

Reeducación de los hábitos de sueño de una niña mediante técnicas conductuales

Gala Márquez-Pérez

Universidad Miguel Hernández

Resumen

Los trastornos del sueño son considerados uno de los problemas infantiles más frecuentes. En el presente estudio se muestra el caso de una niña de cuatro años con problemas de insomnio de inicio y mantenimiento provocado por una carencia de hábitos de sueño adecuados. La evaluación se realizó a través de registros observacionales, una prueba de estilos educativos y una escala de trastornos del sueño para niños. La intervención se basó en un tratamiento conductual en reeducación de los hábitos del sueño y una jerarquía de exposición gradual. Los padres actuaron como coterapeutas. La adherencia de la niña a la intervención se incentivó mediante una economía de fichas. Los resultados fueron positivos, alcanzando los objetivos en un periodo de seis semanas. Se adquirió el hábito de dormir sola y disminuyó la frecuencia de los despertares nocturnos. Indirectamente, se logró disminuir la ansiedad de los padres ante la situación y los comportamientos coercitivos de la niña. Tras la evaluación se comprobó el mantenimiento y la generalización de los efectos terapéuticos.

Palabras clave: Hábitos de sueño, entrenamiento de padres, insomnio, control de estímulos, estudio de caso.

Abstract

Reeducation of sleep habits of a girl using behavioral techniques. Sleep disorders are considered one of the most common problems at early ages. The present study shows the case of a four years old girl with starting and maintenance sleep problems caused by a lack of appropriate sleep habits. This case was evaluated through observational records, a scale of educational styles and a sleep disturbance scale for children. The intervention was based on behavioral techniques for the rehabilitation of sleep habits and a hierarchy of gradual exposition. Parents acted as co-therapists. The adherence of the child to the intervention was enhanced using a token economy. The results were positive reaching the therapeutic targets over a period of six weeks. It was succeeded in establishing the habit of sleeping alone and decreasing the frequency of nighttime awakenings. Indirectly, parents decreased the anxiety caused by the situation and the girl reduced coercitive behaviors. The follow-up assessment showed the maintenance and generalization of the therapy outcomes.

Keywords: Sleep habits, parent training, insomnia, stimulus control, case study.

Dormir es una función fisiológica indispensable a lo largo de la vida. Desde la infancia el sueño es un requisito vital para el correcto desarrollo del infante. Pero cuando el ciclo del sueño no está instaurado puede surgir toda una serie de problemas. Uno de los más característicos es la somnolencia diurna que puede desembocar en problemas conductuales como rabietas y enfados y/o emocionales como ansiedad o depresión. Un problema de sueño es considerado un trastorno debido a las consecuencias que puede provocar en los sujetos. Es por ello, que el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, lo hace en su última edición, el DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013), que ha pasado a denominarlo trastorno de insomnio (Insomnia Disorder).

Asumiendo esta definición, en edades tempranas el insomnio presenta características únicas y exclusivas que vienen determinadas por

la interacción de factores mentales y madurativos, estilo parental y el temperamento infantil. Así por ejemplo, según el DSM-5 en niños se puede hablar de dificultad para iniciar el sueño o de dificultad para mantener o recuperar el sueño cuando éstas se manifiestan sin la intervención de los cuidadores.

En la infancia, el insomnio es el trastorno del sueño más frecuente desde los seis meses hasta los cinco años de edad. Los trastornos del sueño, de inicio o mantenimiento, son fenómenos habituales con prevalencias que oscilan entre el 25% y el 50% de la población infantil (Challamel y Franco, 2011). Las formas más representativas son la dificultad para iniciar el sueño y los continuos despertares nocturnos sin la presencia de los cuidadores, que suelen oscilar de cinco a quince veces por noche. Esta situación, según Estivill (2002), afecta al 30% de los niños que carecen de hábitos ordenados del sueño. Entre el 25%

Correspondencia:

Gala Márquez-Pérez. Departamento de Psicología de la Salud. Universidad Miguel Hernández. Avda. de la Universidad, s/n. 03202. Elche (Alicante) - España.
Teléfono: +34 627790054. E-mail: galamarquezperez@gmail.com

