



Universidad Internacional de La Rioja
Facultad de Educación

Los terrores nocturnos: implicaciones educativas en el 2º ciclo de Educación Infantil

Trabajo fin de grado presentado por: Clara Parra Peñafiel
Titulación: Grado en Maestro de Educación Infantil
Línea de investigación: Estado de la cuestión
Directora: Gisela Matilde Coria

Ciudad: Tarragona
31 de enero de 2014
Firmado por: Clara Parra Peñafiel

CATEGORÍA TESAURO: 1.1.9. Psicología de la educación

*(...) Y cuando llegó al lugar donde viven los monstruos
éstos emitieron unos horribles rugidos y crujieron sus
afilados dientes y lo miraron con ojos centelleantes y le mostraron
sus horribles garras hasta que Max dijo “¡QUIETOS!” y los domó
con el truco mágico de mirarlos fijamente a los ojos sin pestañear (...)*

Fragmento del cuento infantil “Donde viven los monstruos”
(Maurice Sendak)

RESUMEN

El presente trabajo trata el tema de los terrores nocturnos desde el ámbito educativo. Para ello, se ha planteado conocer estrategias relacionadas con los terrores nocturnos infantiles en el 2º ciclo de Educación Infantil. La metodología utilizada ha sido el análisis teórico de estudios relacionados con los terrores nocturnos para conocer el estado de la cuestión. Como conclusiones más relevantes, el docente debería conocer las principales características de este trastorno del sueño para poder aconsejar a los padres, según su gravedad. Además, debería descubrir, con los padres, el origen de los terrores nocturnos para buscar una solución, así como observar las repercusiones, en la escuela y en el hogar, sin olvidar sus implicaciones futuras. Por último, será necesario aplicar estrategias educativas en el aula, de tipo preventivo o según los síntomas. Las actividades que potencian la expresión de las emociones contribuyen a la autoestima y desarrollo integral del niño.

Palabras clave: Terrores Nocturnos, Trastornos del Sueño, Educación Infantil, Estrategias Educativas, Tarea Docente

ÍNDICE

1.	INTRODUCCIÓN DEL TRABAJO.....	1
1.1.	JUSTIFICACIÓN.....	1
1.2.	OBJETIVOS.....	2
1.3.	FUNDAMENTACIÓN DE LA METODOLOGÍA.....	2
2.	MARCO TEÓRICO	4
2.1.	LOS TERRORES NOCTURNOS: ORIGEN DEL CONCEPTO.....	4
2.1.1.	Los trastornos del sueño	4
2.1.2.	Características de los terrores nocturnos	7
2.2.	CAUSAS DE LOS TERRORES NOCTURNOS.....	10
2.2.1.	Evolutivas.....	10
2.2.2.	Congénitas.....	10
2.2.3.	Circunstanciales.....	11
2.2.4.	Del entorno	13
2.3.	REPERCUSIONES EDUCATIVAS DE LOS TERRORES NOCTURNOS	14
2.3.1.	Conductuales.....	14
2.3.2.	Cognitivas	15
2.3.3.	Emocionales	16
2.3.4.	Orgánicas.....	16
2.3.5.	Más allá de la infancia.....	17
2.4.	ESTRATEGIAS DE SOLUCIÓN A LOS TERRORES NOCTURNOS DESDE EL ÁMBITO EDUCATIVO.....	18
2.4.1.	Según las causas congénitas	18
2.4.2.	Según las causas circunstanciales	20
2.4.3.	Según las repercusiones	28
3.	DISCUSIÓN.....	33
3.1.	ESTUDIOS CONSULTADOS	33
3.2.	LA IMPORTANCIA DE LOS PADRES	34
3.3.	ACERCA DE LAS CAUSAS Y REPERCUSIONES	35
3.4.	ACERCA DE LAS SOLUCIONES.....	36
3.5.	POSIBLES APORTACIONES DESDE EL AULA	39
4.	CONCLUSIONES	42
5.	PROSPECTIVA.....	45

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	47
BIBLIOGRAFÍA	52
ANEXO	55

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Trastornos del sueño según la clasificación del DSM-IV-TR (2002), Hernández & Rodrigo (s.f.) y Herranz (2007).....	6
Tabla 2. Diferencias entre el terror nocturno y la pesadilla	9
Tabla 3. Causas de los terrores nocturnos.....	14
Tabla 4. Repercusiones educativas de los terrores nocturnos.....	18
Tabla 5. Causas de la depresión y sus soluciones.....	25
Tabla 6. Soluciones educativas a los terrores nocturnos según las causas circunstanciales....	27
Tabla 7. Soluciones educativas a los terrores nocturnos según las repercusiones.....	32
Tabla 8. Esquema diagnóstico en asistencia primaria para los despertares bruscos.....	55

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Soluciones educativas para los terrores nocturnos, según las causas congénitas.....	20
Figura 2. Soluciones educativas a los terrores nocturnos en función de sus causas y repercusiones	38

1. INTRODUCCIÓN DEL TRABAJO

1.1. JUSTIFICACIÓN

Los niños de la etapa infantil a menudo sufren desajustes emocionales que se manifiestan en forma de terrores nocturnos. Este tipo de trastorno puede tener repercusiones negativas en el equilibrio emocional, cognitivo y físico del niño, reflejándose en un peor rendimiento escolar, así como afectar a sus relaciones sociales y familiares.

En primer lugar, deberemos ubicar este tipo de desajuste dentro de los trastornos del sueño, descubriendo las características específicas que lo diferencian de los demás (p.e. pesadillas o sonambulismo).

A continuación, si queremos poner remedio a este problema, se hace necesario hallar sus orígenes. Observando el comportamiento del niño en la escuela podemos descubrir tanto las *causas* como las consecuencias o *repercusiones educativas* de este trastorno (p.e. problemas de aprendizaje, atención, comportamiento o relación). Por su parte, la familia puede colaborar con aspectos que queden fuera de la esfera escolar (p.e. rutinas diarias, hábitos de alimentación y sueño, enfermedades, conflictos familiares o relación con hermanos y familiares). Con la información recogida será más fácil proponer *estrategias de solución* desde el ámbito educativo.

