

Promoción de hábitos saludables (3.ª parte): actividad física, lectura y sueño



A. Martínez Rubio¹, Grupo PrevInfad

¹Pediatra. CS de Camas. Sevilla. España

PUNTOS CLAVE

- La actividad física tiene ventajas en sí misma tanto para la salud física como psicológica de niños y adolescentes. Además, es un factor clave en la prevención y manejo de la obesidad, problema que en la actualidad causa honda preocupación para la salud pública.
- La promoción de la lectura en voz alta es una recomendación de reciente introducción, que tiene como objetivos primordiales el desarrollo del lenguaje, pues favorece la adquisición de un vocabulario más amplio, y el fortalecimiento de los vínculos entre padres e hijos.
- El sueño infantil es a veces motivo de preocupación cuando repercute en la vida familiar y en el clima emocional de los padres. Muchas de las recomendaciones que se han dado para regular el sueño no tienen en cuenta las necesidades madurativas y emocionales de los bebés y se han dictado desde la perspectiva de los adultos y deben ser revisadas.

RESUMEN

Proporcionar consejo anticipatorio sobre hábitos de salud es una de las actividades más importantes de los programas de salud infantil. El objetivo es fomentar la adquisición de conductas generadoras de salud y advertir en contra de otras que pueden tener consecuencias negativas.

Las agencias que proponen cuidados preventivos son unánimes a la hora de recomendar algunas actividades que sí han demostrado ser efectivas como estrategias de cribado y prevención, pero no coinciden en el número de vistas necesarias, ni tampoco en todos los temas de consejo.

Cuando proporcionan consejos e información, los profesionales sanitarios tienen riesgo de hacerlo con menor rigor científico y ser poco conscientes de sus propios sesgos culturales y formativos.

Se revisan los consejos sobre actividad física, promoción de la lectura y, por último, se ofrece una mirada diferente sobre cuestiones relacionadas con el sueño infantil, comparando las recomendaciones de las distintas guías con literatura científica más reciente.

INTRODUCCIÓN

En dos artículos previos se comentaban de forma sumaria algunas ideas acerca del consejo de salud o sobre hábitos saludables¹. También se presentaba un resumen de los que proponen como prioritarios las principales agencias de cuidados de la infancia²⁻⁹.

En el artículo presente nos referiremos otros aspectos en los que es habitual que se solicite consejo en las consultas de Atención Primaria y veremos qué recomiendan las agencias de salud.

Es aconsejable leer la introducción de los artículos precedentes para ver en su contexto la actividad de proporcionar consejo.

ACTIVIDAD FÍSICA (AF)

Los niños, jóvenes y adultos que no son lo suficientemente activos tienen un mayor riesgo de desarrollar enfermedades crónicas como la diabetes tipo 2, obesidad y enfermedades cardiovasculares. Respecto de este último punto, si bien parece ser un riesgo a largo plazo visto desde la infancia, los datos del Special Turku Coronary Risk Factor Intervention Project for Children

han demostrado que los adolescentes con menor cantidad de AF (medida por un cuestionario) tenían medidas indirectas de mayor riesgo de arteriosclerosis (aumento de grosor de la íntima y media carotídea y peor función endotelial). Y en el Dietary Intervention Study in Childhood, los niveles auto-referidos superiores de AF se asociaban con tensión arterial sistólica más baja¹⁰.

La AF es importante para una vida saludable a cualquier edad, y es esencial para los niños. Incluir su práctica en la vida diaria, convertirla en un hábito, se traduce en beneficios para toda la vida. En la [Tabla 1](#) se ofrece un listado no exhaustivo de las ventajas para la salud física y psicológica.

¿A qué llamamos AF?

A cualquier actividad corporal que involucre a grupos de músculos. Puede ser una actividad cotidiana, el simple desarrollo evolutivo de la psicomotricidad infantil, incluir un contenido lúdico o ser el fin en sí mismo, como es el caso de los deportes.

Se denomina AF cardiorrespiratoria o aeróbica a aquella que, al poner a funcionar a grandes grupos musculares, exige que tanto el corazón como los pulmones aumenten su esfuerzo para llevar más oxígeno a dichos músculos.

La AF de fuerza o resistencia es aquella que obliga a los músculos a superar una fuerza contraria. Sirve para tonificar los músculos y activar el metabolismo interno de los huesos.