Tabla 1. Criterios del DSM-V para el trastorno por insomnio

<p>A) Queja predominante de insatisfacción con la cantidad o calidad del sueño, asociado con uno (o más) de los siguientes síntomas:</p> <ol style="list-style-type: none"> Dificultad para iniciar el sueño. (En niños, como dificultad para iniciar el sueño sin la intervención del cuidador.) Dificultad para mantener el sueño, caracterizado por despertares frecuentes o problemas para volver a dormir. (En niños, como dificultad para volver a dormir sin la intervención del cuidador.) Despertarse en la madrugada con la imposibilidad de volver a dormir. <p>B) La alteración del sueño provoca malestar clínicamente significativo o deterioro áreas importantes del funcionamiento.</p> <p>C) La dificultad se produce por lo menos 3 noches por semana.</p> <p>D) La dificultad está presente durante al menos 3 meses.</p> <p>E) La dificultad se produce a pesar de las facilidades necesarias para el sueño.</p> <p>F) El insomnio no aparece exclusivamente en el transcurso de otro trastorno del sueño-vigilia (la narcolepsia, un trastorno relacionado con la respiración, trastorno del ritmo circadiano de sueño-vigilia, parasomnia).</p> <p>G) El insomnio no es atribuible a los efectos fisiológicos de una sustancia.</p> <p>H) Coexistencia trastornos mentales y trastornos médicos no explican el insomnio.</p>

y el 50% de los niños en edad preescolar y hasta un 15% de niños en edad escolar, presentan resistencias a la hora de acostarse, inicio del sueño retrasado y despertares nocturnos perturbadores (Daniel y Glaze, 2004). La etiología del insomnio es multifactorial. Desde factores externos (alimentación, temperatura, ruidos, etc.), pasando por factores orgánicos (infecciones, virus, disfunciones, etc.) y psicopatológicos (depresión y ansiedad) hasta factores madurativos (Segarra, 2010). Asimismo, se debe contemplar los inadecuados hábitos del sueño y el deficiente manejo ambiental para dormir como un factor propio o agravante del insomnio. Según lo anterior, Ferber (2006) argumenta que se debe a un déficit en la adquisición del hábito del sueño, cuando existe una distorsión y desestructuración por asociaciones inadecuadas que el niño hace con su sueño, normalmente debido a los múltiples cambios que realizan los padres para intentar que el niño se duerma. Del mismo modo, Challamel y Franco (2011) consideran que entre el 70% y 80% del insomnio infantil tiene un origen conductual por condicionamiento a la hora de dormir o mala higiene del sueño. En este caso, son los padres quienes refuerzan las conductas inadecuadas, ya sea por carencia de normas, límites o pautas, así como por la incongruencia entre las conductas y acciones de ambos padres. Las estrategias de los padres abarcan desde la televisión, cuentos, canciones hasta regaños o amenazas, lo que revela la necesidad de instruir sobre la importancia de la higiene del sueño basándose en una estrategia tranquilizadora y relajante en el ambiente familiar.

El reconocimiento de la influencia de los factores psicológicos en el insomnio ha propiciado que el tratamiento adecuado sea la terapia cognitiva-conductual. Aun así, no se puede obviar la existencia de terapia farmacológica para solucionar los problemas de insomnio. Según las conclusiones del estudio de Lluch y Pin (2010) la terapia farmacológica debe estar acompañada siempre de terapia cognitivo-conductual y medidas de higiene del sueño.

Diversos estudios destacan como tratamientos conductuales eficaces: la terapia de control de estímulos, la relajación progresiva, la restricción del sueño o estrategias educativas y cognitivas (Andreu y Letosa, 1997; Antón, 2014; Daniel y Glaze, 2004; Estivill y Segarra, 2006). Estas técnicas sirven para modificar y reeducar los hábitos de sueño desadaptativos. En el estudio de Andreu y Letosa (1997) concluyeron que las pautas indicadas de forma estandarizada para la higiene del sueño y la conducta a seguir por los padres en el momento de acostar al niño mejoraron el patrón del sueño y la frecuencia de despertares nocturnos. La investigación de Buela-Casal y

Sierra (2002) destaca el papel de la higiene del sueño para reeducar al paciente y lograr hábitos más adecuados que faciliten el sueño.

El presente estudio tiene el objetivo de presentar el proceso terapéutico y los resultados de la eliminación de los problemas de insomnio en una niña de cuatro años mediante la aplicación de un tratamiento conductual basado en la terapia de control de estímulos y la reeducación de los hábitos del sueño a través del entrenamiento a padres, incluyendo un sistema de contingencias para motivar y reforzar las conductas aproximativas de la niña al objetivo planteado.

Descripción del caso

Identificación del paciente

Mayte (nombre figurado) es una niña de cuatro años y un mes que vive con ambos padres. Cursa Educación Infantil de cuatro años sin ninguna dificultad académica. No obstante, en el área social la niña es reticente a iniciar y conocer a niños. Los padres de Mayte la describen como cariñosa, pero desafiante y cabezona. Muestra estos comportamientos acompañados de rabietas y enfados.

