



Universidad
Zaragoza

Trabajo Fin de Grado

Educación para la Salud: adquisición de
hábitos de descanso en niños de 4 años.

Autora

Nuria Fernández de Antonio

Directora

Rosario Tobeña Arasanz

Facultad de Ciencias Humanas y de la Educación. Campus de Huesca.

Universidad de Zaragoza

Septiembre de 2018

Índice

1.	INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN	2
2.	PARTE TEÓRICA.....	3
2.1.	Educación para la salud.....	3
2.2.	Educación para la Salud: hábitos de descanso	5
2.3.	El descanso y el sueño.....	8
2.4.	Problemas y trastornos de sueño.	10
2.5.	Tratamientos y recomendaciones	19
3.	PARTE PRÁCTICA	21
3.1.	Contextualización.....	21
3.2.	Encuestas	23
3.3.	Implementación de las encuestas	25
3.4.	Resultados	25
3.5.	Conclusiones	35
3.6.	Actividades.....	37
4.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	39
5.	ANEXOS	41
5.1	Anexo 1: encuesta de los alumnos	41
5.2.	Anexo 2: encuesta de los padres	42
5.3.	Anexo 3: carta de presentación	43

Title: Education for health: acquisition of resting habits in 4 years old children.

- Elaborado por: Nuria Fernández De Antonio
- Dirigido por: Rosario Tobeña Arasanz
- Presentado para su defensa en la convocatoria de septiembre del año 2018
- Número de palabras (sin incluir anexos): 10010

Resumen.

El Trabajo Fin de Grado (TFG) que he realizado consta de una parte teórica y otra de aplicación práctica. En el apartado teórico, explico el concepto de Educación para la Salud, expongo como se puede implementar la Educación para la Salud en la escuela y describo un ejemplo a través de una página web del Gobierno de Aragón. Para finalizar esta primera parte, reflexiono sobre la importancia de descansar adecuadamente en la infancia y describo brevemente los problemas y trastornos infantiles de sueño.

En la parte práctica, he intentado averiguar los hábitos de descanso y de sueño que tenían los alumnos de cuatro años del grupo clase del “CEIP El Parque” donde realicé mis Prácticas III. Para ello he elaborado dos encuestas. Una para las familias y otra más sencilla para los alumnos. A partir de los datos obtenidos he elaborado unos consejos para mejorar los hábitos de sueño de los niños de Educación Infantil y unas actividades que se pueden realizar en clase.

Palabras clave

Educación para la Salud, descanso, trastorno del sueño infantil.

1. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

La ORDEN de 28 de marzo de 2008, del Departamento de Educación, Cultura y Deporte, por la que se aprueba el currículo de la Educación infantil y se autoriza su aplicación en los centros docentes de la Comunidad Autónoma de Aragón, subraya la importancia que tiene en esta etapa educativa la formación integral de los niños (1) a través del desarrollo de todas sus capacidades: físicas, motóricas, afectivas, emocionales, intelectuales y sociales. Potenciar todas estas capacidades en la infancia implica desarrollar una adecuada salud física y emocional. Para ello es importante no descuidar la alimentación, la higiene y el sueño. Estos factores son vitales para el desarrollo pleno de los seres humanos, especialmente en los primeros años de vida.

En este Trabajo Fin de Grado (TFG) voy a analizar la importancia que tiene para la salud y el rendimiento escolar el descansar adecuadamente. Es necesario dormir un mínimo de horas para sentirnos bien y rendir positivamente a lo largo del día. Hay niños que presentan dificultades a la hora de irse a la cama y unos pocos padecen trastornos relacionados con el sueño.

He decidido llevar a cabo mi TFG sobre la mejora de los hábitos de descanso en la infancia por dos razones. La primera porque desde siempre me ha fascinado el tema del sueño y la segunda porque cuando realicé la asignatura de Prácticas Escolares III en el colegio “CEIP El Parque” conocí a una niña que se llamaba Chantal, con frecuencia venía a clase malhumorada, en ocasiones se quedaba dormida en la asamblea e incluso un día en el recreo. Le cogí mucho cariño y la intenté ayudar.

Este TFG consta de dos partes. En la parte teórica he revisado algunas referencias bibliográficas sobre el tema del descanso y los trastornos de sueño en la infancia. En la parte práctica he indagado en las rutinas de sueño y las dificultades que presentaban los niños de la clase de cuatro años en la que realicé mis Prácticas Escolares III. Para ello he pasado una encuesta a los niños y a sus padres. También he elaborado unos consejos para los padres y sus hijos para mejorar sus hábitos de descanso y he diseñado unas actividades para implementar en el aula.

(1) A lo largo de este TFG el masculino será utilizado de forma genérica.

2. PARTE TEÓRICA

2.1. Educación para la salud

La Salud, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se puede definir como:

Un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y además es capaz de hacer una contribución a su comunidad.

La dimensión positiva de la salud mental se destaca en la definición de Salud que figura en la Constitución de la OMS: «La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades». (OMS, 2013).

El concepto de Salud física se refiere al estado de su cuerpo, a si la persona padece alguna enfermedad, en definitiva, a si su cuerpo físico está sano y la persona no sufre dolencias ni malestar. El término de Salud mental implica valorar el estado de tranquilidad y de felicidad que siente una persona en un momento de su vida, engloba las estrategias o capacidades que tiene un ser humano para afrontar los problemas que le puedan surgir cada día. Y la Salud social es, el modo en que una persona convive y se relaciona con los demás.

El término de Educación para la Salud según Costa y López (2014) se refiere a un proceso de comunicación y de enseñanza-aprendizaje para desarrollar unos estilos de vida saludables, y así conseguir una salud positiva. Para ello Costa y López (2014) proponen informar a la población de las posibles enfermedades o problemas de salud que puedan contraer y de los factores que previenen su aparición, por ej. llevar una alimentación saludable y hacer ejercicio físico.

Según el Gobierno de Aragón la Educación para la Salud tiene tres dimensiones:

- Dimensión personal: es potenciar el autocuidado o saber cuidarse, tanto a nivel físico como emocional. Para ello se aconseja realizar algún tipo de actividad física todos los días, llevar una dieta variada y saludable, mantener hábitos de

higiene adecuados que eviten enfermedades, evitar el consumo de tabaco y de otras drogas, tener una autoestima elevada y saber manejar las propias emociones.

- Dimensión relacional: es adaptarse al entorno que nos rodea, es saber convivir e interactuar. Potencia la salud el mantener buenas relaciones con las personas que nos rodean, establecer lazos de amistad y relaciones amorosas, evitar relaciones que nos lleven al consumo o a la dependencia, es decir evitar relaciones tóxicas.
- Dimensión ambiental: es responder de forma saludable a los retos o dificultades que puedan aparecer en el entorno. Por ejemplo, se encarga de intentar que los niños no hagan un mal uso de las nuevas tecnologías y de Internet. También que conozcan los riesgos que conlleva y eviten así accidentes en casa o en la calle.



Figura 1: Dimensiones de la Educación para la Salud.

Fuente: Gobierno de Aragón. *Educación para la salud, recursos para la comunidad educativa*. <http://eps.aragon.es/index.html>

En Aragón existe el Sistema de Asesoramiento y Recursos en Educación para la Salud (SARES) dependiente de la Dirección General de Salud Pública del Gobierno de Aragón. Es un equipo técnico ubicado en la capital de cada provincia aragonesa. Tienen como objetivos crear materiales y elaborar programas sobre diferentes temas

de Educación para la Salud y asesorar y coordinar actuaciones en los centros educativos.