Además, hay tipos de AF que favorecen la flexibilidad de las articulaciones y otros que estimulan la coordinación.

¿Cuándo empezar a recomendar AF?

Por lo general se comenzaba a recomendar AF a los niños y niñas al llegar a la etapa escolar. Sin embargo, ante el aumento de prevalencia de la obesidad infantil y tras analizar los múltiples

factores que intervienen que esto ocurra, se debe animar a las familias a que den muchas oportunidades para que sus hijos puedan moverse en libertad.

Ya en el primer año, se puede favorecer que los músculos se tonifiquen, promoviendo los cambios de postura, poniendo al bebé boca abajo, animándole a que repte, salte, gatee y explore, siempre con la ayuda y supervisión de un adulto. Además, se debe recomendar que limiten el uso de tumbonas y sillitas⁴. Por eso, en cada visita, se debe explicar el desarrollo motor normal y cómo favorecerlo.

Más adelante, todos los niños son naturalmente activos, les gusta correr, lanzar pelotas, dar volteretas, etc. Lo ideal es que las familias lo favorezcan, procurando compartir tiempo con los niños y buscar entornos seguros.

Al llegar a la edad escolar ya podrán participar en juegos primero y en actividades deportivas regladas algo más tarde.

¿Cuánta AF es suficiente?

Las agencias de salud recomiendan que los niños y jóvenes sumen por lo menos 60 minutos diarios de actividad física de intensidad de moderada a vigorosa.

Para la Sociedad Canadiense de Pediatría, en su programa Greig Health Record⁹, para niños de seis años en adelante, la recomendación sobre AF es la que consta en primer lugar en todas las visitas de salud.

Sedentarismo

Es la otra cara de la moneda. Una gran parte del tiempo libre es dedicado por niños y adolescentes a ver la televisión o atender a otros tipos de pantallas. Es frecuente que vayan al colegio en vehículo y en los currículos escolares disminuye el tiempo dedicado a la AF.

Los padres deben recibir el consejo de que reduzcan a un máximo de dos horas el tiempo que sus hijos dedican a juegos sedentarios. La Academia Americana de Pediatría, a través de programa Bright Futures, desaconseja que los menores de dos años sean expuestos a la televisión (algunos padres lo hacen para tranquilizar al bebé o porque creen que es educativo). Es preferible que se fomenten otras actividades “tranquilas” como leer, charlar o cantar, que tienen interesantes componentes sociales e interactivos.

Veamos en la [Tabla 2](#) un resumen de algunas recomendaciones.

Tabla 1. **Beneficios de la actividad física en la infancia y adolescencia**

Beneficios físicos	<ul style="list-style-type: none"> Desarrollar fuerza, flexibilidad y resistencia muscular Aumentar la aposición de calcio en los huesos Mejorar la resistencia cardiorrespiratoria Mantener un peso saludable Aumentar la masa magra Reducir el riesgo de enfermedades y problemas de salud crónicos
Beneficios psicológicos	<ul style="list-style-type: none"> Mejorar la autoestima y la capacidad de aprendizaje Mejorar el humor y la salud mental. Facilitar la integración entre sus iguales Ayudar a manejar el estrés Disminuir la probabilidad de consumir tabaco, alcohol y drogas

Tabla 2. Tipos de consejo en relación con la actividad física por agencias de salud

	Entidad o fuente						
	ICSI	USPTSTF	AAP Bright Futures	RBR Canadá (0-6 a)	PrevInfad/AEPap	PSI AEPap	CDC
Año	2013	2014	2008	2011	2014	2009	
Enfoque individual, solo en relación con la detección precoz de la obesidad	X	X	-	-	-	-	-
Edad en que se empieza a dar consejos	-	-	Primer año	2 años	2 años	3 años	-
Tipo de consejo sobre actividad física							
Juego activo	-	-	-	2 años	-	X	1-5 años
Ejercicio aeróbico, de fuerza y resistencia	-	-	-	-	-	-	X
De 30-60 min /día	-	-	-	-	6-14	-	6-17
60 min/día	-	-	-	-	-	X	-
Padres como modelos de hábitos	-	-	-	12 meses	-	-	-
Tipo de consejo sobre sedentarismo							
Reducir sedentarismo y televisión	-	-	-	2 años	6-14 años	-	-
Evitar televisión y cualquier pantalla en menores de (edad)	-	-	2 años	-	-	-	1 año
Máximo 1-2 horas de televisión/día (y programas de calidad)	-	-	> 2 años	-	-	-	-

AAP: Academia Americana de Pediatría; CDC: Centers for Disease Control and Prevention; ICSI: Institute for Clinical Systems Improvement; PSI: Programa de Salud Infantil; RBR: Rourke Baby Record; USPSTF: US Preventive Service Task Force.