Motivo de consulta

Los padres solicitan intervención psicológica debido a que Mayte presenta grandes dificultades para conciliar y mantener el sueño por sí sola, demandando la presencia materna para dormir. Cuando la niña se despierta acude a la habitación de los padres para dormir. Actualmente, la niña necesita la presencia materna para conciliar el sueño todos los días. Si la niña se despierta a media noche, acude con su madre, desplazando al padre al dormitorio de Mayte.

Historia del problema

Los padres de Mayte tuvieron constancia del problema cuando la niña tenía alrededor de dos años de edad. Hasta ese momento la niña mostraba gran dificultad a la hora de dormirse. Los padres no lograban que conciliara el sueño en la cuna. La madre utilizaba la lactancia materna para dormirla. Cuando la madre decidió finalizar el periodo de lactancia el problema se agravó ya que no existía un hábito del sueño. Desde ese momento hasta la actualidad, Mayte es incapaz de conciliar el sueño de manera autónoma. La niña demanda la presencia de la madre para dormirse. Cuando avanza la noche, suele desper-

tarse y acudir a la habitación de sus padres. Las primeras ocasiones, la madre levantaba a la niña acercándola a su cuarto, pero la hija se enrabia (lloraba, gritaba, pegaba, etc.) por lo que los padres tras varios intentos dejaron de ofrecer resistencia a la situación.

Evaluación del caso

En la primera sesión se realizó una entrevista a ambos padres para recoger información detallada sobre el desarrollo evolutivo de Mayte, datos sobre la biografía de la niña y de los padres. Igualmente se recabó información sobre los hábitos del sueño a través de la *Entrevista para Padres sobre Trastornos del Sueño en la Infancia y la Adolescencia* (Buela-Casal y Sierra, 1994). Se indagó sobre el inicio y evolución del problema, las posibles variables desencadenantes y mantenedoras, las medidas de las mismas y sus consecuentes. Igualmente se preguntó por tratamientos y/o posibles alternativas anteriores para solucionar la problemática. Se solicitó descripciones manifiestas sobre el momento en el que se producía la conducta problema, el comportamiento de la niña y de las personas presentes. Los padres se mostraron colaboradores e implicados, aunque era la madre quien argumentaba más cada pregunta.

Tras finalizar la entrevista se entregó un registro de observación a los padres (Figura 1), donde debían recoger datos sobre la conducta problema en su ambiente natural. El registro observacional recabó información sobre 1) Hora (a la que se acuesta y a la que se levanta), 2) Siestas diurnas, y 3) Interrupciones del sueño a media noche (hora, qué hace la niña, qué hacen los padres y ansiedad). El registro incluía a las personas presentes durante la conciliación del sueño, el lugar donde se producía, el comportamiento de la niña (grita, llora, insulta, juega u otras) y su intensidad en el comportamiento, la reacción de la persona que estuviera delante (se enfada, le riñen, se quedan con ella, etc.), y la ansiedad de la persona presente. La línea base inicial se extendió durante dos semanas. Los registros observacionales se mantuvieron durante todo el proceso de intervención con el objetivo de tener constancia de los avances durante la aplicación del tratamiento.

En la segunda sesión se evaluó las actitudes y valores de los padres ante la educación de su hija con el objetivo de conocer si el estilo educativo del ambiente familiar influía en el mantenimiento de la conducta problema. Se seleccionó la prueba de *Perfil de Estilos Educativos*

(Magaz y García, 1998) con la finalidad de valorar de manera cuantitativa y cualitativa las actitudes y valores ante la educación de hija. Fue administrada a ambos progenitores por separado. Tras finalizar, se solicitó a los padres que redactaran una lista de pautas previas a dormir para averiguar si la conducta problema se producía y/o mantenía por la carencia de hábitos adecuados del sueño.

Por último, se administró a los padres la *Escala de Trastornos del Sueño para Niños* (Bruni et al., 1996) para obtener información sobre la existencia o no de problemas fisiológicos del sueño.

La observación de la conducta problema fue realizada por los padres en el propio domicilio. Los registros mostraron que Mayte conciliaba el sueño siempre con su madre. Asimismo, el registro reveló que la niña presentaba insomnio de mantenimiento, pues cuatro o cinco días a la semana solía despertarse a mitad de noche y acudir con los padres. Las interrupciones del sueño no presentaban un motivo específico. Las siestas diurnas no fueron evaluadas puesto que en la escuela la niña no las realizaba. La lista de pautas previas para dormir expresó la falta de consistencia en las conductas antes de ir a dormir, así como una gran variabilidad.