Algunos de los programas educativos dirigidos a los alumnos de Educación Primaria son:

- **Aventura de la vida:** tiene como objetivo adquirir habilidades para la vida. En concreto, aprender hábitos y estilos de vida saludables (comer sano, no consumir drogas, lavarse los dientes después de cada comida...). Para ello utilizan historietas que se desarrollan en entornos cercanos como la escuela, la familia o el barrio, explicando cada uno de los hábitos que se quieren trabajar. También se utilizan cuentos animados.
- **Dientes Sanos:** el programa persigue que los alumnos mantengan sus dientes sanos. Potencia la salud bucodental, para ello, aconseja realizar una correcta higiene, evitando comer alimentos que contengan excesiva azúcar, llevando una alimentación variada y equilibrada y acudiendo al dentista en sus respectivas visitas.
- **SolSano:** este programa intenta concienciar tanto a los alumnos como a sus familias de que el sol tiene unos beneficios, pero a su vez tiene unas consecuencias peligrosas para la salud. Se exponen diferentes consejos para prevenir los problemas derivados del sol y prevenir la aparición del cáncer en la piel.

La metodología utilizada en estos programas es práctica y motivadora, se realizan actividades divertidas y el formato es bastante atractivo. En la dirección web: <http://eps.aragon.es/index.html> están las guías didácticas para los profesores, así como los cuadernos de actividades para los alumnos.

En el recurso educativo mencionado no se trabaja el tema del descanso y el sueño.

2.2. Educación para la Salud: hábitos de descanso

En el artículo 7.1. c de la ORDEN de 28 de marzo de 2008, del Departamento de Educación, Cultura y Deporte, por la que se aprueba el currículo de la Educación

Infantil y se autoriza su aplicación en los centros docentes de la Comunidad Autónoma de Aragón, se dice que uno de los objetivos de la Educación Infantil es: “adquirir progresivamente autonomía en sus actividades habituales de higiene, alimentación, vestido, descanso, juego y protección”.

Los objetivos generales de la etapa se adquieren por distintos medios, uno de ellos y tal como queda recogido en el artículo 14.2 de la Orden citada es a través de la acción tutorial. De la tutoría se especifica que “la función tutorial estará dirigida al desarrollo integral y equilibrado de todas las capacidades del alumnado y se incorporará de manera integrada al propio proceso de desarrollo del currículo”.

Además de la función tutorial, los objetivos generales se logran a través de las diferentes áreas del currículo. El área curricular de Conocimiento de sí mismo y autonomía personal tiene gran importancia para “continuar con la adquisición de los buenos hábitos de salud, higiene y nutrición iniciados, ya sea en el ámbito familiar o en el primer ciclo de la etapa”. Esta área contribuye:

de forma relevante a favorecer el desarrollo de la competencia en autonomía e iniciativa personal, al iniciar el aprendizaje del conocimiento de uno mismo, fortalecer su autonomía para analizar, valorar y decidir desde la confianza en sí mismo y el respeto a las demás personas y en la medida en que se inicia la aplicación de valores y actitudes personales. Potencia asimismo la capacidad de demorar la necesidad de satisfacción inmediata, aprendiendo poco a poco a regular las propias emociones y deseos, asumiendo riesgos personales y aprendiendo de los errores, para reelaborar nuevos planteamientos de forma flexible y creativa (ORDEN de 28 de marzo de 2008).

El objetivo general 8 del área, explicita que el área progresa “en la adquisición de hábitos y actitudes relacionados con la seguridad, la higiene y el fortalecimiento de la salud, apreciando y disfrutando de las situaciones cotidianas de equilibrio y bienestar emocional”.

El bloque IV de contenidos del área es el denominado: El cuidado personal y la salud. En este bloque se incluyen aspectos básicos que poco a poco irá adquiriendo el niño para lograr mayor autonomía. Se incluyen entre otros los siguientes contenidos:

- Práctica de hábitos saludables: higiene corporal, alimentación y descanso.
- Aceptación de las normas de comportamiento establecidas durante las comidas, los desplazamientos, el descanso y la higiene.
- Adquisición de hábitos relacionados con el desarrollo personal y actitud reflexiva en la distribución del tiempo: descubrimiento de posibilidades para su tiempo libre, alternancia de períodos de actividad y movimiento con otros de reposo, desarrollo del sentido del humor, uso moderado de los recursos tecnológicos.
- Identificación y valoración crítica ante factores y prácticas sociales cotidianas que favorecen o no la salud.

Por tanto, en el propio currículo de Educación infantil se resalta la importancia de la adquisición de la práctica saludable del descanso, la aceptación de las normas de comportamientos durante el descanso, adquisición de hábitos relacionados con el desarrollo personal como alternancia de períodos de actividad y movimiento con otros de reposo.

Para la creación de actitudes y hábitos de vida saludables en los niños de Educación infantil es importante la colaboración que se establece entre los padres y los tutores. En la Orden de 28 de marzo de 2008 se dice que es importante para la evolución del proceso educativo de los niños de Infantil que maestros y padres intercambien habitualmente información sobre las actitudes de los alumnos o sobre los acontecimientos cotidianos, y se resalta “la necesidad de informar y demandar información, dar pautas concretas de actuación, sugerir actividades tanto a las familias como a los niños y, al mismo tiempo, actuar de forma coherente como modelos de referencia para ambos”.

Esta colaboración entre padres e hijos se concreta en actuaciones enmarcadas en la acción tutorial. En el artículo 14.1 de la Orden citada se especifica que “la educación en esta etapa se concibe como un proceso compartido con las familias que se ha de favorecer desde el centro educativo a través de la tutoría”. Y en el artículo 14.2 respecto a la función tutorial se señala que “la función tutorial estará dirigida al desarrollo integral y equilibrado de todas las capacidades del alumnado y se incorporará de manera integrada al propio proceso de desarrollo del currículo”. Y también se especifica que la acción tutorial “se ha de plantear como una relación continua entre el centro y la familia, para establecer criterios comunes y pautas

homogéneas de actuación que contribuyan a favorecer el desarrollo integral y equilibrado de las capacidades de los alumnos”.

2.3. El descanso y el sueño

Estar dormidos es un estado de conciencia diferente a estar despiertos o en vigilia. Cuando nos dormimos nos sumergimos en el sueño. Lo que ocurre mientras dormimos será descrito en el apartado siguiente. Una consecuencia de este periodo de sueño es la sensación de descanso que se produce una vez nos despertamos, en el caso de haber dormido bien. La sensación de descanso quizás sea la consecuencia más evidente, pero el sueño también tiene grandes implicaciones en el proceso de aprendizaje, como se verá a continuación.

El desarrollo de los diferentes ámbitos (físico, intelectual, emocional y social) del niño de Educación infantil se produce como resultado de la interacción del potencial innato del organismo y el ambiente externo que rodea al niño. Fruto de esta interrelación constante, el cerebro del niño va creando nuevas conexiones neuronales que son en realidad nuevos aprendizajes.

Como describe Anaya (2014) el entorno del niño es un factor determinante en sus aprendizajes, y por tanto en su desarrollo cerebral. Entornos con escasos estímulos o con estímulos de mala calidad, pueden tener efectos negativos sobre el desarrollo cerebral y mermar los aprendizajes que tendría un niño en un entorno adecuado. También se consideran entornos poco adecuados aquellos en los que existe una sobreestimulación, por ej. en hogares donde los niños de edad escolar ven la televisión o manejan los videojuegos a su antojo, sin ningún límite. Cuando se habla de estímulos se engloba desde los estímulos físicos (por ej. un cuento, la visita a un parque o a un zoológico), hasta las interacciones con adultos o con otros niños (por ej. adultos que hablen adecuadamente al niño). También los estímulos incluyen aspectos como el manejo de las emociones que tienen los adultos (por ej. la empatía que pueda tener el adulto o su capacidad de autocontrolarse) o los hábitos o rutinas existentes en ese entorno (por ej. dormir un número de horas que permita estar bien descansado al día siguiente o alimentarse con una dieta variada y equilibrada). Es

importante tener en cuenta la cantidad y calidad de los estímulos que conforman el entorno del niño.