Por las características de los niños entre 3-6 años, he observado que no siempre es fácil descubrir las causas de su comportamiento. El interés personal por este tema surge de un caso que conozco de cerca. Se trata de una niña de 4 años que sufre terrores nocturnos desde hace un año (levantándose dormida y corriendo de un lado a otro de la casa, aterrorizada). Las familias no siempre conocen el motivo de estos comportamientos y necesitan la información proveniente de la escuela. Del mismo modo, los maestros pueden descubrir las causas, con origen en el hogar, de un bajo rendimiento o comportamiento anómalo en el aula. Considero que, como profesionales de la docencia, podemos aportar algo de luz a este desconocido problema con importantes implicaciones educativas.

1.2. OBJETIVOS

Objetivo general

Conocer estrategias educativas relacionadas con los terrores nocturnos infantiles en el 2º ciclo de Educación Infantil.

Objetivos específicos

- Delimitar las características de los terrores nocturnos.
- Describir las posibles causas de los terrores nocturnos infantiles.
- Identificar las repercusiones educativas de los alumnos con terrores nocturnos.
- Descubrir qué estrategias de solución se aplican al problema planteado desde el ámbito educativo.

1.3. FUNDAMENTACIÓN DE LA METODOLOGÍA

En el presente estudio exploratorio se pretende realizar, en primer lugar, un *análisis teórico* de los temas planteados en los objetivos. Para ello, se llevará a cabo una búsqueda bibliográfica que recopile la información necesaria sobre el estado de la cuestión.

En esta fase del estudio, se delimitarán las *características* de los terrores nocturnos, ubicándolos dentro de los trastornos del sueño y diferenciándolos del resto de trastornos de este tipo. A continuación, se describirán las posibles *causas* de los terrores nocturnos infantiles, diferenciando entre causas evolutivas, congénitas (epilepsia, autismo o anomalías físicas o neurológicas), circunstanciales (estrés, celos, ansiedad, miedo, trastorno de adaptación, depresión, abuso sexual infantil, fiebre) y del entorno (pautas familiares, entorno socio-afectivo). Una vez definidas las causas, se identificarán las *repercusiones educativas* de los terrores nocturnos infantiles, principalmente de tipo conductual (hiperactividad, agresividad, negativismo), cognitivo (atención, memoria, razonamiento), emocional (depresión, baja autoestima, estrés, mal humor) y orgánico (retraso en el crecimiento, sistema cardiovascular e inmunológico, función endocrina, obesidad), incluso más allá de la infancia. Por último, se intentarán descubrir *estrategias de solución* a los problemas planteados, desde el ámbito educativo, tanto incidiendo en

las causas como en las repercusiones mencionadas.

En segundo lugar, y tras el análisis teórico de los temas planteados, se llevará a cabo un análisis crítico de lo expuesto. Para ello se comparará la información extraída de cada uno de los estudios consultados, comprobando la relación que existe entre ellos, de acuerdo con los objetivos propuestos.

Al tratarse de un estudio que aborda un tema prácticamente inexplorado en el ámbito educativo, se pretende sugerir pautas de actuación que ayuden a abordar el problema desde este enfoque.

2. MARCO TEÓRICO

Este apartado se divide en cuatro capítulos. En el primero se va a delimitar el concepto “terror nocturno”, ubicándolo dentro de los trastornos del sueño y definiendo sus características específicas. En el segundo, se recogen las diferentes causas de los terrores nocturnos, ya sean evolutivas, congénitas, circunstanciales o del entorno. En el tercero, se presentan las diferentes repercusiones educativas de los terrores nocturnos, de tipo conductual, cognitivo, emocional, orgánico y más allá de la infancia. Y, en el cuarto, se ofrecen posibles estrategias de solución a los terrores nocturnos, según las causas congénitas y circunstanciales o según sus repercusiones.

2.1. LOS TERRORES NOCTURNOS: ORIGEN DEL CONCEPTO

2.1.1. Los trastornos del sueño

Los trastornos del sueño son un fenómeno frecuente que aparece hasta en el 30% de niños y adolescentes (Hernández & Rodrigo, s.f.) y alrededor de un 25% en la población infantil (Bartlet, 2006; Ojeda, 2011; Owens, 2010; Pin, Cubel, & Morell, s.f.).

Estos trastornos suelen clasificarse en *disomnias* y *parasomnias*. Las primeras suponen problemas para conciliar o mantener el sueño, mientras que en las parasomnias éste se interrumpe una vez iniciado (Bartlet, 2006).

Una clasificación más amplia de los trastornos del sueño es la que exponen Hernández & Rodrigo (s.f.) de acuerdo con el DSM-IV. En ella, las disomnias y parasomnias se incluyen dentro de los *trastornos primarios del sueño*, que son “alteraciones endógenas en los mecanismos del ciclo vigilia-sueño” (p. 5). Aquí, las *disomnias* suponen problemas en el número de horas dedicadas al sueño, así como en su distribución y calidad y en ellas se encuentra el insomnio, la hipersomnia, la narcolepsia (ataques de sueño), los trastornos del sueño relacionados con la respiración, trastornos del ritmo circadiano y disomnias no especificadas. Por su parte, las *parasomnias* hacen referencia a situaciones anormales del sueño, sus fases o al paso del sueño a la vigilia e incluyen las pesadillas, los terrores nocturnos, el sonambulismo y las parasomnias no especificadas, donde los autores incluirían, por su frecuencia en niños de 6 meses a 5 años, el bruxismo (rechinamiento de dientes), la somniloquia (hablar dormido), los

movimientos rítmicos durante el sueño, el despertar confuso, los sobresaltos del adormecimiento, la parálisis del sueño y las alucinaciones hipnagógicas (entre el sueño y la vigilia) terroríficas.