El *Cuestionario de Perfil de Estilos Educativos* de la madre correspondía con un estilo educativo punitivo. Una puntuación baja en el estilo Sobreprotector (4/12) e Inhibicionista (3/12), y muy alta en el Asertivo (11/12) y en el Punitivo (10/12). Mientras que el perfil del padre era de tipo inhibicionista. Muy alta en Inhibicionista (10/12) y en Asertivo (12/12) y bajas para los estilos Sobreprotector y Punitivo (1/12 y 5/12, respectivamente). Ambos obtuvieron altas puntuaciones en asertividad, pero se consideró que respondieron con alta deseabilidad social. Según la interpretación que ofrece la prueba, tanto el estilo punitivo como el estilo inhibicionista, se relacionan con retrasos en el aprendizaje de habilidades de autocuidado personal, autonomía y demás habilidades sociales (Magaz y García, 1998). Como consecuencia, la niña presenta un retraso en el aprendizaje de habilidades y dependencia hacia sus cuidadores. En este caso, afectando a la conciliación del sueño y en particular, al mantenimiento del insomnio.

En cuanto a la *Escala de Trastornos del Sueño para Niños* de Bruni et al. (1996), ésta reveló que la niña presentaba una alteración del tránsito vigilia/sueño ya que sacudía el cuerpo, cambiaba constantemente de posición mientras dormía y realizaba acciones repetitivas como rotaciones de la cabeza.

Figura 1. Registro observacional entregado a los padres

Registro de observación						
Nombre:				Fecha:		
Día/ a) Hora dormir b) Hora Levanta	¿Siestas? Nº Horas	¿Quién hay delante?	¿Dónde? (Casa, casa abuela, otra casa...)	¿Qué hace la niña? (llora, juega, grita, etc.) Intensidad (0-10)	¿Qué haces tú? (Riñas, gritos, etc.) Ansiedad (0-10)	¿Se despierta por la noche? a) Hora b) Qué hace la niña c) Qué hacéis vosotros d) Ansiedad (0-10)

Análisis topográfico y funcional de la conducta

Los datos recabados indicaron la carencia de rutinas y administración de hábitos adecuados a la hora de dormir (discordancia entre las órdenes de los padres y falta de normas claras y sencillas) lo que ha producido que Mayte no sepa cómo actuar cuando es hora de irse a dormir. La carencia de hábitos de los padres produce que un día la madre decida quedarse a dormir con su hija hasta que se duerme y otro día no quedarse con ella hasta que inicia las rabietas, los lloros y los gritos, donde entonces la madre se queda con su hija hasta dormirse. Como consecuencia, la niña ha aprendido que ante las conductas disruptivas, los padres acuden a dormir con ella. Es decir, aunque los padres le indiquen que acuda a la cama, Mayte siempre logra su objetivo. Por tanto, en la actualidad el problema se mantiene generando una dependencia de Mayte hacia sus cuidadores para conseguir conciliar el sueño.

En definitiva, ante la acción de mandarla a dormir, la niña reacciona con lloros, gritos e insultos, exigiendo que duerma su madre con ella. Los padres debido a la incoherencia entre las normas dadas a lo largo de los días e influenciado por carencia del control ambiental, terminan por aceptar la demanda de Mayte, provocando que actualmente se mantenga la falta de hábito correcto para dormir (Figura 2).

Por otro lado, los registros muestran que se cumple la trampa del reforzamiento, pues se observa que la niña demanda acompañamiento y al no ser satisfechos sus deseos, Mayte empieza con lloros, gritos e insultos. Los padres, para que su hija finalice las rabietas, terminan por ceder ante la súplica (reforzamiento negativo para los padres) y Mayte consigue dormir acompañada (refuerzo positivo). Esto fomenta una relación entre sus rabietas y enfados con la conquista de su objetivo (dormir acompañada), incrementando el mal comportamiento de la niña y manteniendo la conducta problema.

Aplicación del tratamiento

Una vez recabada la información, se plantearon los objetivos a conseguir durante la intervención: (a) reeducar los hábitos del sueño, (b) instaurar el hábito de dormir sola y (c) reducir los despertares nocturnos.

Si el análisis funcional es correcto, cabe esperar que al reeducar los hábitos del sueño e instaurar el hábito de dormir sola se elimine la necesidad de dormir acompañada y los despertares nocturnos. Por lo que se consideró las habilidades parentales inadecuadas como variables desencadenantes y mantenedoras del problema y se programó una intervención basada en el entrenamiento a padres para el manejo del ambiente, conductas y contingencias.

