para Niños, Adolescentes y Adultos con Condición del Espectro Autista (PANACEA), Buenos Aires, Argentina; ^c Instituto Balseiro (UNCuyo-CNEA), Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET), San Carlos de Bariloche, Argentina; ^d Servicio de Salud Mental, Hospital General de Niños Pedro de Elizalde, Buenos Aires, Argentina; ^e Uutchi Desarrollo Infantil, Vitoria-Gasteiz, España; ^f Departamento de Terapia Ocupacional y Ciencia de la Ocupación, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Santiago de Chile, Chile.

Correspondencia para Daniela Melfi: danielamelfi@panaacea.org

Financiamiento: Ninguno.

Conflicto de intereses: Ninguno que declarar.

Recibido: 8-2-2023

Aceptado: 14-6-2023



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Atribución-No Comercial-Sin Obra Derivada 4.0 Internacional. Atribución — Permite copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra. A cambio se debe reconocer y citar al autor original. No Comercial — Esta obra no puede ser utilizada con finalidades comerciales, a menos que se obtenga el permiso. Sin Obra Derivada — Si remezcla, transforma o crea a partir del material, no puede difundir el material modificado.

INTRODUCCIÓN

Los problemas del sueño impactan en el crecimiento y desarrollo en la infancia.¹ Entre el 50 % y el 95 % de los niños que presentan trastorno del espectro autista (TEA) refieren problemas de sueño, frecuentemente insomnio.² La pandemia por COVID-19³ causó un importante aumento de estos problemas;⁴ las personas con trastornos del neurodesarrollo y específicamente aquellas con TEA fueron de las más afectadas en su salud mental y bienestar.⁵ Un estudio reveló un aumento en la irritabilidad, la agresividad, la deambulación, la ansiedad, dificultades en la alimentación y el sueño en personas con TEA en Latinoamérica.⁶ Otro estudio realizado en Argentina describió una prevalencia del 55 % de problemas de sueño en niños con trastorno del neurodesarrollo (NN-TND).⁷

La pandemia provocó una profunda disrupción ocupacional⁸ al afectar actividades que dan sentido e identidad ocupacional al hacer cotidiano, pertenencia a un contexto y sentido de trascendencia en la vida.⁹ Frente a esta disrupción, se destacó desde la terapia ocupacional la necesidad de cuidado propio y de otros basándose en fortalezas individuales, favoreciendo experiencias placenteras, promoviendo el sentido de pertenencia en rutinas y rituales, y fomentando la organización y el balance cotidiano.¹⁰

Sobre estas premisas, se diseñó y realizó el programa PASITO para NN-TND y con dificultad persistente en la iniciación, mantenimiento o calidad del sueño. Fue llevado a cabo en la institución Panaacea entre junio de 2020 y septiembre de 2021. La intervención está fundada en el derecho ocupacional al sueño¹¹ de los NN-TND y sus cuidadores, lo que implica el derecho a la participación, al desarrollo de potencial y a la satisfacción plena, según su cultura y creencias, a recibir apoyo cuando sea percibido como necesario y derecho a un acceso equitativo a la ocupación de sueño.

Este artículo describe los resultados preliminares del programa evaluando los cambios referidos por los padres en el sueño de los NN-TND a través de los resultados del Cuestionario de Hábitos de Sueño (CHS)¹² y del Diario de Sueño (DS),¹³ luego de la intervención PASITO.

POBLACIÓN Y MÉTODOS

Se utilizó una perspectiva cuantitativa, cuasiexperimental de pre- y posintervención con un grupo de intervención y otro grupo de

control, constituido por NN-TND admitidos que, completado el cupo de intervención, se inscribían en lista de espera.

Participaron NN-TND de 3 a 10 años de edad con insomnio admitidos al programa PASITO impartido en Panaacea. Se realizó muestreo por conveniencia con NN-TND y al menos un cuidador primario. Mediante un cuestionario en línea, se verificaron los criterios de inclusión. Debían tener diagnóstico de trastorno del neurodesarrollo basado en la clasificación diagnóstica del DSM 5,¹⁴ contar con un médico de cabecera y presentar dificultades en el sueño compatibles con insomnio evaluadas por su médico: dificultades en el inicio, mantenimiento del sueño y/o despertar muy temprano que resultaran en un sueño no restaurador por lo menos en el último mes, e impacto en el funcionamiento cotidiano. Los criterios de exclusión del programa fueron cursar cuadro febril o respiratorio agudo, proceso de cambios o inicio de medicación que afectara el sueño, enfermedades neurodegenerativas o evolutivas de base.