En cuanto a la clasificación del DSM-IV-TR (2002), además de los trastornos primarios del sueño, encontramos los *trastornos del sueño debidos a enfermedad médica*, los *inducidos por sustancias* y los *trastornos del sueño relacionados con otro trastorno mental*.

Por su parte, Herranz (2007) aporta otra clasificación en la que recoge las disomnias, parasomnias y desórdenes del sueño como *trastornos paroxísticos no epilépticos relacionados con el sueño*. Según este autor, las *parasomnias* son los trastornos del sueño más frecuentes en los niños e incluirían los desórdenes del despertar (confusión al despertar, sonambulismo y terrores nocturnos), desórdenes de la transición sueño-vigilia (movimientos rítmicos, sobresaltos del adormecimiento, somniloquia y calambres nocturnos de las piernas), parasomnias usualmente asociadas al sueño REM (pesadillas nocturnas, parálisis del sueño, priapismo asociado al sueño¹, alteración del ritmo cardíaco asociado al sueño REM y desórdenes en el comportamiento del sueño REM) y otras parasomnias (bruxismo, enuresis, trastorno de deglución, contracciones involuntarias de los músculos, síndrome de muerte súbita nocturna, ronquido primario, síndrome de apnea obstructiva del sueño, síndrome de hipoventilación central congénita, sobresaltos nocturnos neonatales benignos del sueño y otras) (véase Tabla 1).

¹ El priapismo es la “erección continua y dolorosa del miembro viril, sin apetito venéreo” (RAE, 2001).

Tabla 1. Trastornos del sueño según la clasificación del DSM-IV-TR (2002), Hernández & Rodrigo (s.f.) y Herranz (2007).

TRASTORNOS DEL SUEÑO		
Trastornos primarios del sueño		Trastornos de sueño relacionados con otros trastornos mentales
DISOMNIAS		
<ul style="list-style-type: none"> - Insomnio - Hipersomnia - Narcolepsia - Trastorno del sueño relacionado con respiración - Trastorno del ritmo circadiano - No especificados 		<ul style="list-style-type: none"> - Insomnio relacionado con otro trastorno mental - Hipersomnia relacionada con otro trastorno mental
PARASOMNIAS		
Desórdenes del despertar	<ul style="list-style-type: none"> - Despertar confuso - Sonambulismo - Terrores nocturnos 	Otros trastornos del sueño
Desórdenes transición sueño-vigilia	<ul style="list-style-type: none"> - Movimientos rítmicos durante el sueño - Sobresaltos del adormecimiento - Somniloquia 	<ul style="list-style-type: none"> - Trastornos del sueño por enfermedad médica - Trastorno del sueño inducido por sustancias
Parasomnias asociadas al sueño REM	<ul style="list-style-type: none"> - Pesadillas - Parálisis del sueño 	
Otras	<ul style="list-style-type: none"> - Bruxismo - Alucinaciones hipnagógicas terroríficas 	

Fuente: elaboración propia

Para entender mejor cómo funciona el sueño es importante conocer sus fases, tal como las exponen Hernández & Rodrigo (s.f.):

- La *vigilia* es el estadio en que el sujeto tiene los ojos cerrados y está relajado, pero todavía está despierto.
- A continuación le sigue el *sueño lento* o *sueño no REM*, también llamado profundo, donde, de acuerdo con Ojeda (2011), se repara el organismo, pues además de

mantenerse una baja frecuencia cardíaca y respiratoria se producen algunas hormonas (como la del crecimiento y el cortisol) y neurotransmisores necesarios para el buen funcionamiento del sistema nervioso e inmunitario. Esta fase se divide, a su vez, en cuatro estadios y es entre el 3º y el 4º donde se producen la mayoría de despertares abruptos (terrores nocturnos, sonambulismo, somniloquia) (Hernández & Rodrigo, s.f.).

- Por último, en la *fase de sueño REM o paradójico*, también llamada de los movimientos oculares rápidos, es cuando, según Ojeda (2011) se procesa y almacena el aprendizaje en la memoria a largo plazo. Aquí es donde aparecen los sueños y las pesadillas, disminuye el tono muscular, la frecuencia cardíaca, respiratoria y la presión arterial son inestables y el cerebro está activo.

Estas fases se van alternando, empezando por el sueño no REM (70-120 min), seguido del sueño REM (15-20 min), aunque a lo largo de la noche se va alargando la duración de éste último. De esta manera, el sueño profundo es más largo al principio de la noche y al día siguiente no se recuerda lo que ocurre en él, contrariamente al sueño REM, que es más largo al final de la noche y al día siguiente sí se recuerda lo acontecido en esa fase (Hernández & Rodrigo, s.f.).

Según Pin et al. (s.f.), entre los 2 y los 5 años de edad, los niños empiezan a dormir en periodos de 10 horas nocturnas. Estos autores recuerdan la importancia de suprimir paulatinamente las siestas diurnas para evitar problemas de sueño por la noche. También resaltan que los ciclos de sueño se van alargando a partir de los 4-5 años de edad hasta los 90 minutos de los adultos. Entre estas edades se suelen tener un total de 6 u 8 ciclos cada noche cuya transición entre ellos suele ser tranquila, a diferencia de lo que ocurre en los adultos.

2.1.2. Características de los terrores nocturnos

Los terrores nocturnos son trastornos del sueño que aparecen en el 1-7% de los niños en edad escolar (Fluchaire, 1994; Hernández & Rodrigo, s.f.; Herranz, 2007; Pin, s.f.; Suárez, Martín, Reynoso & Sánchez-Carpintero, 2005). Suelen iniciarse a los 2-4 años, mayoritariamente en niños varones y disminuir con la pubertad (Fluchaire, 1994;

Hernández & Rodrigo, s.f.; Herranz, 2007; Pascual, 2009; Pin et al., s.f.) o hacia los 6 ó 7 años (Barillas, 2011; Fluchaire, 1994), dándose la mayor frecuencia a los 3-4 años (Fluchaire, 1994; Pin, s.f.). Según Bartlet (2006), a pesar de ser un trastorno frecuente, puede acabar siendo problemático y Herranz (2007) afirma que es la experiencia de sueño que provoca más temor.