Los procesos cerebrales que se producen mientras dormimos son esenciales “para reestablecer las funciones corticales, para disfrutar de un estado de bienestar general e, incluso para la vida – la privación de sueño puede causar la muerte del individuo (Anaya, 2014, p.106). Mientras dormimos el cerebro se mantiene “despierto” como se explicará en el apartado siguiente. El sueño, el descanso y la reparación corporal y cerebral que se produce mientras dormimos es imprescindible para el aprendizaje. La relación del descanso y el aprendizaje es la siguiente (Anaya, 2014, p. 107):

Los procesos cerebrales que ocurren en el transcurso del sueño hacen que los aprendizajes adquiridos durante el periodo de vigilia pasen a formar parte del todo integrado que es la globalidad de aprendizajes del individuo (esto supone la reordenación total del sistema, dado que la integración de cada nuevo aprendizaje implica el cambio del sistema en su totalidad), e, incluso, la producción de aprendizajes (conexiones) nuevos- que muchas veces representan la solución a un problema complejo -a partir de las integraciones. (El viejo dicho de “consultar los problemas con la almohada”).

Las consecuencias encontradas en población infantil de dormir menos horas que las necesarias o de padecer problemas de sueño son:

Problemas asociados con múltiples trastornos psicológicos, como la depresión, los problemas de conducta, la vulnerabilidad al estrés y el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, y por supuesto, con las dificultades de aprendizaje, con un peor rendimiento académico, con una menor eficacia mnemotécnica y con una menor eficacia en relación con la toma de decisiones, el pensamiento innovador y la solución de problemas (Anaya, 2014, p. 107).

El sueño es uno de los procesos neurofisiológicos más importantes para la vida y la salud, el individuo se aleja de los estímulos externos pero su cerebro sigue en funcionamiento. (Anaya, 2014).

El sueño no es homogéneo, cuando dormimos se pueden registrar a través del electroencefalograma (EEG) diferentes tipos de ondas cerebrales. Estas marcan las

diferentes fases del sueño. Podemos distinguir dos fases: la de sueño profundo o de ondas lentas y la de sueño paradójico.

En la fase del sueño profundo aparecen en el EEG ondas largas con espacios, el tono muscular es relajado y los movimientos de los ojos son lentos.

En la fase del sueño paradójico las ondas de EEG son cortas y rápidas, el tono muscular es bajo ya que el cuerpo está muy relajado. En los ojos aparecen movimientos rápidos, por lo que a esta fase se le denomina fase REM (Rapid Eye Movements). Se da el llamado sueño narrativo, y la persona recordará lo que estaba soñando y podrá describirlo (Anaya,2014).

El sueño es necesario para el desarrollo del cerebro y para el aprendizaje. Ambas fases del sueño se han relacionado con la memorización y el aprendizaje. La fase de sueño REM está relacionada con el afianzamiento de aprendizajes relacionados con las habilidades y los procedimientos de actuación (memoria procedimental). El sueño profundo produce aprendizajes relacionados con la memoria declarativa (Anaya, 2014).

2.4. Problemas y trastornos de sueño.

Muchos niños presentan el problema de que nunca se quieren ir a la cama o que cuando llega la hora: lloran, se enfadan y muestran incluso pataletas. A veces el irse a la cama se convierte es un problema para los padres. Las causas pueden ser bien distintas. Por ejemplo, en el primer año de vida, puede pasar que el niño no duerma bien durante la noche y se despierte a menudo. A los dos años el niño suele no querer irse a dormir y se producen pesadillas. De los tres a los cinco años suelen no querer irse a dormir, se despiertan durante la noche y tienen pesadillas.

A veces, los problemas de sueño que padece el niño son graves y cumplen con unos criterios diagnósticos que son establecidos a nivel internacional, por ejemplo, en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM), en inglés llamado: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. En España se está utilizando la quinta versión, por eso se denomina DSM-5.

A continuación, voy a explicar brevemente los más relevantes en la infancia.

Insomnio.

Se puede definir como:

Un trastorno que se produce por la dificultad para mantener y/o conciliar el sueño a lo largo de la noche, o sueño interrumpido de forma espontánea e involuntaria. La ausencia total de sueño es excepcional y es resultado de cuadros neurológicos complejos (Caballo, Salazar, y Carrobbles, 2017, p. 638).

Los criterios diagnósticos del DSM-V extraídos de American Psychiatric Association (2014) son:

- A. Predominante insatisfacción por la cantidad o la calidad del sueño, asociada a uno o más de los siguientes síntomas:
 - Dificultad para iniciar el sueño. (En niños/as, esto se puede poner de manifiesto por la dificultad para iniciar el sueño sin la intervención del cuidador.)
 - Dificultad para mantener el sueño, que se caracteriza por despertares frecuentes o problemas para volver a conciliar el sueño después de un despertar. (En niños/as, esto se puede poner de manifiesto por la dificultad para volver a conciliar el sueño sin la intervención del cuidador.)
 - Despertar pronto por la mañana con incapacidad para volver a dormir.
- B. La alteración del sueño causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral, educativo, académico, del comportamiento u otras áreas importantes del funcionamiento.
- C. La dificultad del sueño se produce al menos tres noches a la semana.
- D. La dificultad del sueño está presente durante un mínimo de 3 meses.
- E. La dificultad del sueño se produce a pesar de las condiciones favorables para dormir.
- F. El insomnio no se explica mejor por otro trastorno del sueño-vigilia y no se produce exclusivamente en el curso de otro trastorno del sueño-vigilia (p.ej. narcolepsia, un trastorno del sueño relacionado con la respiración, un trastorno del ritmo circadiano del sueño-vigilia, una parasomnia.)

G. El insomnio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p.ej, una droga, un medicamento.)

H. La coexistencia de trastornos mentales y afecciones médicas no explica adecuadamente la presencia predominante de insomnio.

Existen diferentes tipos de insomnio:

- Insomnio de conciliación o inicio: dificultades para conciliar el sueño.
- Insomnio de mantenimiento o intermedio: despertarse a lo largo de la noche.
- Insomnio terminal o final: si se debe a un despertar temprano.

En los niños lo más frecuente son los problemas para conciliar el sueño (Caballo, Salazar, y Carrobles, 2017, p. 638).

El insomnio puede ser causado por situaciones estresantes agudas, como por ejemplo cambios ambientales o sucesos familiares negativos. También algunos tratamientos farmacológicos como los broncodilatadores u otras sustancias estimulantes pueden tener este efecto. Es otra causa de insomnio la existencia de hábitos poco favorecedores del sueño, como por ejemplo no tener unas rutinas sobre la hora de acostarse o de levantarse o realizar actividades estimulantes antes de dormir.

El insomnio afecta a un 30% de los niños entre los 6 meses y los 5 años. De este porcentaje un 5% de los casos se debe a causas médicas y un 25% es de origen conductual (Caballo, Salazar, y Carrobles, 2017)

Es más frecuente que se de en chicas que en chicos.

Los tratamientos psicológicos que se aplican para este trastorno son la utilización de técnicas conductuales del sueño, que consisten en controlar los estímulos del ambiente y crear rutinas y rituales de sueño que sean adecuados para llevar a cabo la conducta que se desea.

Trastornos del sueño relacionados con la respiración.

Son alteraciones que consisten en tener interrupciones del sueño por problemas de respiración. El más frecuente es la apnea del sueño. Las apneas son pausas respiratorias que se producen al dormir provocadas por la obstrucción de las vías respiratorias que conlleva problemas al respirar. La apnea supone que la respiración se corta un 90% durante un mínimo de 10 segundos (Caballo, Salazar, y Carrobles, 2017).