La intervención se difundió en las redes de Panaacea al público en general y a profesionales.

Los principios y objetivos de intervención se basaron en las características esenciales de la ocupación de sueño¹¹ y de Hammel,⁸ promoviendo el abordaje de estrategias adaptativas y maladaptativas,⁹ y de higiene del sueño¹⁵ adaptándolas a las fortalezas, dificultades e intereses de cada NN-TND y sus cuidadores primarios. La intervención fue coordinada por dos terapeutas ocupacionales, a distancia, mediada por padres, intensiva e individualizada. Los objetivos y estrategias se presentan en la *Tabla 1*, y en orden de prioridad fueron el cuidado al cuidador, experiencias placenteras, organización cotidiana, rutinas y rituales, y descanso.

Para la admisión, una vez verificados los criterios de inclusión, se conformaron grupos de intervención de hasta 4 NN-TND y sus cuidadores por cada ciclo de intervención. En estos grupos, se realizaba una comunicación inicial por videollamada en donde se corroboraban los criterios de inclusión y se brindaba el consentimiento informado.

La evaluación inicial consistía en completar el cuestionario sociodemográfico (CS), el Cuestionario de Hábitos de Sueño (CHS)¹³ y el Diario de Sueño del niño (DS)¹⁴ durante los primeros 3 días.

En el día 4 o 5, se realizaba una entrevista

TABLA 1. Objetivos del programa y orden de prioridad

Prioridad	Eje	Objetivo del programa	Estrategias principales	Ejemplos
1	Cuidado al cuidador	Incorporar estrategias de cuidado en el sueño de los cuidadores.	Adaptativos: -Favorecer el compromiso en el autocuidado en descanso diurno y sueño. -Promover la construcción o reactivación de las redes de apoyo. Maladaptativos: Promover el cambio de creencias y/o hábitos nocivos en los cuidadores, que generen problemas en su propio sueño.	Pedir asistencia específica al entorno familiar para generar oportunidades de descanso y sueño en los cuidadores. Brindar información científica en relación con los efectos del mal dormir en la empatía y sociabilización de los adultos.
2	Experiencias placenteras cotidianas	Favorecer experiencias placenteras cotidianas durante el día con propósito y significado.	Adaptativos: Adoptar nuevas ocupaciones placenteras y significativas, basadas en la evaluación de fortalezas, desafíos, perfil sensorial e intereses particulares para el NN-TND y para sus cuidadores primarios. Maladaptativos: Promover la graduación de las dificultades en la realización de actividades cotidianas de los NN-TND y sus padres, con el fin de disminuir el estrés.	Crear juegos adaptados para el NN-TND y los integrantes de la familia, que sean placenteros y que permitan un aumento de la exposición a la luz natural durante el día. Graduar y/o adaptar actividades como, por ejemplo, el cepillado de dientes, que por las características individuales del NN-TND y sus cuidadores estén generando malestar.
3	Organización cotidiana en tiempo y espacio	Promover en los adultos estrategias de cuidado del sueño de sus hijos, a partir de la sincronización y orquestación de ocupaciones cotidianas familiares.	Adaptativos: Mantener y/o estructurar la organización de ocupaciones cotidianas. Maladaptativos: Evitar la irregularidad o desorganización sostenida en el tiempo de ocupaciones cotidianas.	Establecer cierta regularidad en los horarios, delimitando el espacio, tiempo y orden de actividades cotidianas, en especial las relacionadas al dormir. Brindar estrategias de reestructuración témporo-espacial de actividades en aquellos días en que el NN-TND tiene mayor dificultad en su comportamiento.
4	Rutinas y rituales del sueño	Favorecer rutinas y rituales en relación con el sueño acordes a fortalezas, desafíos, perfil sensorial e intereses particulares de cada NN-TND, que provean de sentido de pertenencia a la cultura familiar.	Adaptativos: Promover la creación o readecuación de rutinas y rituales familiares en el sueño, que tengan un mensaje de cuidado y pertenencia en la estructura familiar. Maladaptativos: Evitar tareas y adecuación de espacios del dormir que no lo favorezcan y que no tengan relación con la cultura familiar.	Recrear el espacio de dormir, en función de rituales propios de la cultura de cada familia. Rediseñar espacios del dormir que tengan elementos nocivos para esta ocupación (ej. luces de colores) y que no estén acordes a la cultura familiar (ej. hacer masajes en una familia que prioriza la tradición oral).
5	Descanso diario	Favorecer momentos de descansos pautados durante el día (diferenciados del dormir) y significativos en la dinámica familiar.	Adaptativos: Promover la estructuración témporo-espacial de los descansos durante el día, con actividades acordes a las individualidades y cultura familiar. Maladaptativos: Evitar sobrecarga de actividades que generen estrés durante el día y que no permitan descansar.	Brindar estrategias de descansos pautados en tiempo y espacio durante el día, y placenteros tanto para los NN-TND como para sus cuidadores. Graduar el uso de pantallas en especial en tareas escolares en los NN-TND y laborales en los adultos.