Características de los terrores nocturnos:

- Son parasomnias de la fase de sueño profundo no REM (Bartlet, 2006; Hernández & Rodrigo, s.f.; Herranz, 2007; Ojeda, 2011; Pérez, 2000).
- Suelen producirse entre el 3er y 4º estadio de este primer ciclo de sueño, una o dos horas después de empezar a dormir (Bartlet, 2006; Herranz, 2007; Pin, s.f.)
- Con muestras de inquietud, agitación y angustia (Bartlet, 2006).
- De acuerdo con diferentes autores (Fluchaire, 1994; Hernández & Rodrigo, s.f.; Herranz, 2007; Marina, 2012; Pascual, 2009; Pérez, 2000; Pin, s.f.), se caracterizan por un despertar abrupto que empieza con llantos y gritos acompañados de expresiones de pánico mientras el niño se sienta en la cama o corre por toda la casa, con movimientos repetitivos.
- El niño permanece semidespierto, confuso, desorientado y con taquicardia, aceleración del ritmo respiratorio, sudor, pupilas dilatadas, piel y pelo erizado y rubor facial.
- Durante estos episodios, que suelen durar entre 5-15 minutos y terminar espontáneamente, el niño no reconoce a los que le rodean ni responde a medidas tranquilizadoras, tras lo cual se vuelve a dormir y no recuerda nada al día siguiente.
- Por algunas de estas características, hay autores que recomiendan realizar un diagnóstico diferencial con la epilepsia (Herranz, 2007; Pin, s.f.; Pin et al., s.f.).

Por otra parte, si bien este trastorno puede confundirse con las pesadillas, Herranz (2007) destaca sus principales diferencias. Los terrores nocturnos se producen durante el sueño no REM, en el primer tercio de la noche y al día siguiente no se recuerda nada de lo ocurrido. Las pesadillas, por su parte, aparecen durante el sueño REM, en el último tercio de la noche y al día siguiente se recuerda lo ocurrido. Además, en las pesadillas encontramos raramente sonambulismo, vocalizaciones o heridas. Tampoco se produce confusión al despertar, desplazamientos desde la cama o violencia y las descargas

autonómicas son ligeras. Pin (s.f.) destaca, además, que las pesadillas son más frecuentes, ya que se dan entre el 10-50% de los niños de tres a los cinco años, sobre todo entre el sexo femenino (véase Tabla 2).

Tabla 2. Diferencias entre el terror nocturno y la pesadilla.

Características	Terror nocturno	Pesadilla nocturna
Nombre	Terror del sueño	Sueño ansioso
Período del sueño	Sueño no REM	Sueño REM
Período de la noche	Primer tercio	Último tercio
Movimiento	Sonambulismo	Raro
Intensidad	Considerable, violencia	Escasa
Vocalizaciones	Comunes	Raras
Descargas autonómicas	Intensas, severas	Ligeras
Recuerdo del episodio	Escaso o nulo	Bueno, completo
Estado al despertar	Confusión, desorientación	Normalidad
Heridas	Frecuentes	Excepcionales
Violencia	Frecuente	No
Desplazamiento desde la cama	20% casos	No

Extraída de Herranz, 2007, p. 805

Por último, aunque en ocasiones los terrores nocturnos no supongan problemas emocionales graves (Barillas, 2011) o tengan menor prevalencia que los insomnios (Anders, 2010), hay que observar la frecuencia con la que aparecen. Así, Pin (s.f.) establece diferente gravedad para las parasomnias: si se observan menos de una vez por semana, no resultan daños en los acompañantes o el niño y éste mantiene un rendimiento normal en sus actividades diarias, la severidad sería moderada. Por el contrario, habría que tomar medidas especiales si la severidad es intensa, con manifestaciones varias veces por semana, cada noche o varias veces por noche y con daños o alta probabilidad de que se produzcan.

2.2. CAUSAS DE LOS TERRORES NOCTURNOS

2.2.1. Evolutivas

Varios estudios destacan la naturaleza espontánea de los terrores nocturnos. Bartlet (2006) apunta a factores como la *edad* y la *maduración* como causas de diferentes trastornos del sueño en niños y adolescentes y afirma, en relación con las parasomnias, que a menudo no necesitan tratamiento por tener una causa evolutiva. En la misma línea, Fluchaire (1994) considera que los terrores nocturnos suelen aparecer “en el momento de las grandes adquisiciones” (p. 237), es decir, entre los 3 y 4 años, cuando el niño está desarrollándose a nivel físico, cognitivo y emocional.

Por su parte, Guzman & Wang (2008) aconsejan no otorgar una importancia excesiva a estos episodios y tranquilizar a los padres diciéndoles que el hijo los superará a su debido tiempo.

Otros autores también sugieren su carácter temporal al afirmar que suelen responder a una edad de inicio, pero también a un momento en que desaparecen espontáneamente, ya sea después de unos meses (Pérez, 2000), a los 6 ó 7 años de edad (Barillas, 2011; Fluchaire, 1994), o en la adolescencia (Fluchaire, 1994; Hernández & Rodrigo, s.f.; Herranz, 2007; Pascual, 2009; Pin et al., s.f.).

Es interesante destacar que los estudios que apuntan a otros factores desencadenantes de los terrores nocturnos, como el miedo (Marina, 2012; Pascual, 2009; Pérez, 2000), la ansiedad (López, Gómez, Henao, & García, 2007) o los celos (Bautista, 2010; Ramírez, 2011), también subrayan el carácter evolutivo de estos fenómenos, propios del desarrollo del niño.