Los criterios diagnósticos del DSM-V extraídos de American Psychiatric Association (2014) son:

- A. Signos en la polisomnografía de al menos cinco apneas o hipopneas obstructivas por hora de sueño y uno u otro de los síntomas del sueño siguientes:
 - Alteraciones nocturnas de la respiración: ronquidos, resoplidos/jadeo o pausas respiratorias durante el sueño.
 - Somnolencia diurna, fatiga o sueño no reparador a pesar de las condiciones suficientes para dormir que no se explica mejor por otro trastorno mental (incluido un trastorno del sueño) y que no se puede atribuir a otra afección médica.
- B. Signos de polisomnografía de 15 o más apneas o hipopneas obstructivas por hora de sueño con independencia de los síntomas acompañantes.

Por el día los niños que padecen apnea se muestran irritables, tienen falta de concentración, somnolencia, sufren cansancio, a menudo se observa escasa ganancia de peso, padecen de frecuentes dolores de cabeza o hiperactividad. Acarrea también problemas de aprendizaje y trastornos de conducta. Se observa a menudo en niños obesos (Caballo, Salazar, y Carrobles, 2017).

En la población infantil este problema ocurre en niños de todas las edades, aunque particularmente en preescolar, pero se da con menor frecuencia que la observada en los adultos. Tiene una prevalencia del 1-3%. Es más frecuente en los varones (Caballo, Salazar, y Carrobles, 2017).

Parasomnias: pesadillas, terrores nocturnos y sonambulismo

Las parasomnias se pueden definir como:

Un grupo heterogéneo de trastornos del sueño que se producen durante el sueño-vigilia; aunque se producen en fases diferentes del sueño, todos ellos tienen en común que se produce una activación parcial del sujeto antes, durante y después del trastorno” (Caballo, Salazar, y Carrobbles, 2017, p. 652).

El DSM-V incluye dentro de las parasomnias los siguientes trastornos: pesadillas, trastornos del despertar del sueño no REM (terrores nocturnos y sonambulismo), trastorno de conducta del sueño REM y el síndrome de piernas inquietas.

A continuación, voy a explicar las pesadillas y los terrores nocturnos.

Pesadillas

Son sueños que producen un miedo muy intenso en el niño, hace que se despierte aterrorizado, se vuelva a dormir y a la mañana siguiente se acuerde de todo. Ocurre en la segunda mitad del sueño REM, donde el sueño es más largo.

“Es un tipo de parasomnia que se produce en la fase REM del sueño, que se presenta sin tormenta vegetativa y se recuerda posteriormente” (Caballo, Salazar, y Carrobbles, 2017, p. 652).

Los criterios diagnósticos según el DSM-5, extraídos de American Psychiatric Association (2014) son:

- A. Se producen de forma prolongada repetida sueños sumamente disfóricos y que se recuerdan bien, que por lo general implican esfuerzos para evitar amenazas contra la vida, la seguridad o la integridad física y que acostumbran a suceder durante la segunda mitad del período principal del sueño.

- B. Al despertar de los sueños disfóricos, el individuo rápidamente se orienta y está alerta.
- C. La alteración del sueño casusa malestar clínicamente significativo o deterioro en los social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- D. Las pesadillas no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (por ejemplo, una droga, un medicamento).
- E. La coexistencia de trastornos mentales y médicos no explica adecuadamente la presencia predominante de sueños disfóricos

Cuando el niño se despierta, recupera rápidamente la conciencia y no se muestra desorientado, está en estado de alerta y puede explicar lo que ha soñado porque lo recuerda bien. El niño responde bien cuando sus padres intentan calmarlo.

Las pesadillas son habituales en niños de 3 a 6 años y tienen una prevalencia de entre el 5-8% de la población adulta, predominando más en las mujeres que en los varones (Caballo, Salazar, y Carrobles, 2017).

“Se presentan a menudo asociadas con reacciones situacionales ansiógenas o depresivas” (Caballo, Salazar, y Carrobles2017, p. 653).

Respecto al tratamiento:

No requieren un tratamiento específico, salvo que generen excesiva ansiedad, afecten al estado emocional en el día o sean habituales e intensas. En este último caso, ocurre que se despierta frecuentemente, por lo que puede tener somnolencia diurna.

Normalmente, se utiliza un tratamiento cognitivo-conductual, utilizando terapias de ensayo en imaginación y técnicas de exposición (Caballo, Salazar, y Carrobles, 2017, p. 653).

Terrores nocturnos

Son reacciones de mucho miedo que ocurren mientras se duerme, en concreto en la fase no REM del sueño, acompañadas de pánico y miedo intenso. Se producen episodios de tormenta vegetativa, taquicardias, aumento de tensión muscular, aumento de la presión arterial, dilatación de las pupilas, respiración rápida y sudoración (Caballo, Salazar, y Carrobles, 2017, p. 654).

El niño está dormido y generalmente se despierta de repente, se sienta en la cama y se pone a gritar, está muy asustado y tiene mucho miedo; se encuentra desorientado y confuso y los intentos de calmarlo no son eficaces. Cuando pasa un rato el niño se vuelve a dormir y a la mañana siguiente no recuerda nada.

Los criterios diagnósticos del DSM-V extraídos de American Psychiatric Association (2014) son:

- A. Episodios recurrentes de despertar incompleto del sueño, que generalmente se producen durante el primer tercio del período principal del sueño, y que van acompañados de una u otra de las siguientes características:
- Sonambulismo: episodios repetidos en los que el individuo se levanta de la cama y camina durante el sueño. Durante el episodio de sonambulismo, el individuo tiene la mirada fija y en blanco; es relativamente insensible a los esfuerzos de otras personas para comunicarse con él y sólo se puede despertar con mucha dificultad.
 - Terrores nocturnos: episodios recurrentes de despertar brusco con terror, que generalmente comienzan con gritos de pánico. Durante cada episodio, existe un miedo intenso y signos de alerta autónoma, como taquicardia, taquipnea y sudoración. Existe insensibilidad relativa a los esfuerzos de otras personas para consolar al individuo durante los episodios.
- B. No se recuerdan los sueños o el recuerdo es mínimo (p.ej., solamente una única escena visual).

- C. Amnesia de los episodios está presente.
- D. Los episodios causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- E. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p.ej., una droga, un medicamento).
- F. Los trastornos mentales y médicos coexistentes no explican los episodios de sonambulismo o de terrores nocturnos.

Suele aparecer entre los 3 y los 8 años y su prevalencia en niños es de entre el 1-6% (Caballo, Salazar, y Carrobes, 2017). Los terrores nocturnos remiten espontáneamente y son más frecuente en varones.

No hay un tratamiento para los terrores nocturnos.

Sonambulismo

“Son episodios reiterados de comportamientos motores realizados de forma automática durante el sueño en un estado en el que el individuo se muestra no reactivo al medio y no recuerda lo que ha sucedido” (Caballo, Salazar, y Carrobes, 2017, p. 656).

Los criterios diagnósticos del DSM-V extraídos de American Psychiatric Association (2014) son:

- A. Episodios recurrentes de despertar incompleto del sueño, que generalmente se producen durante el primer tercio del período principal del sueño, y que van acompañados de una u otra de las siguientes características:
 - Sonambulismo: episodios repetidos en los que el individuo se levanta de la cama y camina durante el sueño. Durante el episodio de sonambulismo, el individuo tiene la mirada fija y en blanco; es relativamente insensible a los esfuerzos de otras personas para comunicarse con él y sólo se puede despertar con mucha dificultad.

- Terrores nocturnos: episodios recurrentes de despertar brusco con terror, que generalmente comienzan con gritos de pánico. Durante cada episodio, existe un miedo intenso y signos de alerta autónoma, como taquicardia, taquipnea y sudoración. Existe insensibilidad relativa a los esfuerzos de otras personas para consolar al individuo durante los episodios.
- B. No se recuerdan los sueños o el recuerdo es mínimo (p.ej., solamente una única escena visual).
- C. Amnesia de los episodios está presente.
- D. Los episodios causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- E. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p.ej., una droga, un medicamento).
- F. Los trastornos mentales y médicos coexistentes no explican los episodios de sonambulismo o de terrores nocturnos.