Como objetivo principal del tratamiento se planteó la adquisición del hábito de dormir sin la presencia de los cuidadores a través de una jerarquía de exposición gradual y pautas para la modificación de las habilidades parentales. Y como objetivos secundarios: mejorar los hábitos e higiene del sueño y la reducción de los despertares nocturnos. Los padres actuarían como coterapeutas en la intervención con un tratamiento continuado.

Las dos primeras sesiones se realizaron una vez a la semana para recabar información sobre la conducta problema y poder establecer una línea base inicial. En la tercera y cuarta semana se realizaron tres sesiones semanales, y en la quinta y sexta semana los padres acudían una vez a la semana. Posteriormente, se realizó al mes una sesión de seguimiento y a los seis meses otra sesión de seguimiento para constatar el mantenimiento y generalización de los resultados de la intervención.

Se diseñó un programa basado en entrenamiento a padres en la reeducación de los hábitos del sueño, pautas de control de estímulos y técnicas operantes.

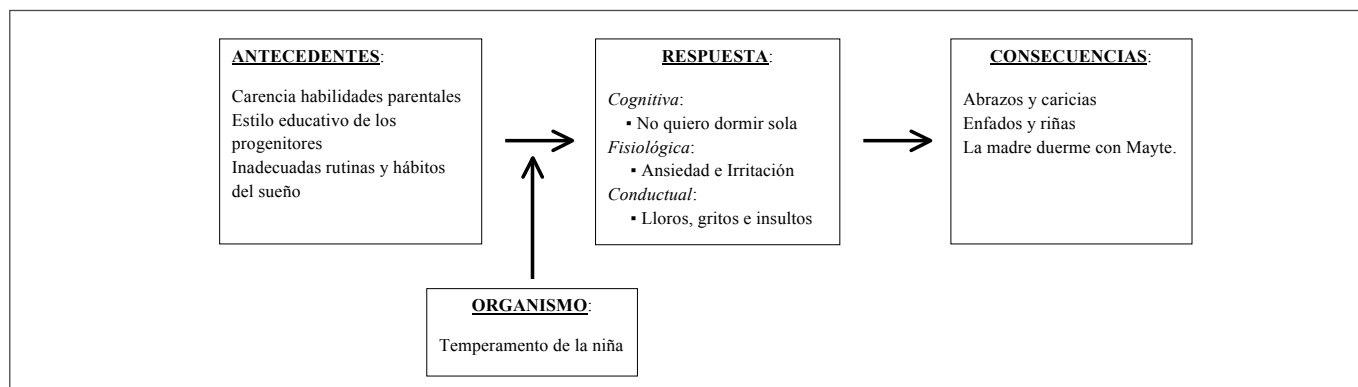
Iniciado el tratamiento, en la tercera sesión, se explicó el análisis funcional de la conducta problema. Igualmente, se instruyó a los padres sobre la necesidad del control de los estímulos ambientales y se administró a los padres unas pautas (Tabla 2) con el objetivo de maximizar la asociación entre el dormitorio y el sueño, eliminando cualquier estímulo no asociado con el dormir y que pueda interferir con el sueño.

En la cuarta sesión se realizó de forma conjunta una lista de pautas previas para irse a la cama para modificar los inadecuados hábitos del sueño. Se reestructuraron las rutinas y las actividades que se realizaban en casa: 1º Bañar a Mayte, 2º Ponerle el pijama, 3º Darle la cena, 4º Lavarse los dientes, 5º Leer un cuento, 6º Darle el muñeco que indique la hora de ir a dormir y 7º Beso de despedida para dormir.

Del mismo modo, se realizó una jerarquía de exposición gradual para instaurar en Mayte el hábito de dormir sola a través de la actuación coordinada de los padres:

1. Acostar a la niña manteniendo un contacto físico mínimo;
2. Acostar a la niña sin contacto físico. La madre se sentará en una silla cerca de la cama. Si es necesario calmarla, que sea con palabras tranquilizadoras, sin contacto;
3. Acostar a la niña sin contacto físico. Alejar la silla (mitad habitación), entre la cama y la puerta;
4. Acostar a la niña y mantenerse de pie en la puerta hasta que se duerma;
5. Acostar a la niña y permanecer fuera de la habitación hasta que se duerma y
6. Acostar a la niña y eliminar la presencia del adulto.