LECTURA

La recomendación acerca de promocionar la lectura desde edades tempranas solamente es propuesta por dos organizaciones, Bright Futures⁴ y Rourke Baby Record⁷.

La lectura contribuye al desarrollo de áreas cognitivas del cerebro, influye en la mejora de aspectos emocionales; estimula el juego y la imaginación.

Se ha demostrado que aquellos niños a quienes sus padres les leen en voz alta de forma regular¹¹:

- Aprenden a leer antes que sus coetáneos.
- A los cinco años obtienen mejores resultados también en matemáticas.
- A cualquier edad, tienen mayor riqueza de vocabulario y mejor desarrollo cognitivo. Esto repercute en un mejor rendimiento académico y mejores oportunidades para su desarrollo profesional y social¹².
- Mejora su capacidad auditiva.

El lenguaje literario es más rico en vocabulario, expresiones, rimas y el efecto es acumulativo (a más tiempo de exposición a la lectura en voz alta, mejores resultados). Además, esa actividad conjunta favorece el vínculo afectivo entre padres e hijos; contribuye a establecer rutinas tranquilas; es una oportunidad de relacionarse sin obligaciones ni normas, solo por placer.

Los programas que fomentan que los padres lean en voz alta a los niños cuentos, poesías, rimas o textos literarios se han ido desarrollando en diversos países y entornos (Tabla 3).

Recomendaciones para las familias

En la Tabla 4 pueden verse consejos sobre las actividades más adecuadas para que padres y madres fomenten el interés por la lectura teniendo en cuenta las capacidades del bebé en

Tabla 3. Algunas organizaciones e iniciativas para promover la lectura temprana y/o la lectura en voz alta a los niños

País	Nombre (con enlace)
Argentina	Fundación Leer
Australia	Premiers' Reading Challenge
Canadá	Consejos de Rourke Baby Record
España	Asociación entre libros Fundación Germán Sánchez Ruipérez Nascuts per Llegir
Francia	ACCES
Italia	Nati per Leggere Lettura ad alta voce
Reino Unido	Book Start
EE. UU.	Reach out and Read
Internacional	LitWorld

Tabla 4. **Recomendaciones para padres teniendo en cuenta las capacidades de desarrollo en cada etapa**

Edad	Tipos de libros que gustan a los bebés
0-12 meses	Libros de cartón con fotos de bebés o niños Libros de colores vivos que pueda tocar y chupar Libros con dibujos de objetos familiares Libros de pequeño tamaño, adaptados para sus pequeñas manos
12-24 m	Libros de cartón resistente para manejar y llevar Libros con imágenes de bebés y niños que hacen cosas familiares, como dormir, comer y jugar Libros para la hora de dormir Libros sobre decir hola y adiós Libros con sólo unas pocas palabras en cada página Libros con rimas simples y texto predecible
Habilidades motoras en relación con los libros y la lectura	
0-6 meses	Vocaliza
6-12 meses	Coge y manipula un libro Se lleva el libro a la boca Se mantiene sentado en el regazo de un adulto Pasa páginas con ayuda
12-18 meses	Se sienta sin apoyo Puede llevar a libro Sostiene libro con ayuda Pasa varias páginas a la vez
18-24 meses	Pasa las páginas con facilidad, de una en una Se mueve por la casa con uno o varios libros a la vez Puede utilizar los libros como objeto transicional (un objeto que tranquiliza, calma o conforta)
Habilidades cognitivas en relación con los libros y la lectura	
0-6 meses	Mira las fotos Prefiere fotos de rostros
-12 meses	Mira las imágenes Prefiere imágenes de rostros Vocaliza, acaricia fotos
12-18 meses	Ya no se lleva el libro directamente a la boca Señala las fotos con el dedo Puede hacer el mismo sonido para una foto específica Señala cuando se le pregunta: "¿dónde está...?" Pone el libro correctamente boca arriba Ofrece el libro a un adulto para leer
18-24 meses	Nombra imágenes familiares Completa palabras de historias que le son familiares "Lee" a sus muñecas o animales de peluche Recita partes de cuentos conocidos Mejora su capacidad de atención, pero aún no dura mucho
Qué pueden hacer los padres para ayudar a desarrollar las habilidades y el interés por la lectura	
0-12 meses	Sostener al bebé de manera confortable Mirarle cara a cara Adaptarse a las señales del bebé de "más" o "para" Señalar y nombrar las imágenes para el bebé
12-18 meses	Responder cuando su hijo quiere leer Dejar que su niño controle o sostenga el libro Aceptar que los niños pequeños aún tienen poca capacidad de atención Preguntar: "¿dónde está el...?" y dejar que señale el niño
18-24 m	Relacionar los libros con las experiencias de su hijo Usar libros en rutinas y durante la hora de acostarse Preguntar: "¿qué es eso?" y dejar al niño tiempo para responder Hacer una pausa y dejar que el niño complete la frase