abierta de evaluación con cada familia en un horario convenido (60 minutos), donde se indagaban las dificultades y fortalezas del NN-TND y sus cuidadores en el sueño y el desempeño cotidiano.

El día 6 y para iniciar la intervención, se realizaba un taller de 3,5 horas de aprendizaje basado en problemas,¹⁶ donde participaban todos los cuidadores. Allí se describían estrategias adaptativas y maladaptativas⁹ de la vida cotidiana en relación con el sueño, según los objetivos del programa (*Tabla 1*), y se facilitaba la identificación y el análisis de estas estrategias: cuándo y por qué se dan, relación con el desempeño cotidiano, riesgo de conductas maladaptativas e impacto en la dinámica familiar. Luego de un descanso, se retomaba con una dinámica de aprendizaje basado en problemas¹⁶ con ejemplos de situaciones hipotéticas del dormir, para generar una lluvia de ideas y posibles soluciones. Esta estrategia conlleva una pedagogía centrada en el proceso de aprendizaje de los cuidadores, a partir de la experiencia conjunta de resolver problemas cotidianos, integrando información brindada con su propio bagaje de conocimiento. Al finalizar, se solicitaba a los cuidadores que diseñaran para el día siguiente una estrategia con la que iniciar la intervención. Las estrategias de cada sesión eran elaboradas junto a los cuidadores, priorizando los objetivos propuestos. Los días siguientes se realizaba el seguimiento de estas estrategias.

El día 7 era de descanso. Desde el día 8 al 12, se realizaban sesiones diarias de 45 minutos con cada familia, en un horario convenido.

Los días 13-14 eran de descanso. En días 15, 16 y 17, se realizaba la reevaluación, donde cada familia completaba nuevamente el CHS y el DS durante 3 días consecutivos. El día 18 o 19, se realizaba con cada familia una entrevista de reevaluación final, para identificar las fortalezas y dificultades percibidas a lo largo de la intervención, y sus resultados. A la semana siguiente se entregaba el informe final.

Durante la admisión a cada ciclo de intervención, completado el cupo máximo de 4 familias, se conformaba el grupo de lista de espera que hizo de grupo control. Este completó al mismo tiempo que el grupo de intervención los cuestionarios de evaluación y de reevaluación (CS, CHS y DS). Entre la evaluación y la reevaluación, este grupo no tuvo intervención, sino que la iniciaba inmediatamente después de finalizado el grupo que era intervenido en ese período. A

las familias que no cumplían con los criterios de inclusión, se les ofrecía una entrevista particular.

Todos los datos se analizaron con programas *ad-hoc* en Python.

El estudio fue avalado por el Comité de Investigación y Bioética del Hospital Interzonal de Agudos Eva Perón. Se invitó a las familias a participar de una intervención terapéutica y luego a participar de una investigación sobre la intervención propuesta. Antes de la evaluación, se brindó consentimiento informado para ser firmado en línea, sin que la firma condicionara la participación y/o permanencia en la intervención. Todos los NN-TND admitidos recibieron intervención, siendo libres de retirarse en cualquier momento de la investigación sin que se afectara la intervención. El programa fue arancelado. Se otorgaron becas para permitir que los que quisieron participar de la intervención y los que consintieron participar de la investigación fueran incluidos, independientemente de si podían pagar o no el arancel.

RESULTADOS

Se realizaron un total de 10 ciclos de intervención entre junio de 2020 y septiembre de 2021. El grupo de intervención estuvo formado por 22 NN-TND y el de control por 8, de los cuales 7 recibieron luego tratamiento y 1 por razones familiares debió ser asistido en forma individual, por fuera del programa, por una de las terapeutas. Las características sociodemográficas de los niños y sus cuidadores se presentan en la *Tabla 2*.