Figura 2. Análisis funcional y topográfico del caso



Para que la aplicación fuera exitosa, se explicó a los padres que cada punto, tanto de las pautas previas como de la jerarquía debían seguir el mismo orden para facilitar el aprendizaje de hábitos para su hija. En la jerarquía debía establecerse y mantenerse durante un tiempo para poder pasar al siguiente nivel de la lista, progresando cuando se observe que la niña ha aceptado el anterior. En caso de que mostrara conductas disruptivas (llorar o gritar), los padres debían permanecer firmes intentando extinguir la conducta. Si transcurrido un par de minutos la conducta no cedía, los padres podían calmarla, evitando el contacto físico. La jerarquía debía extrapolarse para la consecución del objetivo secundario de evitar que acuda a la habitación de los padres a continuar con el sueño. Se aplicaría en el mismo orden de jerarquía utilizada para la conciliación del sueño de inicio. Cada pauta se le debía explicar a la niña para que conociera de antemano la actuación de sus padres.

En la quinta sesión se enlazó las pautas abordadas con una herramienta que lograra la motivación de la niña. Por ello, se explicó a los padres la técnica de economía de fichas (Ayllon y Azrin, 1968) para conseguir la conducta deseada.

En dicha economía se operativizó la conducta de dormir sola teniendo en cuenta la jerarquía de actuación. Si lograba cumplir el objetivo, al día siguiente Mayte podría elegir una actividad para disfrutar con los padres; si no realizaba la conducta, no obtenía reforzador. Tras solventar las dudas, se instruyó a los padres en el manejo de contingencias (relacionado con la economía de fichas) centrado en refuerzo y extinción.

La sexta sesión se dedicó a orientar sobre los distintos estilos educativos y las consecuencias sobre su hija. Se resolvieron las dudas de la aplicación de la economía de fichas.

En la séptima y octava sesión se realizó una comparación entre los

registros iniciales y los actuales para examinar el progreso obtenido a medida que se aplicaban los nuevos hábitos, la jerarquía y la economía de fichas. La niña había avanzado hasta la cuarta pauta de la jerarquía: acostar a la niña y mantenerse en la puerta hasta que se duerma. Se acordó con los padres que las visitas pasarían a ser semanales.

En la novena sesión la niña continuó avanzando. Se decidió realizar una última sesión semanal (décima). Se indicó a los padres la necesidad de mantener las pautas a lo largo del tiempo, la posibilidad de recaídas y cómo prevenirlas. Se acordó realizar una sesión de seguimiento en el siguiente mes para conocer la evolución de la niña.

Para valorar el mantenimiento de la intervención a medio plazo y la generalización de los resultados obtenidos, se contactó con los padres transcurridos seis meses.

Resultados

Los registros indicaron que Mayte adquirió hábitos adecuados del sueño, presentando una disminución de la frecuencia de las conductas disruptivas (Figura 3). Del mismo modo, se comprobó la eficacia del tratamiento con la aplicación de la jerarquía. No se inició un nivel superior hasta no ser superado el anterior. La administración de hábitos previos para dormir se consolidó a la semana y media. La niña adquirió las pautas con suma facilidad gracias, en parte, a la economía de fichas. Los padres presentaron una disminución en la ansiedad, mejorando la calidad de vida de la familia (Figura 4).

Las mejoras se observaron en la conducta problema inicial (dormir sola) y en los despertares nocturnos, reduciéndose en frecuencia e intensidad. A la finalización del tratamiento todavía los presentaba, pero sin acudir a la habitación matrimonial (Figura 5).

Tabla 2. Control de estímulos ambientales

1. No utilizar la cama ni el dormitorio para otra actividad que no sea dormir.
2. Levantarse todos los días a la misma hora, sin importar las horas que se haya dormido ni la hora de acostarse.
3. Reducir el horario de siesta al mínimo necesario para su edad. De 0 a 2.5 horas.
4. Evitar dormir en habitaciones que puedan estar cerca de sitios ruidosos.
5. Evitar bebidas estimulantes.
6. Realizar por el día actividades estimulantes.
7. Utilizar un muñeco de trance, que indique la acción de irse a dormir.

En la sesión de seguimiento los padres argumentaron que gracias a la intervención había recuperado su intimidad nocturna. En la cita para valorar el mantenimiento y generalización de los resultados, los padres comentaron que Mayte lograba dormirse sin la presencia de los cuidadores, así como que los despertares nocturnos eran puntuales. Su hija ya no acudía con sus padres para continuar con el sueño. La niña tuvo una recaída que fue solventada con la aplicación de la jerarquía gradual durante dos o tres días. En cuanto al ambiente familiar, los padres informaron que las discrepancias sobre el cuidado de la niña se habían eliminado.

Discusión

El estudio muestra la aplicación de un tratamiento basado en entrenamiento a padres en técnicas conductuales y pautas para la reeducación y modificación de los hábitos del sueño.