Fuente: Rourke Baby Record.

cada etapa. Está tomada de Rourke Baby Record⁷ y, curiosamente, no habla de que se deba leer en voz alta. Sin embargo, es interesante que las familias sepan cómo es el desarrollo normal de los niños en relación con la lectura y reciban consejos prácticos sobre cómo estimularles.

SUEÑO

El sueño de los niños y bebés suele ser motivo de preocupación para las familias, fundamentalmente en las sociedades occidentales, donde existen unas expectativas culturales que a menudo chocan con la propia fisiología.

La mayoría de los niños desarrollan un patrón de sueño normal sin ninguna clase de ayuda, al igual que la gran mayoría aprende a caminar o a controlar esfínteres sin entrenamiento de ningún tipo. Se considera que tres de cada 100 niños pueden tener alguna dificultad para adquirir un patrón de sueño regular.

Hay muchas clasificaciones de las dificultades y trastornos del sueño; sin embargo, a nivel práctico, en las visitas de seguimiento de salud infantil las quejas pueden clasificarse como “duerme demasiado poco”, “se acuesta tarde”, “se despierta a menudo” o “no quiere dormir solo”.

Para entender cada caso y proporcionar una guía adecuada conviene conocer los condicionantes biológicos, psicológicos, conductuales, sociales y culturales del sueño.

La arquitectura de las fases del sueño es bien conocida gracias a estudios polisomnográficos. En los neonatos de apenas 32 semanas ya se detectan ciclos de sueño-vigilia. En el recién nacido hay un claro predominio de la fase de sueño activo (precursor del REM). Además, en los recién nacidos, el sueño REM se produce al inicio del sueño y los ciclos REN-NREM son más cortos que en otras edades¹³.

A los 2-3 meses ya se perciben bien los husos de sueño (la alternancia entre las fases). Sin embargo, los bebés se despiertan muy a menudo porque necesitan comer, dado el rápido crecimiento propio de esta etapa. A lo largo del primer año el patrón de sueño va cambiando de forma paulatina, disminuyendo el número total de horas de sueño a lo largo del día, y pasando

a ser de predominio nocturno, si bien las siestas diurnas suelen persistir hasta los 3-5 años¹⁴.

En niños mayores de dos años el sueño se inicia ya por una fase NREM, y la proporción de este tipo de sueño suele ser un 75% del tiempo total de sueño. A lo largo de la noche, las fases REM y NREM se van alternando en periodos de 90-100 minutos. Las fases REM de la segunda mitad de la noche suelen ser más largas¹³.

Un metaanálisis de 34 estudios sobre la duración de las horas de sueño por edades¹⁵ resume que, a los 12 meses, los bebés suelen dormir entre 9,7 y 15,9 horas a lo largo de todo el día (incluyendo las siestas). El promedio es de 12,8 horas, pero como en otras manifestaciones del desarrollo infantil, hay notable variabilidad. A los dos años, los niños pueden dormir entre 9,9 y 13,8 horas y en la edad escolar, a los cinco años entre 7,6 y 10,8 horas en 24 horas. Como puede verse en la [Tabla 5](#), las cifras difieren bastante de las referidas en la guía de práctica clínica (GPC) sobre el sueño infantil¹⁴ y otras revisiones¹³, procedentes de un estudio publicado en 2003 sobre 493 niños de la cohorte de Zurich¹⁶.