Los resultados del CHS se detallan en la *Tabla 3* para el puntaje total y subescalas, pre- y posintervención, para los dos grupos. Se muestran también los resultados de la prueba de rangos con signo de Wilcoxon a un solo lado, obtenidos con el paquete SciPy de Python.

El puntaje total del CHS del grupo de intervención mejoró ($p < 0,001$) de 54,9 (DE 5,5) a 48,4 (DE 4,5) y se acercó al rango de referencia 42,6 (DE 4,9).¹² Todas las subescalas, salvo la de somnolencia diurna, mejoraron con la intervención. Si bien no parece haber mejoras en el grupo control, su limitado tamaño ($n = 8$) impide determinar algún resultado estadísticamente significativo sobre dicho grupo en este estudio preliminar.

La hora de acostarse y dormirse obtenidas del CS se adelantó en el grupo intervención ($p < 0,002$) y se redujo e hizo menos variable la latencia del sueño (tiempo entre ir a acostarse y

TABLA 2. Características sociodemográficas de los niños y sus cuidadores a partir del cuestionario sociodemográfico

Parámetros	Intervención (n = 22)	Control (n = 8)
Edad de los niños		
3 a 5 años	14	6
Diagnóstico		
Trastorno espectro autista	19	7
Trastorno espectro autista/epilepsia	2	0
Retraso global del desarrollo	1	1
Evaluación médica previa en relación con el sueño		
Sí	22	8
Terapias al momento de la intervención		
Virtual	7	3
Presencial	6	2
Mixta	4	1
Ninguna	5	2
Medicación en relación con el sueño		
Sí	8	2
Edad de los cuidadores (n = 38*)		
30-34 años	4	3
35-39 años	14	4
40-44 años	9	2
45-50 años	1	0
50-55 años	1	0
Nivel educativo de los cuidadores (n = 38*)		
Secundario completo	3	1
Terciario incompleto	2	0
Terciario completo	3	3
Universitario incompleto	2	2
Universitario completo	13	2
Posgrado completo	6	1

*29 corresponden al grupo intervención y 9 al grupo control.
n: número.

dormirse). La dispersión en la hora de levantarse se redujo. Aumentó en ese grupo la duración total del sueño ($p < 0,001$), que en promedio pasó de 8:50 a 9:40 horas. De ellos, los NN-TD de 3 a 5 años mejoraron su promedio de 9:00 a 9:50 horas y los mayores de 8:20 a 9:20 horas, acercándose y alcanzando la duración recomendada¹⁷ respectivamente. Los NN-TD del grupo intervención redujeron la frecuencia de despertares nocturnos en un 45 % ($p = 0,025$). En el grupo control, no parecen observarse mejoras; su pequeño tamaño impide determinar si la ausencia de cambios fue estadísticamente significativa o no.

DISCUSIÓN

La pandemia aumentó la prevalencia de trastornos del sueño en la población mundial con limitada oferta de intervenciones.¹⁸ Los NN-TD y sus padres fueron una población

significativamente afectada.¹⁹

Este trabajo preliminar describe cómo el programa PASITO logró una mejora en el sueño de un grupo de NN-TND de 3 a 10 años. La mejora en el puntaje total del CHS es comparable a un estudio similar con NN-TND.⁷

Luego de la intervención, el sueño de los NN-TND fue más regular, con un leve aumento de duración y un adelanto del horario de inicio, mejorando esto último el desfase del cronotipo. Este desfase observado en nuestra población preintervención fue similar al observado en toda la población argentina en pandemia.²⁰ La intervención fue más efectiva en relación con la duración del sueño en los niños de 6 a 10 años de edad tomando como parámetro la duración recomendada para cada grupo etario.¹⁷ Se ha logrado también una disminución significativa de los despertares nocturnos en la mayor parte de la muestra.