Ocurre durante el primer tercio de la noche pudiendo aparecer síntomas como estar sentado en la cama mirando alrededor de manera confusa hasta levantarse y caminar por la casa, todo esto estando dormido. Los episodios duran de 10 minutos a media hora, las personas sonámbulas suelen estar con los ojos abiertos y con la mirada fija y perdida y si se le despierta se muestra confuso y desorientado. Hay episodios que pueden durar varios minutos, o incluso, media hora.

Esta parasomnia es la más frecuente en la infancia, alrededor de un 15-20% de los niños lo presentan en su infancia. Aparece entre los 5 y 12 años y suele desaparecer en la adolescencia. Afecta por igual a ambos sexos (Caballo, Salazar, y Carrobles, 2017).

“A veces se recetan fármacos que disminuyen la fase de sueño no REM (benzodiazepinas), pero generalmente sólo se interviene para prevenir accidentes que puedan ocurrir durante los episodios” (Caballo, Salazar, y Carrobles, 2017, p. 657).

2.5. Tratamientos y recomendaciones

Siguiendo a Huebner, D. (2008) se exponen a continuación algunas recomendaciones para que los niños de Educación infantil adquieran unos hábitos de descanso y de sueño adecuados son en primer lugar, fijar unas pautas o consejos en relación con el ambiente. Se recomienda tener cuidado con las luces y los ruidos de la habitación del niño y de la casa. Así cuando llega la hora de irse a dormir lo mejor es disminuir el ruido de la casa y de la habitación y también apagar, total o parcialmente, la luz de la habitación. Es aconsejable evitar realizar actividades que supongan un elevado nivel físico antes de acostarse, con el fin de evitar la sobreestimulación del niño. El objetivo es facilitar que se duerma y evitar que se despierte.

Por otro lado, se recomienda que los padres fijen una hora adecuada para que el niño se vaya a la cama, de esta forma poco a poco va adquiriendo el hábito de irse a dormir a la misma hora todos los días. Además de estas recomendaciones, hay otras que se les pueden dar tanto a los padres como a los niños y que es transcendental que cumplan como que: no se deben ir a la cama inmediatamente después de acabar de cenar, sino que tienen que dejar reposar un rato la comida para que no les sienta mal. Por otro lado, hay que evitar comer alimentos que sean muy contundentes por la noche y no beber muchas bebidas que lleven mucho gas porque esto hace que no podamos dormir bien.

Con respecto a los factores ambientales, es necesario que los padres le expliquen al niño que cada uno duerme en su habitación y que no debe tener miedo a dormir solo.

Respecto al momento de irse a dormir, puede resultar útil para que el niño no ponga ninguna excusa para irse a la cama, realizar con ellos ejercicios en los que se requiera cierta concentración, ya que, este tipo de ejercicios les provoca cansancio y

es más fácil que se queden dormidos. Un ejemplo de ejercicio de concentración puede ser; coger un lápiz e intentar que se mantenga el máximo tiempo de pie.

Además, es importante explicarles a los padres que los niños deben tener una serie de rutinas antes de irse a dormir (lavarse los dientes, hacer pis, que los padres les cuenten un cuento...), así como que los padres se muestren afectuosos con sus hijos, es decir, que se despidan de ellos con besos, abrazos, caricias...

Es necesario que el niño sepa cuando empiezan esas rutinas (por ejemplo, se le puede explicar que cuando las agujas del reloj lleguen a una cierta hora debe realizar las rutinas de antes de acostarse, que cuando en la televisión aparezcan los deportes debe irse a dormir). Una vez que el niño se haya acostado hay que decirle: ¡buenas noches, descansa!, así como darle un beso o arroparlo.

A veces lo que ocurre es que los niños tienen miedo a la oscuridad o a monstruos etc. en estas ocasiones es aconsejable: cuando llega la hora de irse a dormir es positivo que los padres arropan al niño para que éste pueda dormir sin miedo. Por una parte, es importante que el niño les cuente a sus padres lo que ha hecho durante el día porque así podemos comprobar si el niño ha estado pensando en lo que le da miedo y se puede ir a la cama tranquilo.

Cuando los niños tienen miedo a irse a la cama, hay que hacerles entender que debe superar los pensamientos negativos e intentar cambiarlos por pensamientos buenos, que les ayuden a dormir bien. Por ejemplo, deben pensar en los pensamientos negativos (monstruos) en las horas en las que no estén durmiendo, para así no tener pesadillas ni terrores nocturnos. Por ejemplo, pueden realizar actividades que tengan que ver con los pensamientos negativos que ellos tienen para poder acabar con lo que les da miedo (disfrazarse, cantar una canción donde aparezca dicho miedo, poner en una hoja varias veces la palabra que te da miedo).

Cuando sufra alguna pesadilla debe hablarla con sus padres para que ellos puedan utilizar los métodos o recursos adecuados para tranquilizarlo, por ejemplo, decirle que se imagine la pesadilla como si estuviera en el cine y fuera el director de

la película, para crear el final que el niño quiera de manera que sea un final atractivo y divertido que le ayude a olvidar su miedo.

Otra cosa que se debe hacer para quitarle los miedos es explicarle y realizar con él ejercicios de relajación y respiración. Por ejemplo, realizar una respiración circular para poder relajar la mente y ejercicios de contracción y relajación de los músculos del cuerpo para poder liberar la tensión que lleva dentro de él.

Para finalizar con los consejos o las recomendaciones que he citado anteriormente, puede ser apropiado aplicar algunas conductas de modificación de conducta como son el refuerzo positivo, negativo o la extinción. La aplicación de estas técnicas puede tener la forma de una economía de fichas. Consiste en seleccionar varias conductas que el niño debe realizar. Cuando el niño haya realizado alguna o varias de esas conductas obtiene unos puntos que se pueden intercambiar por un premio.

3. PARTE PRÁCTICA

3.1. Contextualización

El “CEIP El Parque” es un colegio público situado en la zona del centro de Huesca, en la calle peatonal Valentín Carderera, junto al parque “Miguel Servet”. Esta ubicación favorece el que los alumnos puedan salir a observar la naturaleza o a realizar actividades al aire libre. Es un centro que tiene jornada continua, se entra a las 9:00 horas y se sale a las 14:00 hora, aunque hay alumnos que salen más tarde ya que se quedan a comer en el centro.

El colegio cuenta con un total de 364 alumnos. Tiene un aula de Educación Infantil de 2 años y dos aulas en cada curso de Infantil y Primaria. En total cuenta con 19 unidades y 31 profesores.

Al centro acuden alumnos procedentes de familias con un nivel sociocultural medio, aunque también existe un porcentaje de familias que proceden de ambientes

menos favorecidos. En los últimos años se ha incorporado al centro un numeroso grupo de alumnado inmigrante de origen marroquí, argelino, senegalés, mauritano, rumano, búlgaro e hispanoamericano.

Realicé la asignatura de Prácticas Escolares III en el nivel de Infantil 4 años, en concreto en la clase B compuesta de 18 alumnos.

En el aula se trabaja por proyectos, cada trimestre se trabajan uno o dos temas interesantes para los alumnos. Se utiliza una metodología basada en rincones, entre los que se encuentran: rincón de las cocinitas, de puzles, de la construcción, de plástica, de lectura, de juegos de mesa y un rincón relacionado con el proyecto que se está trabajando, en este caso los animales acuáticos.

En la clase casi el 50% de los alumnos son de procedencia extranjera. En concreto, hay diez alumnos españoles y una alumna china, una sudamericana, cuatro alumnos marroquíes, un niño de padre rumano y madre española y una niña de padre holandés y madre española.