Los despertares nocturnos son fisiológicos: ocurren en un 20-40% de los niños menores de tres años, en un 15% a los tres años de edad y solo en un 2% de los niños a los cinco años¹⁴.

Los adolescentes presentan un cierto retraso fisiológico del inicio del sueño (tienden a acostarse y a despertar por la mañana más tarde de lo habitual), aunque probablemente haya razones culturales en este patrón.

Los ritmos circadianos de las personas pueden mostrar particularidades. Así, respecto del sueño, hay “madrugadores” o “alondras” que se despiertan temprano de forma natural, y por tanto tienen sueño más temprano al final del día, mientras que otros, los “búhos” o “trasmochadores” tienden a acostarse (y a despertarse) más tarde¹⁷.

El sueño, además de sus determinantes biológicos y genéticos, está muy influido por factores sociales y culturales. Entre los primeros tenemos los horarios de trabajo y escuela, los estilos educativos parentales o los conflictos emocionales intrafamiliares. Entre los culturales encontramos toda una serie de ideas, constructos y creencias que generan unas expectativas

Tabla 5. Duración del sueño infantil según edad (horas totales en 24 horas)

Referencia	Año	Lactantes (primer año de vida)		Preescolares (1-2 años)		Escolares	
		Media	Rango	Media	Rango	Media	Rango
Galland (metaanálisis)	2012	12,8	9,7-15,9	11,9	9,9-13,8	9,2	7,6-10,8
Iglowstein (493 casos)	2003	13,9	11,4-16,5	13,2	10,8-15,6	11,4	9,5-13,3

en los padres. Así, los padres japoneses e italianos tienden a preferir que sus hijos no duerman solos, frente a los americanos, que creen que es esencial promover la “independencia” en el sueño desde edades precoces. Los padres chinos tienen la percepción de que sus hijos tienen más problemas con el sueño (hasta el 76%) mientras que solo un 11% de los tailandeses están preocupados por eso^{17,18}.

Las ideas culturales suelen determinar los estilos educativos parentales. Así, algunos padres consideran que hay que esperar a que el niño dé muestras de tener sueño para llevarlo a la cama, y mientras tanto no se preocupan de lo que el niño esté haciendo (ver la televisión, jugar), es decir, que actúan “por detrás” del niño, desarrollan sus estrategias educativas en respuesta a las conductas del niño. Es un estilo educativo poco organizado, pasivo, que deja al niño demasiada responsabilidad, y que en general conduce a insatisfacción y quejas de los padres¹⁷.

Otros, en cambio consideran que la vida de los niños debe ser un poco “organizada” y planifican horarios para cada actividad y por supuesto para acostar a sus hijos. Guían y ponen límites. En general es más saludable siempre y cuando haya flexibilidad y calidez¹⁷.

Pero no olvidemos otros aspectos psicológicos. Hay una etapa normal del desarrollo que es la de la “ansiedad de separación”, que suele comenzar sobre los 7-9 meses y dura en general hasta los dos años. Cuando los padres (o los profesionales) no tienen en cuenta este factor, es fácil que se interpreten como problemas de sueño comportamientos normales y que, precisamente, las estrategias que intenten para tratar de resolver la supuesta dificultad de sueño incrementen la ansiedad del niño.

Desde el punto de vista de los adultos, se ha observado cómo las dificultades (reales o percibidas) de sueño de sus hijos repercuten en el estado de ánimo de madres y padres. En general las madres son más vulnerables desde el periodo neonatal por la necesidad natural de alimentar frecuentemente al bebé¹⁹.

El funcionamiento de la pareja también puede verse afectado: surgen tensiones cuando cada progenitor tiene diferentes expectativas y estilos educativos, así como cuando se sienten criticados por otras personas de la familia o los profesionales por el modo en que intentan manejar el sueño y la educación general de sus hijos.

Y a la inversa, cuando los hijos perciben conflictos conyugales, se sienten atemorizados y estresados, se incrementa su ansiedad y el temor a ser abandonados, y como resultado suelen rechazar irse a la cama y más aún hacerlo solos.