2.2.2. Congénitas

Varios autores mencionan como causas congénitas de los trastornos del sueño las enfermedades crónicas (como la anemia), el retraso en el neurodesarrollo y el estado mental (Bartlet, 2006; Owens, 2010). Anders (2010) incluye las *anomalías físicas, psíquicas, conductuales y neurológicas* en niños con un desarrollo atípico.

A propósito del estado mental del niño, Guzman & Wang (2008) afirman que los terrores nocturnos pueden indicar *desórdenes mentales* de base y tener “serias consecuencias” (p.169) y Pérez (2000) considera que si los terrores nocturnos se dan más de una o dos veces por semana pueden responder a otros problemas psicológicos (lo cual se da en ¼ de los casos).

Como se ha mencionado anteriormente, la *epilepsia* es otra enfermedad que puede estar en la base de trastornos del sueño como los terrores nocturnos (Hernández & Rodrigo, s.f.; Muñoz, 2004; Pin, s.f.; Pin et al., s.f.). Lo mismo ocurre con algunos *problemas respiratorios* en edad pediátrica (Bartlet, 2006; Ojeda, 2011; Suárez et al., 2005), asociados en el 61% de los casos con terrores nocturnos crónicos (Pin, s.f.).

El trastorno por *déficit de atención e hiperactividad* (TDAH) también se ha relacionado con los trastornos del sueño (Anders, 2010; Pin et al., s.f.; Suárez et al., 2005), hasta en un 63% de los niños (López et al., 2007). Por su parte, la *narcolepsia* se ha relacionado, en concreto, con los terrores nocturnos (Merino-Andreu & Martínez-Bermejo, 2009).

Por último, algunos autores (Bartlet, 2006; Owens, 2010) también incluirían el *temperamento*, como causa congénita de los trastornos del sueño y terrores nocturnos. De hecho, Anders (2010) lo considera “un rasgo definido por la madre” (p. 3). Y Marina (2012) cree que “la relación con la madre puede reforzar o debilitar las predisposiciones temperamentales” (p. 173). A este respecto, afirma que el niño miedoso suele ser más obediente y estar sobreprotegido, lo cual puede perpetuar esa predisposición miedosa.

2.2.3. Circunstanciales

Las causas circunstanciales son las que responden a una situación vital temporal que puede alargarse más o menos en el tiempo. Entre las que pueden dar lugar a problemas de sueño en la infancia, Barillas (2011) incluye las situaciones de estrés provocado por la escuela, bien sea por el tipo de tareas a realizar, por la actitud de los maestros o por la manera de gestionar la disciplina. También menciona el estrés provocado por las relaciones que establezca con sus iguales, así como el que resulta de las relaciones en el seno familiar, considerado el ámbito más importante para el desarrollo del niño. Los terrores nocturnos serían una señal de estrés familiar. Anders (2010) y

Owens (2010) también mencionan este factor como causa extrínseca de los trastornos del sueño en general.

Muy relacionada con el estrés, algunos autores consideran la *ansiedad* como causa de diferentes trastornos del sueño infantil (Ojeda, 2011). López et al. (2007) incluyen los terrores nocturnos como una manifestación somática de la ansiedad. Algunas de las causas de ansiedad provocadas por familia y escuela serían las relacionadas con la aceptación del niño y la promoción de su autonomía. Fluchaire (1994), por su parte, apunta a la ansiedad de la madre como causa de los terrores nocturnos en el niño.

Adicionalmente, otros estudios establecen el *miedo* como causa de los trastornos del sueño. Marina (2012) recuerda que el miedo es una de las manifestaciones de ansiedad “por la presencia, real o imaginaria, de un peligro” (p. 171). Entre los tipos de miedo innatos o evolutivos, se incluye el miedo a la oscuridad entre los 2 y 4 años, que daría lugar a terrores nocturnos (López et al., 2007; Marina, 2012 & Pascual, 2009; Pérez, 2000). Esta última autora propone como causas concretas de los terrores nocturnos los sentimientos de ansiedad o culpa, el temor a ser castigado o maltratado y las experiencias traumáticas. También establece que en niños con deficiencias de maduración (deficientes o autistas) puede haber ausencia de miedo o, por el contrario, ser más duradero.

El *trastorno de adaptación* por alguna situación novedosa (divorcio, mudanza, problemas escolares, etc.) puede provocar trastornos del sueño en la infancia que pueden prolongarse entre 6 meses y 2 años (Suárez, Iglesias & Cañive, 2011) o dar lugar, en concreto, a terrores nocturnos (Fluchaire, 1994). Otra autora que incluye los problemas afectivos como causantes de terrores nocturnos es De Miguel (2007).

Diferentes autores han señalado que los *celos*, ya sea por el nacimiento de un hermano, por las características de cada niño y su momento evolutivo, inseguridad, inadaptación, sensibilidad, o por el estilo educativo de los padres y maestros, pueden estar en el origen de los terrores nocturnos, bien sea como manifestación orgánica, somatización o cambio en el ritmo del sueño (Bautista, 2010; Mesa, 2013; Ramírez, 2011).

Continuando con los factores de tipo emocional, algunos estudios incluyen la *depresión* del niño (Ojeda, 2011; Zapata, 2013) y de la madre (Anders, 2010; Owens, 2010) como causa de los trastornos del sueño y de los terrores nocturnos infantiles, en particular (Fluchaire, 1994). Brauser (2013) también encontró una relación entre el peor

comportamiento de niños cuyas madres presentaban síntomas depresivos y el número de horas dedicadas al sueño.

Entre las causas circunstanciales también habría que incluir el *abuso sexual infantil* que provocaría, entre otras manifestaciones, episodios de terrores nocturnos en la víctima (Morales & De la Morena, 1995).

Y, por último, otras circunstancias que pueden producir terrores nocturnos son los episodios de *fiebre, privación de sueño, medicamentos, ayuno prolongado, calor sofocante, dolor, indigestión, exceso de algunos alimentos (huevos o chocolate), migraña o frustración* (Fluchaire, 1994; Hernández & Rodrigo, s.f.; Herranz, 2007).