La heterogeneidad es la característica fundamental de esta aula. Algunos alumnos tenían un ritmo de aprendizaje algo más lento que el resto. Un alumno recibía apoyo de profesora de pedagogía terapéutica porque presentaba dificultades específicas de aprendizaje y estaba catalogado como alumno con necesidad de recibir apoyo educativo (ACNEAE). También había tres niños más movidos que el resto de sus compañeros, y que mostraban comportamientos que distorsionaban el funcionamiento y el trabajo del resto.

Gran parte del trabajo del aula es grupal. Todos los alumnos trabajan con el mismo material. La mayoría cooperan con sus compañeros y les aportan ideas mientras completan las tareas. A los alumnos con un ritmo de trabajo más lento que el resto, la maestra los ubica en grupos que puedan recibir ayuda de sus compañeros. Cuando se produce algún conflicto entre los alumnos, en la mayoría de los casos lo

resuelven ellos solos de forma autónoma, pero otras veces acuden a decirle a la maestra lo que ha ocurrido para que les ayude a solucionarlo.

Mientras estuve realizando mis Prácticas la maestra priorizó la enseñanza de la lengua oral y escrita. Semana a semana se trabajaba una letra y su aprendizaje se reforzaba a nivel oral a través de la asamblea, de juegos, canciones y mediante la escritura de nombres propios y de otras palabras relacionadas con esa letra.

A nivel social, los alumnos están bien integrados dentro del aula y existe un buen ambiente y clima escolar, por lo que no se dieron problemas de convivencia.

En el grupo había una niña que se llamaba Chantal y que a menudo venía a clase con mucho sueño, estaba inquieta y a veces de mal humor. Varias veces se quedó dormida en clase incluso una vez en el recreo.

3.2. Encuestas

El caso de Chantal despertó mi curiosidad y decidí indagar si los niños de esta clase dormían bien y tenían pautas de sueño adecuadas.

Tras comentar mi intención con mi tutora de Prácticas y recibir su visto bueno, elaboré dos tipos de encuestas, una dirigida a los alumnos de la clase de 4 años donde yo estuve y otra dirigida a sus padres.

La encuesta de los alumnos, que se puede ver en el Anexo 1, era muy sencilla y constaba de las siguientes cinco preguntas:

- ¿Duermes bien por la noche?
- ¿Duermes solo en tu cama?
- ¿Tus papás te acompañan a la cama?
- ¿Tus papás esperan a que te hayas dormido para irse?
- ¿Con qué objetos duermes?

En las respuestas decidí utilizar emoticonos para que a los niños les resultara más fácil y atractiva de contestar.

Al final de la encuesta dejé un apartado de observaciones por si algún niño decía alguna información relevante mientras rellenaba la encuesta y también para incluir datos que me pudiera proporcionar la maestra.

La encuesta dirigida a los padres está recogida en el Anexo 2, era un poco más extensa y constaba de tres partes. Una primera parte compuesta de once preguntas donde los padres, de manera anónima, marcaban con una X la respuesta que mejor describía el comportamiento de su hijo. En la segunda parte se les preguntaba el número aproximado de horas que dormía su hijo en los días laborables, y también debían marcar una X en la columna correspondiente. La tercera parte constaba de una pregunta abierta en la que los padres podían explicar alguna estrategia que utilizaban para que su hijo durmiera mejor por la noche. He intentado formular las preguntas de manera clara y precisa, para que no hubiera ninguna confusión a la hora de poder contestarlas. Las preguntas de la encuesta eran las siguientes:

- ¿El irse a la cama es un problema para su hijo?
- ¿Duerme solo en su habitación?
- ¿Le cuesta conciliar el sueño?
- ¿Tiene rutinas antes de irse a dormir (lavarse los dientes, hacer pis, que le cuenten un cuento...)?

- ¿Se acuesta de lunes a viernes a la misma hora?
- Una vez que está en la cama, ¿deben esperar a que se duerma para marcharse?
- ¿Se despierta varias veces durante la noche?
- ¿Su hijo tiene miedo a la oscuridad?
- ¿Sufre pesadillas?
- ¿Sufre o ha sufrido terrores nocturnos?
- ¿Cuántas horas duerme su hijo los días laborables?

En caso de que utilice alguna estrategia para que su hijo duerma bien, explíquela.

3.3. Implementación de las encuestas

La encuesta dirigida a los padres iba precedida por una carta de presentación en la que explicaba la finalidad de este estudio y solicitaba autorización para pasarla a los niños. Esta carta figura en el Anexo 3.

3.4. Resultados

3.4.1. ENCUESTA DE LOS ALUMNOS:

3.4.1.1 Pregunta número 1: ¿Duermes bien por la noche?

<u>Respuestas</u>	<u>Número de respuestas</u>	<u>Porcentaje</u>
Sí	8	66,7%
No	2	16,6%
A veces	2	16,6%

Tabla 1: Respuestas a la pregunta 1

Por tanto, el 66,6% de los niños contestan que duermen bien por la noche, el 16,6 % que no duermen bien y el 16,6 % contestan que a veces.

En conclusión, respecto a la pregunta 1, se puede decir que la mayor parte de los niños dicen que duermen bien por la noche, aunque un tercio dicen que duermen peor.

3.4.1.2 Pregunta número 2: ¿Duermes solo en tu cama?

<u>Respuestas</u>	<u>Número de respuestas</u>	<u>Porcentaje</u>
Sí	6	50%
No	5	42%
A veces	1	8%

Tabla 2: Respuestas a la pregunta 2

El 50% de los niños contestan que duermen solos en su cama, el 42 % que no duermen solos y el 8 % que duermen solos alguna vez.

Resumiendo, se puede decir que solo la mitad de los niños duermen solos por la noche.

3.4.1.3 Pregunta número 3: ¿Tus papás te acompañan a la cama?

<u>Respuestas</u>	<u>Número de respuestas</u>	<u>Porcentaje</u>
Sí	12	100%
No	0	0%
A veces	0	0%

Tabla 3: Respuestas a la pregunta 3

El 100% de los niños contestan que sus padres los acompañan a la cama.

3.4.1.4 Pregunta número 4: ¿Tus papás esperan a que te hayas dormido para irse?

<u>Respuestas</u>	<u>Número de respuestas</u>	<u>Porcentaje</u>
Sí	8	66,6%
No	4	33,3%
A veces	0	

Tabla 4: Respuestas a la pregunta 4

Con los resultados obtenidos se puede decir que el 66% de los niños contestan que sus padres esperan a que se duerman para irse, y el 33 % que no esperan.

3.4.1.5 Pregunta número 5: ¿Con qué objetos duermes?

<u>Respuestas</u>	<u>Número de respuestas</u>	<u>Porcentaje</u>
Peluche	6	50%
Luz/lámpara	1	8,3%
Ambos	3	25%
Ninguno	2	16,6%

Tabla 5: Respuestas a la pregunta 5

El 50% de los niños contestan que duermen con un peluche, el 8 % que duermen con una luz, el 25 % con ambos objetos y el 16% con ninguno.

En resumen, se puede decir que la mayor parte de los niños, más del 80% duermen con un peluche y/o con la luz encendida.

3.4.2. ENCUESTA DE LOS PADRES:

3.4.2.1 Pregunta número 1: ¿El irse a la cama es un problema para su hijo?

<u>Respuestas</u>	<u>Número de respuestas</u>	<u>Porcentaje</u>
Sí	2	16,6%
No	8	66,6%
A veces	2	16,6%

Tabla 1: Respuestas a la pregunta 1

El 66% de los padres contestan que no es un problema para su hijo el irse a la cama, el 16 % que sí es un problema y el 16% que lo es a veces.

Por tanto, para la mayoría de los padres, el 66%, no es un problema y para una minoría el 33% sí lo es siempre o a veces.