TABLA 3. Medias y desviaciones estándar del puntaje total y subescalas pre- y posintervención según el Cuestionario Hábitos de Sueño del niño

Variable	Grupo	Preintervención		Posintervención		Prueba de Wilcoxon (prueba de hipótesis: mejoró el puntaje)	Rango de valores posibles*
		Promedio	DE	Promedio	DE		
Puntaje total*	Intervención (n = 22)	54,95	5,57	48,41	4,50	< 0,001	33-99
	Control (n = 8)	52,62	4,14	54,38	4,37		
Subescala Resistencia para ir a la cama	Intervención	14,32	2,40	12,27	1,93	< 0,001	8-24
	Control	14,12	1,96	14,50	2,00		
Inicio del sueño	Intervención	2,41	0,73	1,64	0,66	< 0,001	1-3
	Control	2,62	0,52	2,88	0,35		
Duración del sueño	Intervención	6,09	1,74	4,27	1,45	< 0,001	3-9
	Control	4,75	1,28	4,75	1,04		
Ansiedad del sueño	Intervención	8,09	1,80	7,59	1,92	0,044	4-12
	Control	7,62	1,85	7,88	1,13		
Despertares nocturnos	Intervención	5,91	1,90	4,77	1,45	< 0,001	3-9
	Control	5,25	2,49	5,50	2,39		
Somnolencia diurna	Intervención	13,27	2,45	13,45	1,57	0,74	8-24
	Control	14,25	2,49	14,38	2,88		

n: número.

DE: desviación estándar.

El valor de referencia para el puntaje total es 42,6 (DE 4,9).¹²

* Menor valor implica menor dificultad para el sueño.

El programa responde a la creciente demanda de atención para satisfacer necesidades particulares, basada en un enfoque de neurodiversidad²¹ y de calidad de vida, participación y derechos ocupacionales.²² Consideramos el sueño una ocupación esencial que, afectada en la infancia, pone en riesgo la capacidad de cuidado de los cuidadores primarios, quienes suelen referir cansancio y necesidad de acompañamiento durante las intervenciones.²³ En este sentido, el abordaje no solo debe contemplar modificar el “hacer” cotidiano, como el propuesto en higiene del sueño,¹⁵ sino que debe priorizar una perspectiva de cuidado al cuidador,²⁴ actividades placenteras cotidianas²⁵ y modificaciones de las rutinas y rituales del sueño considerando fortalezas y dificultades de la familia.

Se señalan como fortalezas del trabajo la intervención individualizada, que dejó capacidad instalada en cuidadores mediante estrategias de resolución de problemas, y el diseño de una intervención a distancia replicable a mayor población sin necesidad de traslado.

Como limitaciones del estudio, se señalan

la no utilización de medidas objetivas, como la actigrafía. Sin embargo, los resultados de los instrumentos utilizados brindan información de parámetros similares, mostrando una evolución favorable luego de la intervención. Otra limitación fue no contar con un cuestionario de hábitos de sueño validado en población argentina. El número acotado de participantes, reclutados mediante la difusión por las redes de la institución, no asegura que la muestra sea representativa de la población general. Más aún, el requerimiento de disponibilidad horaria de los cuidadores y conexión a internet puede implicar un sesgo con un nivel de ingresos familiar elevado compatible con el nivel educativo de los padres visto en el CS. El reducido tamaño del grupo de control impidió comparar su evolución contra la del grupo de intervención con un nivel de confianza elevado.

Sin embargo, por ser un estudio preliminar, los resultados obtenidos en el grupo de intervención, aunque provisionales, son alentadores para continuar el programa a una siguiente fase aumentando el número de pacientes. El aporte de la terapia ocupacional señala un abordaje posible para NN-

TND y sus familias, en quienes los problemas de sueño ponen en riesgo su calidad de vida, participación y derechos ocupacionales. ■

Agradecimientos

A todas las familias del programa de intervención y al enorme equipo de trabajo de Panaacea, que han colaborado en todo el proceso de comunicación del programa. Al Dr. Gustavo Reinoso por sus valiosos aportes.