2.2.4. Del entorno

Los terrores nocturnos también pueden responder a factores del entorno. Algunos estudios señalan un exceso de horas (más de dos por noche) dedicadas a la *televisión o a los videojuegos*, así como el tipo de contenido visualizado, como causa (Ojeda, 2011) o relación (Brauser, 2013) con diferentes trastornos del sueño infantiles.

Otros autores apuntan a la *dinámica familiar* y regulación de horarios en el hogar (Ojeda, 2011), al *ambiente desorganizado* (Owens, 2010) o al *tipo de apego* (Anders, 2010) en el origen de los trastornos del sueño en preescolares. En concreto, Fluchaire (1994) considera que una relación entre madre e hijo inapropiada o unos *métodos de crianza* estrictos respecto a la higiene pueden manifestarse en forma terrores nocturnos en el niño.

El *entorno socioafectivo* influiría en el desarrollo de trastornos del sueño en niños con desarrollo atípico (Anders, 2010) y en poblaciones vulnerables (pobreza, drogas, enfermedad mental de los padres, violencia intrafamiliar, abandono/negligencia) (Bartlet, 2006; Owens, 2010). Además, sería un predictor de trastornos psicológicos en la vida adulta en personas con trastornos del sueño en la infancia (Ruiz-Canela & Juanes, 2008). Guzman & Wang (2008), por su parte, consideran que los terrores nocturnos pueden responder a una combinación de causas *hereditarias y del estilo de vida* (véase Tabla 3).

Tabla 3. Causas de los terrores nocturnos.

CAUSAS DE LOS TERRORES NOCTURNOS			
EVOLUTIVAS	CONGÉNITAS	CIRCUNSTANCIALES	DEL ENTORNO
<ul style="list-style-type: none"> - Edad y maduración 	<ul style="list-style-type: none"> - Anomalías físicas o neurológicas - Desórdenes mentales - Epilepsia - Problemas respiratorios - TDAH - Narcolepsia - Temperamento 	<ul style="list-style-type: none"> - Estrés - Ansiedad - Miedo - Trastorno de adaptación - Celos - Depresión - Abuso sexual infantil - Fiebre, privación de sueño, medicamentos, ayuno, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> - TV o vídeo - Dinámica familiar - Tipo de apego - Tipo de crianza - Socioafectivo - Herencia y estilo de vida

Fuente: elaboración propia

2.3. REPERCUSIONES EDUCATIVAS DE LOS TERRORES NOCTURNOS

2.3.1. Conductuales

Los trastornos del sueño, entre los que se encuentran los terrores nocturnos, pueden tener diferentes repercusiones en el ámbito educativo, como en el caso de los trastornos de conducta. Los niños con algún tipo de trastorno del sueño pueden mostrar un pobre control de los impulsos (Anders, 2010; Owens, 2010) y problemas de comportamiento (Blunden & Chervin, 2007; Suárez et al., 2005). En concreto, Ojeda (2011) los enumera como:

- Agresión a personas o animales
- Destrucción de objetos
- Escasa empatía
- Ausencia de responsabilidad
- Mentiras
- Desconocimiento de las reglas
- Comportamiento desafiante

Varios autores (Anders, 2010; Bartlet, 2006; Brauser, 2013; Ojeda, 2011; Suárez et al., 2005), señalan el *desorden por hiperactividad* o *Trastorno por déficit de atención e*

hiperactividad (TDAH) y las manifestaciones de *inquietud* (Merino-Andreu & Martínez-Bermejo, 2009) como consecuencia o en relación con un trastorno del sueño.

Anders (2010) también afirma que los *trastornos conductuales del autismo* y los trastornos conductuales del *estrés traumático* “pueden relacionarse con patologías del sueño subyacentes” (p. 3).

Otros estudios achacan el menor número de horas dedicadas al sueño a problemas conductuales como *comportamiento agresivo* (Ruiz-Canela & Juanes, 2008), *impulsividad*, enfado, rabietas, agresividad (80% más) y conductas molestas (Brauser, 2013).

Por último, Herranz (2007) menciona síntomas de *desorientación* en los niños como consecuencia de sufrir terrores nocturnos.

2.3.2. Cognitivas

Los trastornos del sueño pueden traducirse en problemas de aprendizaje, como el *déficit de atención* (Anders, 2010; Merino-Andreu & Martínez-Bermejo, 2009; Ojeda, 2011; Owens, 2010) y *memoria* (recordar y reconocer) (Anders, 2010; Merino-Andreu & Martínez-Bermejo, 2009; Suárez et al., 2005) y, en general, con un inadecuado desarrollo cognitivo (Brauser, 2013).

Los problemas cognitivos también se manifiestan como deficiencias en el *pensamiento* y *razonamiento abstracto* y flexibilidad cognitiva (Owens, 2010), la *concentración* (Ojeda, 2011) y, en general, en el *rendimiento académico* (Blunden & Chervin, 2007; Ojeda, 2011; Owens, 2010; Suárez et al., 2005). Suárez et al. (2005) explican estos efectos por la disminución del sueño REM, responsable de los “procesos de consolidación de la memoria, aprendizaje y organización de las tareas visoespaciales” (p. 57).

Como consecuencia, los niños que sufren algún trastorno del sueño, como los terrores nocturnos, pueden experimentar *fracaso escolar* (Bartlet, 2006) y diferentes problemas escolares (Merino-Andreu & Martínez-Bermejo, 2009; Pin, s.f.) debido a disfunciones en las habilidades perceptivas, motrices, cognitivas, lingüísticas y sociales (Ojeda, 2011).

Algunas de estas repercusiones pueden traducirse en forma de *fatiga* (Bartlet, 2006) y *somnolencia diurna* (Herranz, 2007; Pin, s.f.).