Actualmente, el insomnio infantil es una de las principales demandas de asesoramiento psicológico por parte de los cuidadores. La instauración de hábitos adecuados para el sueño es complicada, y más si las habilidades parentales son inadecuadas para manejar las situaciones. Ante la carencia de pautas educativas adecuadas es necesario proporcionar a los padres conocimientos, estrategias y habilidades que faciliten esta labor. Es por ello, que lo novedoso de la intervención descrita aquí es la instrucción a los padres en jerarquía de exposición gradual y pautas de higiene del sueño con la finalidad de que adquirieran nuevos hábitos para posteriormente aplicarlos a su hija.

A partir de los resultados obtenidos, cabe señalar que la intervención ha sido eficaz y exitosa ya que se ha logrado la consecución de los objetivos planteados y su mantenimiento y generalización en el tiempo. Del mismo modo e indirectamente, se ha conseguido mejorar tanto la calidad de vida familiar como íntima de los padres.

Figura 3. Frecuencia conductas disruptivas a la hora de irse a dormir

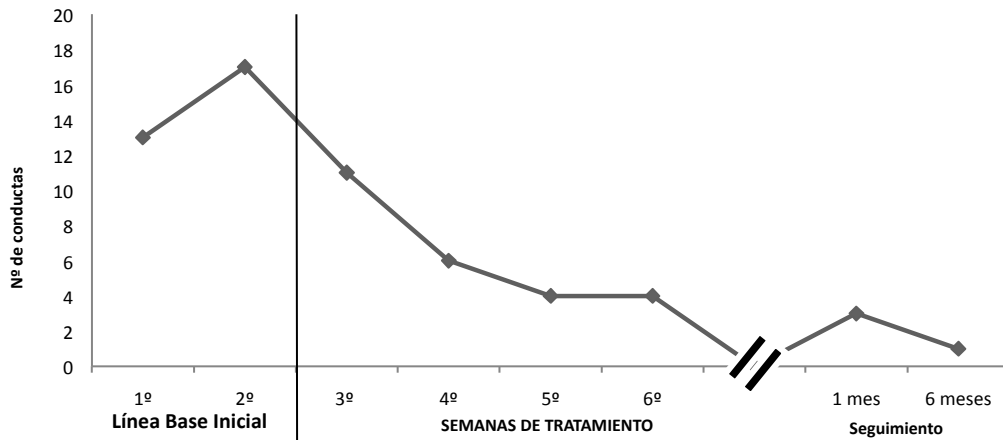


Figura 4. Ansiedad de los padres ante las conductas de su hija.

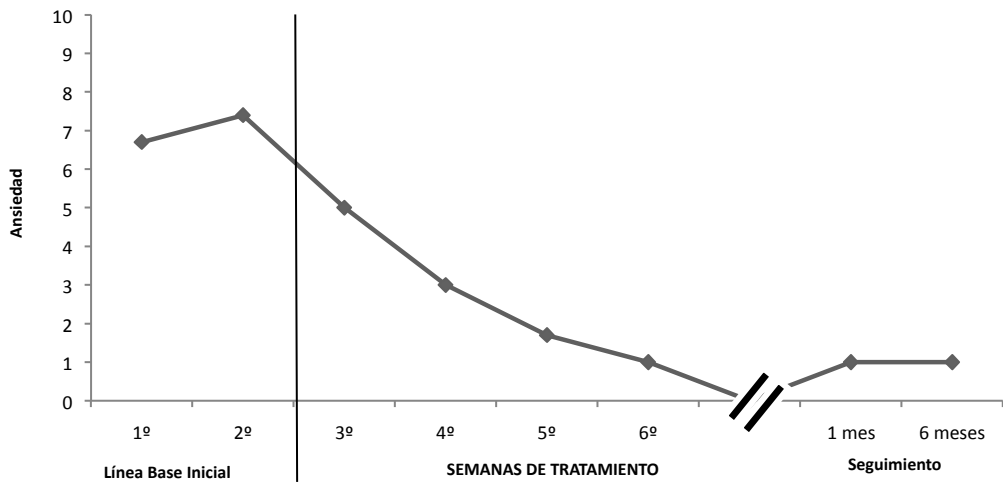
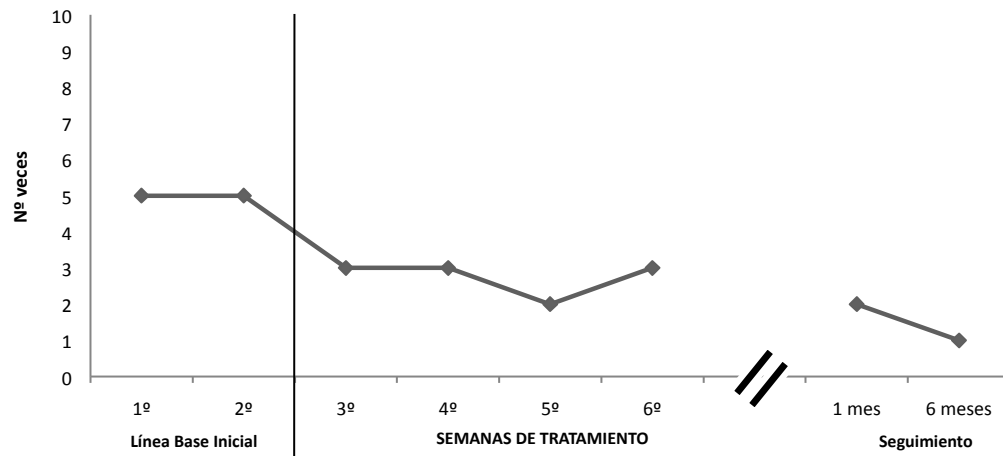