3.4.2.2 Pregunta número 2: ¿Duerme solo en su habitación?

<u>Respuestas</u>	<u>Número de respuestas</u>	<u>Porcentaje</u>
Sí	7	58,3%
No	4	33,3%
A veces	1	8,3%

Tabla 2: Respuestas a la pregunta 2

Una vez obtenidos los resultados, se puede mostrar que el 58% de los padres contestan que sus hijos duermen solos en su habitación, el 50% % que no y el 8 % que duermen solos alguna vez.

3.4.2.3 Pregunta número 3: ¿Le cuesta conciliar el sueño?

<u>Respuestas</u>	<u>Número de respuestas</u>	<u>Porcentaje</u>
Sí	6	50%
No	3	25%
A veces	3	25%

Tabla 3: Respuestas a la pregunta 3

El 50% de los padres contestan que a sus hijos les cuesta conciliar el sueño, el 25 % que no les cuesta dormirse y el 25 % alguna vez.

En conclusión, respecto a la pregunta 3, se puede decir que la mitad d ellos padres afirman que a sus hijos sí les cuesta conciliar el sueño y a la otra mitad que no.

3.4.2.4 Pregunta número 4: ¿Tiene rutinas antes de irse a dormir (lavarse los dientes, hacer pis, que le cuenten un cuento...)?

<u>Respuestas</u>	<u>Número de respuestas</u>	<u>Porcentaje</u>
Sí	10	83,3%
No	2	16,6%
A veces	0	0%

Tabla 4: Respuestas a la pregunta 4

Observando los resultados se puede decir que el 83% de los padres contestan que sus hijos tienen rutinas antes de irse a dormir, y el 16% que no.

3.4.2.5 Pregunta número 5: ¿Se acuesta de lunes a viernes a la misma hora?

<u>Respuestas</u>	<u>Número de respuestas</u>	<u>Porcentaje</u>
Sí	7	58,3%
No	1	8,3%
A veces	4	33,3%

Tabla 5: Respuestas a la pregunta 5

Efectivamente, un poco más de la mitad de los niños, el 58% se suelen acostar a la misma hora de lunes a viernes, y el resto no lo hacen siempre.

3.4.2.6 Pregunta número 6: Una vez que está en la cama, ¿deben esperar a que se duerma para marcharse?

<u>Respuestas</u>	<u>Número de respuestas</u>	<u>Porcentaje</u>
Sí	3	25%
No	8	66,6%
A veces	1	8,3%

Tabla 6: Respuestas a la pregunta 6

Pues, solo el 25% de los padres contestan que sí tienen que esperar a que sus hijos se duerman para marcharse de su habitación, el resto, un 75% que no debe esperar siempre a que su hijo se duerma para marcharse de la habitación.

3.4.2.7 Pregunta número 7: ¿Se despierta varias veces durante la noche?

<u>Respuestas</u>	<u>Número de respuestas</u>	<u>Porcentaje</u>
Sí	1	8,3%
No	8	66,6%
A veces	3	25%

Tabla 7: Respuestas a la pregunta 7

El 67% de los padres contestan que sus hijos no se despiertan por la noche, el 8% que sí y el 25% algunas veces.

3.4.2.8 Pregunta número 8: ¿Su hijo tiene miedo a la oscuridad?

<u>Respuestas</u>	<u>Número de respuestas</u>	<u>Porcentaje</u>
Sí	4	33,3%
No	7	58,3%
A veces	1	8,3%

Tabla 8: Respuestas a la pregunta 8

Por lo cual, el 58% de los padres contestan que sus hijos no tienen miedo a la oscuridad, el 33% que sí y el 8% algunas veces.

3.4.2.9 Pregunta número 9: ¿Sufre pesadillas?

<u>Respuestas</u>	<u>Número de respuestas</u>	<u>Porcentaje</u>
Sí	2	16,6%
No	7	58,3%
A veces	3	25%

Tabla 9: Respuestas a la pregunta 9

Por consiguiente, casi el 60% de los padres contestan que sus hijos no sufren pesadillas, el 40 que sí las sufren alguna vez.

3.4.2.10 Pregunta número 10: ¿Sufre o ha sufrido terrores nocturnos?

<u>Respuestas</u>	<u>Número de respuestas</u>	<u>Porcentaje</u>
Sí	0	0%
No	11	91,6%
A veces	1	8,3%

Tabla 10: Respuestas a la pregunta 10

Por ello, más del 91% de los padres contestan que sus hijos no sufren terrores nocturnos, el resto que alguna vez sí las sufren.

3.4.2.11 Pregunta número 11: ¿Cuántas horas duerme su hijo los días laborables?

<u>Respuestas</u>	<u>Número de respuestas</u>	<u>Porcentaje</u>
Más de 10 horas	6	50%
De 8 a 10 horas	4	33,3%
De 6 a 8 horas	2	16,6%
Menos de 6 horas	0	0%

Tabla 11: Respuestas a la pregunta 11

El 50% de los niños duermen más de 10 horas, el 33 % de 8 a 10 horas, el 16 % de 6 a 8 horas y el 0% menos de 6 horas.

3.5. Conclusiones

Como se puede observar en las tablas que se muestran más arriba:

- El 66,6% de los niños contestan que duermen bien por la noche.
- El 50% dicen que duermen solos en su cama.
- Al 100% sus padres los acompañan a la cama.
- El 66% de los niños contestan que sus padres esperan a que se duerman para irse.
- El 50% duermen con un peluche y el 25% dejan una luz en la habitación.
- El 66% de los padres afirman que el irse a la cama no es un problema para su hijo.
- El 58% de los padres contestan que sus hijos duermen solos en su habitación.
- El 50% de los padres opinan que a sus hijos les cuesta conciliar el sueño.
- El 83% de los padres comentan que sus hijos tienen rutinas antes de irse a dormir
- El 58% que suelen acostarle a la misma hora de lunes a viernes.
- El 75% de los padres contestan que no esperan siempre a que su hijo se duerma para marcharse de la habitación.
- El 67% de los padres manifiestan que sus hijos no se despiertan por la noche.
- El 58% de los padres opinan que sus hijos no tienen miedo a la oscuridad.
- Casi el 60% de los padres afirman que sus hijos no sufren pesadillas.

- Más del 91% de los padres contestan que sus hijos no sufren terrores nocturnos,
- El 50% de los niños duermen más de 10 horas.

Por tanto, un poco más de dos tercios de los niños de un aula de 4ª del “CEIP EL Parque” duermen bien por la noche, la mitad de ellos duermen solos en su cama, la mayoría se acuestan con un peluche y dejan la luz encendida, a todos los niños le acompañan sus papás a la cama y en un tercio de los casos esperan a que se duerman.

En cuanto a las encuestas de los padres, estos opinan de sus hijos que para la mayoría no supone un problema el momento en que sus hijos se van a la cama, más de la mitad duermen solos en su habitación (respuesta que coincide con la respuesta de los niños, por lo que he comprobado que los niños han sido sinceros a la hora de responder, salvo en algún caso), a la mitad no les cuesta dormirse. Además, a la gran mayoría de los niños siguen unas rutinas antes de irse a la cama, y la mayoría de los padres esperan a que sus hijos se duerman para irse de la habitación, más de la mitad de los niños se acuesta a la misma hora, los niños no suelen despertarse por la noche y más de la mitad los niños no tienen miedo a la oscuridad. En cuanto a los trastornos del sueño sólo algo menos de la mitad sufre pesadillas y terrores. La mayoría de los niños duermen más de 10 horas diarias.

Teniendo en cuenta los datos obtenidos de las encuestas de los padres y de sus hijos, ambos coinciden en los siguientes datos:

- La mayoría de los alumnos duermen bien por la noche y para los padres no supone un problema el momento en que sus hijos se van a la cama.
- Todos los alumnos que responden a la encuesta afirman que duermen más de 10 horas, lo que supone un tiempo suficiente para esa edad.