2.3.3. Emocionales

Diversos autores destacan las repercusiones negativas de los trastornos del sueño en la *salud, bienestar y desarrollo emocional* del niño (Brauser, 2013; Ojeda, 2011; Owens, 2010), reflejados en forma de diferentes trastornos emocionales (Ruiz-Canela & Juanes, 2008).

Entre las repercusiones emocionales de los trastornos del sueño y los terrores nocturnos, Pérez (2000) y Ruiz-Canela & Juanes (2008) señalan manifestaciones de *ansiedad* en el niño que duerme poco.

Otros estudios destacan la *depresión* y el *bajo estado de ánimo* como una de las consecuencias de los trastornos del sueño en el niño (Anders, 2010; Merino-Andreu & Martínez-Bermejo, 2009; Owens, 2010; Ruiz-Canela & Juanes, 2008).

Los problemas emocionales pueden expresarse en forma de *mal humor o enfado* (Brauser, 2013; Owens, 2010), *irritabilidad* (Ojeda, 2011; Pin, s.f., Pin et al., s.f.), *baja contención emocional* (Anders, 2010) e incapacidad para *regular el carácter y mostrar afecto* (Owens, 2010).

Por su parte, Merino-Andreu & Martínez-Bermejo (2009) señalan problemas de *aislamiento* en niños que sufren algún trastorno del sueño, como la narcolepsia.

Owens (2010), además, establece que los trastornos del sueño infantiles son causa de *estrés* en las personas que cuidan del niño, lo cual repercutiría negativamente en la “*parentalidad efectiva*” (p. 2) de los padres.

2.3.4. Orgánicas

Los trastornos del sueño tienen una serie de consecuencias fisiológicas u orgánicas que pueden manifestarse en el niño de diferentes maneras.

Owens (2010) destaca que, como consecuencia de un sueño incompleto o discontinuo, pueden deteriorarse el *sistema cardiovascular e inmunológico*, así como el *sistema endocrino* y el relacionado con el *metabolismo de la glucosa*. A propósito de esto, Bartlet (2006) y Merino-Andreu & Martínez-Bermejo (2009) apuntan a la obesidad como una de las repercusiones de los trastornos del sueño y Suárez et al. (2005) también resaltan las disfunciones ventriculares.

Por su parte, Bartlet (2006) y Suárez et al. (2005) relacionan los efectos de un sueño perturbado con un *retraso en el desarrollo o crecimiento*. Ojeda (2011), en concreto, detalla, como consecuencias, un retraso en el desarrollo psicomotor y en el habla, así como un bajo desarrollo social y emocional.

Herranz (2007), por último, menciona las *cefaleas* como posibles repercusiones de los trastornos paroxísticos no epilépticos, según su clasificación.

2.3.5. Más allá de la infancia

En este apartado se incluyen las repercusiones que tienen los trastornos del sueño del niño en su vida posterior. Anders (2010) afirma no poder establecer una relación entre los despertares nocturnos infantiles y problemas para dormir en años posteriores, mientras Pin et al. (s.f.) exponen que los niños con *problemas de sueño* a los 2 años los seguirán teniendo a los 12.

Otros autores consideran que los trastornos del sueño pueden desembocar en *trastornos psicológicos* en la vida adulta (Ruiz-Canela & Juanes, 2008). Pérez (2000), en concreto, afirma que cuando los terrores nocturnos aparecen en la edad adulta pueden relacionarse con desórdenes psicológicos y neurológicos.

Los problemas de sueño pueden tener “*importantes repercusiones*” a lo largo de toda la vida si se producen durante períodos claves del desarrollo (Brauser, 2013, p. 1) (véase Tabla 4).

Tabla 4. Repercusiones educativas de los terrores nocturnos.

REPERCUSIONES EDUCATIVAS DE LOS TERRORES NOCTURNOS				
TRASTORNOS DE CONDUCTA	COGNITIVAS	EMOCIONALES	ORGÁNICAS	MÁS ALLÁ INFANCIA
<ul style="list-style-type: none"> · Hiperactividad · Trastornos conductuales del autismo · Trastornos conductuales del estrés traumático · Agresividad · Impulsividad · Desorientación 	<ul style="list-style-type: none"> · Atención · Memoria · Razonamiento · Concentración · Rendimiento · Fracaso escolar · Fatiga y somnolencia 	<ul style="list-style-type: none"> · Salud y bienestar · Ansiedad · Depresión y bajo estado de ánimo · Mal humor · Baja contención emocional · Regulación del carácter · Expresión de afecto · Aislamiento · Estrés en padres 	<ul style="list-style-type: none"> · Sistema cardiovascular · Sistema inmunológico · Función endocrina · Metabolismo de la glucosa · Retraso en crecimiento · Cefaleas 	<ul style="list-style-type: none"> · Adolescencia · Trastornos psicológicos

Fuente: elaboración propia

2.4. ESTRATEGIAS DE SOLUCIÓN A LOS TERRORES NOCTURNOS DESDE EL ÁMBITO EDUCATIVO

En este apartado se van a analizar las diferentes estrategias de solución encontradas para los terrores nocturnos, desde el ámbito educativo. En primer lugar, según las causas, tanto congénitas como circunstanciales y, a continuación, según las repercusiones. Cabe decir que cuando no se haga referencia específica a los terrores nocturnos se estará hablando, en general, de trastornos del sueño, en los que se incluyen aquéllos.

2.4.1. Según las causas congénitas

Dentro de las causas congénitas de los trastornos del sueño infantiles y los terrores nocturnos, se expondrán las estrategias encontradas para la epilepsia, la narcolepsia y el TDAH aplicables dentro del aula (véase Figura 1).