Figura 5. Frecuencia de despertares nocturnos.



Al finalizar la intervención los despertares nocturnos continuaban, aunque en menor frecuencia. Tras la sesión de seguimiento a los seis meses, los despertares nocturnos habían desaparecido. Por tanto, los resultados se han mantenido y generalizado ya que actualmente la niña conserva los hábitos adecuados del sueño.

Igual que los trabajos de Andreu y Letosa (1997), Daniel y Glaze (2004), Estivill y Segarra (2006) o Antón (2014) apoyan la eficacia de la terapia cognitiva-conductual para el tratamiento del insomnio, el presente estudio muestra la aplicación de un tratamiento basando en técnicas operantes pero con la particularidad de que son los progenitores, que actúan como coterapeutas, los encargados de reeducar los hábitos de higiene del sueño. Dado el mantenimiento y generalización de los resultados, se confirma la eficacia del tratamiento aplicado en este caso clínico.

Artículo recibido: 15/10/2013

Aceptado: 8/04/2014

Referencias

- Andreu, C. y Letosa, J. (1997). Eficacia del tratamiento conductual del insomnio en edades tempranas. *Psicología Conductual*, 5, 155-160.
- Antón, A. (2014). Tratamiento cognitivo-conductual en un niño con ansiedad a la hora de dormir. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 1, 37-43.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Ayllon, T. y Azrin, N. (1974). *Economía de fichas*, México, Trillas (original, 1968).
- Buela-Casal, G. y Sierra, J. C. (1994). *Los trastornos del sueño. Evaluación, tratamiento y prevención en la infancia y la adolescencia*. Madrid: Pirámide.
- Buela-Casal, G. y Sánchez, A. (2001). *Trastorno del sueño*. Madrid: Síntesis.
- Bruni, O., Ottaviano, S., Guidetti, V., Romoli, M., Innocenzi, M., Cortesi, F. y Giannotti, F. (1996). The Sleep Disturbance Scale for Children (SDSC) Construction and validation of an instrument to evaluate sleep disturbances in childhood and adolescence. *Journal of Sleep Research*, 5, 251-261.
- Challamel, M. J. y Franco, P. (2011). Insomnio y trastornos de la instauración del ritmo día/noche en los niños pequeños. *Tratado de Medicina*, 15, 1-6.
- Daniel G. y Glaze, M. (2004). Childhood insomnia: why Cris can't sleep. *The Pediatric Clinics of North America*, 51, 33-50.
- Estivill, E. (2002). Duérmete niño: 12 años de experiencia. Revisión crítica. *Anales Española de Pediatría*, 56, 35-39.
- Estivill, E. y Segarra, F. (2006). *El insomnio infantil por hábitos incorrectos*. Clínica del sueño Estivill. USP Instituto Universitario Dexeus y Hospital General de Cataluña.
- Ferber, R. A. (2006). *Solve your child's sleep problems* (revised edition). Nueva York: Simon & Schuster.
- Lluch, A. y Pin, G. (2010) Manejo farmacológico del insomnio infantil. Revisión de las opciones farmacológicas. *Anales de Pediatría*, 22, 25-31.
- Magaz, A. y García, E. (1998). *Perfil de Estilos Educativos*. Bizkaia: COHS.
- Segarra, F. (2010). Tratamiento conductual del insomnio infantil. *Vigilia y Sueño*, 22, 32-34.