En la mayoría de los casos, las guías de consejos sobre el sueño se basan en las ideas culturales predominantes y pretenden

satisfacer los intereses y necesidades de los adultos, y puede que no tengan en cuenta las necesidades del propio niño.

Higiene del sueño

Se utiliza esta expresión para referirse a una serie de consejos que suelen ofrecerse a las familias con el objetivo de contribuir al desarrollo de un horario de sueño acorde con las expectativas culturales. Algunas nunca han sido contrastadas, como cuál es la temperatura ideal para la habitación (suele poner en los textos que entre 20 y 21 grados), sin tener en cuenta que un elevado porcentaje de familias no tienen la opción de regular la temperatura en sus hogares.

Otras reflejan sesgos culturales y pueden no ser asumidas por todas las familias.

Las rutinas del sueño son elementos que pueden ayudar al niño en su propia autorregulación. Algunas han surgido de modelos psicológicos cognitivo-conductuales que parecen haberse elaborado con criterios centrados en las necesidades de los adultos, sin tener en cuenta los aspectos madurativos y las necesidades emocionales de los niños. Pueden ser de ayuda en algunos casos si se tienen en cuenta estos últimos.

Un estudio reciente basado en una encuesta *online*²⁰ ha demostrado que la existencia de “rutinas” de sueño de forma habitual mejora el sueño de los niños y la satisfacción parental. Y en de forma dosis-dependiente. Esto es lógico, pues refleja la consistencia en las estrategias educativas y la calidez en las relaciones paternofiliales.

En la **Tabla 6** se recogen algunas de las recomendaciones sobre higiene del sueño emitidas por las diferentes agencias de salud. Se puede observar una gran heterogeneidad. El Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI)² y la US Preventive Service Task Force (USPSTF)⁸ no emiten recomendaciones sobre el sueño en sus documentos para profesionales. Bright Futures⁴ y Rourke Baby Record⁷, dan breves consejos en sus hojas para padres. La GPC sobre el sueño infantil¹⁴, pese a no demostrar la efectividad de la mayoría de los consejos, es muy extensa en las recomendaciones de influencia cognitivo conductual. El Programa de Salud Infantil de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap)²¹, si bien recomienda medidas de higiene del sueño, refleja dudas con respecto de las técnicas de extinción gradual y es mucho más tolerante hacia el colecho y otras opciones de las familias.

Aspectos emocionales que conviene comentar con las familias:

- No hay horarios de sueño correctos o incorrectos: cada persona tiende a tener un ritmo. En muchos casos, el supuesto problema de sueño de un niño es simplemente

Tabla 6. Tipos de consejos en relación con el sueño infantil, contemplados en diferentes agencias de salud y una guía de práctica clínica

Contenido del consejo	Entidades/fuentes					
	ICSI	AAP Bright Futures	RBR Canadá (0-6 años)	USPTSTF	GPC Sueño Española	PSI AEPap
	Año	2013	2008	2010-2011	2014	2009
Conocer o explicar el patrón normal de desarrollo del sueño	-	-	X	-	X	X
Número de horas de sueño	-	X	X	-	X	-
Explicar el patrón de sueño en el niño amamantado	-	-	-	-	-	X
Compartir habitación pero no cama	-	X	-	-	X	-
• Edad tope	-	6 meses	-	-	3 meses	-
Discutir con los padres el tema del colecho, sus ventajas, inconvenientes y riesgos	-	-	X	-	-	X
En contra del colecho	-	-	X	-	X	
Permisivos con colecho seguro	-	X	-	-	-	X
Sensibles a las ideas culturales o particulares	-	X	-	-	-	-
Recomendaciones ambientales para la higiene del sueño (horario, temperatura, ropa...)	-	X	X	-	X	X
Pautas conductuales de higiene del sueño “en positivo”	-	-	-	-	X	X
• Horario regular	-	-	X	-	X	-
• Rituales	-	-	X	-	X	X
• Evitar excitantes	-	-	-	-	X	X
• Evitar excitación y juego	-	-	-	-	X	X
• Lectura y canciones	-	X	X	-	X	-
• Objeto transaccional (peluche, mantita)	-	-	-	-	X	-
• Acostarlo despierto	-	-	X	-	X	-
Evitar televisión previa a hora de dormir	-	-	X		-	
Métodos de extinción gradual (dejar que lllore)	-	-	X	-	X	X
Manejo de despertares con “extinción gradual”	-	-	-	-	X	-
Recomendación en contra de métodos de extinción gradual	-	-	-	-	-	X
Suprimir toma nocturna	-	-	X	-	X	-
Siestas diurnas	-	X	X	-	X	-
Reducir siestas diurnas	-	-	X	-	X	
Manejo del miedo a acostarse	-	-	X	-	-	-