- Más de la mitad de los niños se acuestan en los días laborables a la misma hora.
- A todos los niños le acompañan sus papás a la cama y en algunos esperan a que sus hijos se duerman.
- La gran mayoría sigue rutinas antes de irse a dormir, como por ejemplo lavarse los dientes, hacer pis o leer un cuento. Estas rutinas previas facilitan la conciliación del sueño ya que en realidad es realizar una unión o asociación entre dos situaciones. El realizar una de ellas supondrá que el cuerpo anticipa la conducta siguiente y empezará a realizarla de forma automática.
- La mayoría de los niños utilizan algún objeto facilitador del sueño, como el contacto con un peluche que hace que el niño se sienta en la cama más seguro y protegido.
- La mitad de los niños tienen miedo a la oscuridad.
- Solo unos pocos padecen pesadillas y terrores nocturnos.

De todas las conclusiones anteriores podemos extraer dos:

- Existe un pequeño porcentaje de niños que no duerme bien.
- La mitad de los niños tiene miedo a la oscuridad.

3.6. Actividades

Las dos conclusiones anteriores sirven para extraer dos objetivos:

- Existe un pequeño porcentaje de niños que no duerme bien.
- La mitad de los niños tiene miedo a la oscuridad.

Para trabajar estos objetivos a continuación se plantean tres actividades. Las dos primeras pretenden contribuir al primer objetivo y la tercera al segundo objetivo.

- Actividad 1: La primera actividad es un Memory. Dicha actividad consiste en mostrarles a los niños unas tarjetas con los diferentes hábitos saludables de descanso: realizar rutinas como lavarse los dientes antes de acostarse, hacer pis, acostarse a la misma hora todos los días o dormirse con un peluche. Una vez que los niños han observado todas las tarjetas, se les da la vuelta y deben levantar una tarjeta y buscar su pareja. Esta actividad pretende enseñar a todos los niños las rutinas y hábitos que facilitan que se duerma bien. Va dirigida a los pocos alumnos que no las tienen adquiridas y sirve de refuerzo a los que sí las tienen.
- Actividad 2: Nos inventamos un cuento con los hábitos de sueño. A partir de las imágenes utilizadas para la actividad anterior, los niños las miran detenidamente y cada uno elige una de ellas, después inventan un cuento con esa escena. La tarea la realizarán todos los niños del grupo. Se pueden utilizar variedades del juego, como inventar un juego de forma encadenada, una parte cada uno, según la tarjeta que les haya tocado.
- Actividad 3: Nos relajamos en la clase de psicomotricidad. Para incidir en el segundo objetivo y contribuir a disminuir el miedo a la oscuridad, se ha planteado una actividad que pretende enseñar estrategias y trucos para vencer este miedo. Cuando un niño tiene este miedo específico, antes incluso de ir a la habitación ya comenzará a desarrollar síntomas físicos de ansiedad como sudores o aumento del latido de su corazón etc. y también experimentará pensamientos de incapacidad y bajo afrontamiento del estímulo o situación temida. Para ello la relajación es una estrategia muy apropiada para superar poco a poco este miedo y enfrentarse a la situación que se teme. Primero a los niños se les enseña en el aula de psicomotricidad, donde la maestra prepara el

aula con poca luz y colchonetas para que los niños se puedan acostar encima de ellas, unos ejercicios de respiración que progresivamente permitan vivenciar a cada niño como su cuerpo se relaja a través de respiraciones profundas y lentas. También podrás incluirse otras instrucciones que poco a poco relajen las diferentes partes del cuerpo. Una vez que el niño se ha relajado en el aula de psicomotricidad, se generalizará este aprendizaje al aula y poco a poco si el alumno interioriza estas técnicas podrá aplicarlas en momentos como por ejemplo antes de dormirse.

4. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Psychiatric Association. (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5*. Consultado el 25 de marzo de 2017. Recuperado de: <http://www.psicoaragon.es/wp-content/uploads/2017/06/DSM-5.pdf>.

Anaya, D. (2014). *Bases del aprendizaje y educación* (2º ed.). Madrid: Editorial UNED.

Caballo, V., Salazar, I. y Carrobles, J. A. (2017). *Manual de psicopatología y trastornos psicológicos* (2º ed). Madrid: Pirámide.

Costa, M., y López, E. (2014). *Educación para la Salud. Guía práctica para promover estilos de vida saludables*. Madrid: Pirámide.

Gobierno de Aragón. *Educación para la salud, recursos para la comunidad educativa*. Consultado el 17 de marzo de 2018. Recuperado de: <http://eps.aragon.es/index.html>.

Huebner, D. (2008). *Me da miedo irme a la cama*. Madrid: TEA.

Organización Mundial de la Salud. Consultado el 17 de marzo de 2018. Recuperado de: http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/




ORDEN de 28 de marzo de 2008, del Departamento de Educación, Cultura y Deporte, por la que se aprueba el currículo de la Educación infantil y se autoriza su aplicación en los centros docentes de la Comunidad Autónoma de Aragón.



Obtenido de:

<http://benasque.aragob.es:443/cgi-bin/BRSCGI?CMD=VEROBJ&MLKOB=261765895252>

5. ANEXOS

5.1. Anexo 1: encuesta de los alumnos

	 SÍ	 A VECES	 NO
¿Duermes bien por la noche?			
¿Duermes solo en tu cama?			
¿Tus papás te acompañan a la cama?			
¿Tus papás esperan a que te hayas dormido para irse?			

			
¿Con qué objetos duermes?			

Observaciones:

5.2. Anexo 2: encuesta de los padres

	SÍ	A VECES	NO
¿El irse a la cama es un problema para su hijo/a?			
¿Duerme solo/a en su habitación?			
¿Le cuesta conciliar el sueño?			
¿Tiene rutinas antes de irse a dormir (lavarse los dientes, hacer pis, que le cuenten un cuento...)?			
¿Se acuesta de lunes a viernes a la misma hora?			
Una vez que está en la cama, ¿deben esperar a que se duerma para marcharse?			
¿Se despierta varias veces durante la noche?			
¿Su hijo/a tiene miedo a la oscuridad?			
¿Sufre pesadillas?			
¿Sufre o ha sufrido terrores nocturnos?			

En caso de que utilice alguna estrategia para que su hijo/a duerma bien, explíquela:.....

5.3. Anexo 3: carta de presentación

Estimadas familias:

Soy Nuria Fernández, alumna del cuarto curso de Magisterio Infantil, que actualmente realizo mis Prácticas Escolares en el CEIP El Parque, en la clase de 4 años denominada “Los Gatos”.

En el plan de estudios de Magisterio, la realización de las Prácticas Escolares se compagina con la elaboración de un Trabajo de Fin de Grado (TFG). La temática que he elegido para mi TFG es estudiar cómo desde la escuela se puede contribuir a la Educación para la Salud en la infancia. Aquí estarían incluidas, entre otras, las actividades que se hacen en las aulas de Infantil para potenciar los hábitos de alimentación saludable (comer fruta), el lavado de los dientes o la higiene corporal.

Dentro de este mismo ámbito, me interesaría profundizar en un aspecto menos estudiado, los hábitos de sueño en la infancia.

Quería pedirles su colaboración, para que me respondieran de forma anónima a una pequeña encuesta sobre los hábitos de sueño que en este momento tiene su hijo de 4 años. También le quiero pedir su autorización para que su hijo o hija rellene en clase otro cuestionario de 5 preguntas.

Un cordial saludo

Fdo: Nuria Fernández.

.....

Don/Dña.....como padre/madre del
alumno/a.....
.....

DOY MI CONSENTIMIENTO

NO DOY MI CONSENTIMIENTO

Para que mi hijo/a realice la encuesta de 5 preguntas sobre Educación para la Salud.

Fdo.....

En Huesca, a.....de.....de.....