REFERENCIAS

- Meltzer LJ, Williamson AA, Mindell JA. Pediatric sleep health: It matters, and so does how we define it. *Sleep Med Rev.* 2021;57:101425.
- Nevímalová S, Bruni O. Sleep in Neurological and Neurodevelopmental Disorders. In: Nevímalová S, Bruni O (eds). *Sleep Disorders in Children.* Switzerland: Springer; 2017:357-87.
- Wang C, Horby PW, Hayden FG, Gao GF. A novel coronavirus outbreak of global health concern. *Lancet.* 2020;395(10223):470-3.
- Jahrami H, BaHammam AS, Bragazzi NL, Saif Z, et al. Sleep problems during the COVID-19 pandemic by population: a systematic review and meta-analysis. *J Clin Sleep Med.* 2021;17(2):299-313.
- Gillespie-Smith K, McConachie D, Ballantyne C, Auyeung B, Goodall K. The Impact of COVID-19 Restrictions on Psychological Distress in Family Caregivers of Children with Neurodevelopmental Disability in the UK. *J Autism Dev Disord.* 2023;53(4):1573-87.
- Valdez D, Montiel Nava C, Silvestre Paula C, Rattazzi A, et al. Enfrentando al Covid-19: situación de las personas con autismo y sus familias en Latinoamérica. *Siglo Cero.* 2021;52(1):119-40.
- Micheletti MB, Cafiero P, Nápoli S, Lejarraga C, et al. Problemas del sueño en una muestra de niñas y niños con trastornos del desarrollo, antes y durante la pandemia por COVID-19. *Arch Argent Pediatr.* 2021;119(5):296-303.
- Hammell KW. Engagement in living during the COVID-19 pandemic and ensuing occupational disruption. *Occup Ther Now.* 2020;22(4):7-8.
- Nizzero A, Cote P, Cramm H. Occupational disruption: A scoping review. *J Occup Sci.* 2017;24(2):114-27.
- Morrison R, Silva CR. Terapia ocupacional en tiempos de pandemia. *Rev Chil Ter Ocup.* 2020;20(1):7-12.
- Leive L, Morrison R. Essential characteristics of sleep from the occupational science perspective. *Cad Bras Ter Ocup.* 2020;28(3):1072-92.
- Alfonso M, Báez MM, Morales LM, González JE. Validación al español de un cuestionario de hábitos de sueño en los niños. *Rev Cubana Pediatr.* 2019;91(2):e518.
- Carney CE, Buysse DJ, Ancoli-Israel S, Edinger JD, et al. The Consensus Sleep Diary: Standardizing Prospective Sleep Self-Monitoring. *Sleep.* 2012;35(2):287-302.
- American Psychiatric Association. *DSM-5 Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales.* 5ta ed. Buenos Aires: Panamericana; 2014.
- Jan JE, Owens JA, Weiss MD, Johnson KP, et al. Sleep hygiene for children with neurodevelopmental disabilities. *Pediatrics.* 2008;122(6):1343-50.
- Graham F, Rodger S. Occupational Performance Coaching: Enabling Parents' and Children's Occupational Performance. In: Rodger S (ed). *Occupation Centred Practice with Children.* Hoboken: Wiley & Sons; 2010:203-26.
- Paruthi S, Brooks LJ, D'Ambrosio C, Hall WA, et al. Consensus Statement of the American Academy of Sleep Medicine on the Recommended Amount of Sleep for Healthy Children: Methodology and Discussion. *J Clin Sleep Med.* 2016;12(11):1549-61.
- Tasnim S, Rahman M, Pawar P, Chi X, et al. Epidemiology of sleep disorders during COVID-19 pandemic: A systematic scoping review. *medRxiv.* 2020; 10.08.20209148.
- Masi A, Mendoza Diaz A, Tully L, Azim SI, et al. Impact of the COVID-19 pandemic on the well-being of children with neurodevelopmental disabilities and their parents. *J Paediatr Child Health.* 2021;57(5):631-6.
- Leone MJ, Sigman M, Golombek DA. Effects of lockdown on human sleep and chronotype during the COVID-19 pandemic. *Curr Biol.* 2020;30(16):R930-1.
- Lord C. Taking sleep difficulties seriously in children with neurodevelopmental disorders and ASD. *Pediatrics.* 2019;143(3):e20182629.
- Hammell KW. Quality of life, participation and occupational rights: A capabilities perspective. *Aust Occup Ther J.* 2015;62(2):78-85.
- Tan-MacNeill KM, Smith IM, Jemcov A, Keeler L, et al. Barriers and facilitators to treating insomnia in children with autism spectrum disorder and other neurodevelopmental disorders: Parent and health care professional perspectives. *Res Dev Disabil.* 2020;107:103792.
- Gallagher S, Phillips AC, Carroll D. Parental stress is associated with poor sleep quality in parents caring for children with developmental disabilities. *J Pediatr Psychol.* 2009;35(7):728-37.
- Rosenberg L, Erez AC. Differences in meaning of occupations between children with and without neurodevelopmental disorders. *OTJR (Thorofare NJ).* 2023;43(1):35-42.