AAP: Academia Americana de Pediatría; CDC: Centers for Disease Control and Prevention; ICSI: Institute for Clinical Systems Improvement; PSI: Programa de Salud Infantil; RBR: Rourke Baby Record; USPSTF: US Preventive Service Task Force.

que no se adapta a la pauta familiar (que posiblemente tenga que ver con los horarios de trabajo).

- Cuando los progenitores consideran el manejo de las rutinas del sueño una parte natural de los cuidados infantiles, lo viven de forma positiva. En cambio, si lo perciben como una carga, afecta negativamente al humor y puede haber síntomas de ansiedad o depresión¹⁹.
- Cuando se involucra el padre en el cuidado y resolución de los “problemas del sueño”, casi siempre mejora la situación¹⁹. Ambos progenitores comparten la responsabilidad y los cuidados. Y ambos pueden descansar.
- El simple hecho de empezar a establecer una rutina consistente de sueño para bebés y niños pequeños se asocia en la madre con una disminución de la tensión, la ira y la fatiga¹⁹.

- La calidez de los padres se relaciona con un aumento del tiempo total de sueño entre los niños en edad escolar¹⁹.

La ambivalencia es lo que genera más malestar y más problemas de salud mental y puede contribuir a que las dificultades de sueño de un niño se cronifiquen. Veamos un ejemplo: unos padres que simplemente no saben qué hacer para resolver los despertares de su hijo y que tras varios intentos, finalmente le dejan quedarse en la cama familiar con un frase como “¡Bueno, quédate!”, pero dicha con un tono de rabia. El bebé se da cuenta de que la frase “parece” un “sí”, pero los aspectos no verbales indican que más bien es un “no”. Esta ambivalencia provocará mucha ansiedad en el niño, y aumentará su conducta temerosa, insistiendo todos los días en volver a la cama de los padres.

Si unos padres han descubierto que todos duermen mejor juntos*, que sienten que consolando y quedándose al lado de sus hijos es como mejor realizan su función de padres, y que durante el día se adaptan a las necesidades del niño, poniéndole límites paulatinamente a medida que el niño crece, no tienen ambivalencia. Todos se sentirán bien.

Solo un escaso porcentaje de niños tiene verdaderos trastornos de sueño. De ellos una parte importante serán transitorios (terrores nocturnos, pesadillas, parasomnias). En su mayoría se tratará de “síndrome de retraso de fase” (que simplemente es un desajuste con el horario del resto de la familia). Por ello no se deben dar consejos de higiene de sueño y menos aún de estrategias de “extinción gradual” a todas las familias.

Implementar medidas de higiene de sueño puede ser más fácil para los padres si se tienen en cuenta los aspectos emocionales (cómo se sienten ellos como padres, cómo perciben al bebé, cuáles creen que son las necesidades del bebé).

BIBLIOGRAFÍA

1. Martínez Rubio A, Grupo PrevInfad. Promoción de hábitos saludables. *Apetito. Control de esfínteres. Form Act Pediatr Aten Prim.* 2014;7:1-9.
2. Wilkinson J, Bass C, Diem, S, Gravelly A, Harvey L, Maciosek M, et al. Health care guideline: preventive services for children and adolescents. En: ICSI [en línea] [consultado el 26/1/2016]. Disponible en: https://www.icsi.org/_asset/x1mrv1/PrevServKids.pdf
3. Duelo Marcos M, Escribano Ceruelo E, Fernández Rodríguez M, Hijano Bandera F, Martínez Rubio A, Sorinao Faura J. Programa de salud infantil. Madrid: Exlibris Ediciones; 2009.

* Por supuesto que por debajo de los seis meses se deben dar las recomendaciones para que el colecho sea seguro, para disminuir el riesgo de síndrome de muerte súbita.

4. Hagan J, Shaw J, Duncan P. Bright Futures. Guidelines for health supervision of infants, children and adolescents. 3.ª edición. En: American Academy of Pediatrics [en línea] [consultado el 26/1/2016]. Disponible en: <https://brightfutures.aap.org/materials-and-tools/guidelines-and-pocket-guide/Pages/default.aspx>

5. Garrido Torrecillas FJ (coord.). Programa de salud infantil y adolescente de Andalucía En: Junta de Andalucía [en línea] [consultado el 26/1/2016]. Disponible en: http://si.easp.es/psiaa/wp-content/uploads/2014/09/psiaa_aspectos_generales.pdf

6. Grupo PrevInfad/PAPPS Infancia y Adolescencia. Guía de actividades preventivas por grupos de edad. En: AEPap [en línea] [consultado el 26/1/2016]. Disponible en: <http://www.aepap.org/previnfad/actividades.htm>

7. Canadian Paediatric Society. Rourke Baby Record: evidence-based infant/child health maintenance. En: Rourke Baby Record [en línea] [consultado el 26/1/2016]. Disponible en: www.rourkebabyrecord.ca

8. Guide to Clinical Preventive Services. Recommendations of the US Preventive Services Task Force. En: Agency for Healthcare Research and Quality [en línea] [consultado el 26/1/2016]. Disponible en: <http://www.ahrq.gov/professionals/clinicians-providers/guidelines-recommendations/guide/index.html>

9. Greig A, Constantin E, Carsley S, Cummings C. Preventive health care visits for children and adolescents aged six to 17 years: The Greig Health Record - Executive Summary. *Paediatr Child Health.* 2010;15:157-62.

10. De Ferranti S, Newburger J, Fulton D. Pediatric prevention of adult cardiovascular disease: Promoting a healthy lifestyle and identifying at-risk children. En: UpToDate [en línea] [consultado el 26/1/2016]. Disponible en: <http://www.uptodate.com/contents/pediatric-prevention-of-adult-cardiovascular-disease-promoting-a-healthy-lifestyle-and-identifying-at-risk-children>

11. West G. Evidence summary - The importance of reading with children frequently, ideally every day. En: Nati per Leggere [en línea] [consultado el 26/1/2016]. Disponible en: <http://goo.gl/u7eBH9>

12. Sullivan A, Brown M. Social inequalities in cognitive scores at age 16: the role of reading. En: University College London [en línea] [consultado el 26/1/2016]. Disponible en: [http://research.ioe.ac.uk/portal/en/publications/social-inequalities-in-cognitive-scores-at-age-16-the-role-of-reading\(eec205ca-630a-4852-8d0b-6a6305aa592e\).html](http://research.ioe.ac.uk/portal/en/publications/social-inequalities-in-cognitive-scores-at-age-16-the-role-of-reading(eec205ca-630a-4852-8d0b-6a6305aa592e).html)

13. Wise M, Glaze D, Chervin R. Sleep physiology in children. En: UpToDate [en línea] [consultado el 26/1/2016]. Disponible en: <http://www.uptodate.com/contents/sleep-physiology-in-children>

14. 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 Nº 2009/815. Disponible en: <http://goo.gl/YIWO1Q>

15. Galland BC, Taylor BJ, Elder DE, Herbison P. Normal sleep patterns in infants and children: A systematic review of observational studies. *Sleep Med Rev.* 2012;16:213-22.

16. Iglowstein I, Jenni OG, Molinari L, Largo RH. Sleep duration from infancy to adolescence: reference values and generational trends. *Pediatrics*. 2003;111:302-7.
17. Jenni OG, Werner H. Cultural issues in children's sleep: a model for clinical practice. *Pediatr Clin North Am*. 2011;58:755-63.
18. Mindell JA, Sadeh A, Wiegand B, How TH, Goh DYT. Cross-cultural differences in infant and toddler sleep. *Sleep Med*. 2010;11:274-80.
19. Meltzer LJ, Montgomery-Downs HE. Sleep in the family. *Pediatr Clin North Am*. 2011;58:765-74.
20. Mindell JA, Li AM, Sadeh A, Kwon R, Goh DYT. Bedtime routines for young children: a dose-dependent association with sleep outcomes. *Sleep*. 2015;38:717-22.
21. Soriano Faura J. Consejos preventivos sobre el sueño. Programa de salud infantil (PSI). En: Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria [en línea] [consultado el 26/1/2016]. Disponible en: <https://www.aepap.org/sites/default/files/sueno.pdf>