Para los niños que sufren trastornos del sueño y terrores nocturnos a causa de la *epilepsia*, Muñoz (2004) destaca la importancia de trabajar aspectos relacionados con el

refuerzo de la autoestima y las relaciones sociales para paliar su sensación de aislamiento y desmotivación. En concreto:

- Hacerle sentir apreciado, competente y único
- Potenciar el afecto y la autoconfianza
- Desarrollar el contacto físico
- Ayudarle en su inclusión en los diversos entornos sociales
- Animarle a participar en las actividades
- Establecer objetivos y expectativas

En cuanto a los niños que sufren *narcolepsia*, con síntomas como los terrores nocturnos, Merino-Andreu & Martínez-Bermejo (2009) aconsejan una intervención global que incluya la adecuada información tanto al niño como a los padres, maestros y compañeros sobre la enfermedad. De esta manera, se compensan los efectos negativos de la misma, que tiende a marginar a los niños que la sufren. Los autores proponen algunas pautas:

- Practicar algún deporte no violento
- Breves siestas programadas
- Rutinas previas al sueño
- Dieta pobre en hidratos de carbono

El *TDAH* es otra de las causas de los problemas de sueño infantiles. López et al. (2007) proponen diferentes estrategias para ayudar a los profesores que tienen niños con este trastorno en el aula:

- Ubicar al niño próximo al maestro
- Dividir las tareas en partes pequeñas
- Que el niño explique las instrucciones recibidas
- Pedir al niño que ayude al maestro
- Variar el tipo de reforzamiento
- Proveer de estructura y retroalimentación
- Trabajar el orden y organización
- Motivar al niño
- Fomentar los puntos fuertes

- Potenciar la atención
- Utilizar el “costo de respuesta”(refuerzo positivo y castigo negativo) y el “tiempo fuera” (p. 16) (para que tome conciencia de su conducta)
- Autoevaluar el comportamiento
- Controlar por medio de la proximidad
- Advertir al niño de que no inicie una conducta incorrecta (por medio de “claves preventivas”, p. 16).

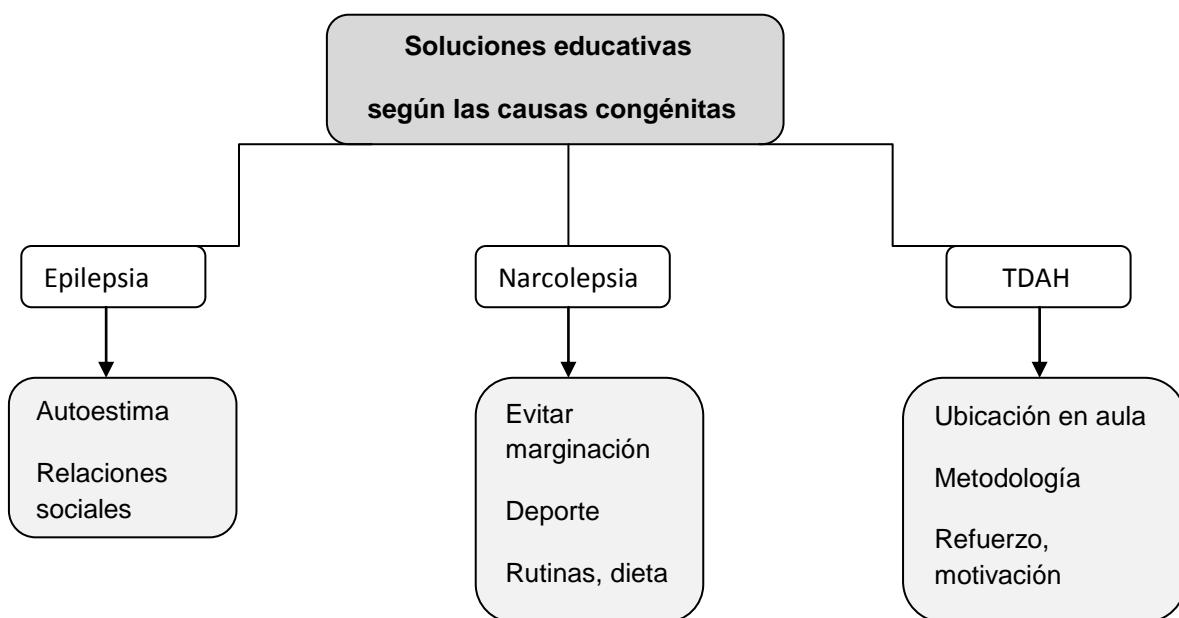


Figura 1. Soluciones educativas para los terrores nocturnos, según las causas congénitas. (Fuente: elaboración propia)

2.4.2. Según las causas circunstanciales

Entre las causas circunstanciales de los trastornos del sueño y de los terrores nocturnos, se han recogido las estrategias de solución encontradas desde el ámbito educativo para el estrés, la ansiedad, el miedo, el trastorno de adaptación, los celos, la depresión y las emociones, en general (véase Tabla 6).

Cuando el problema que ocasiona los trastornos del sueño y terrores nocturnos es el estrés, Barillas (2011) propone algunas estrategias que el maestro puede utilizar en el aula con el niño que lo padece:

- Hablar de lo que le preocupa
- Relajarse
- Disfrutar de las actividades favoritas
- Hacer ejercicio físico
- Fijar metas alcanzables
- Aprender a respetarse y a respetar a los demás

Fluchaire (1994) también propone algunas pautas de utilidad para paliar el estrés infantil, que podría aplicar el maestro:

- Realizar ejercicio y deporte
- Soñar
- Reír y cantar
- Relajación en grupo

En cuanto a la *ansiedad* como origen de los problemas de sueño, cuando está provocada por diferentes tipos de miedo infantiles, López et al. (2007) proponen las siguientes estrategias para los docentes:

- Actividades de relajación
- Trabajar el modelamiento de conductas
- Solución de problemas
- Autoevaluación y autoreforzamiento

Cuando la ansiedad tiene como causa los problemas familiares, como una separación, los mismos autores aconsejan las siguientes pautas para los maestros:

- Potenciar un clima adecuado entre los padres
- Prestar atención a las emociones del niño
- No implicarse en el conflicto
- Conversar con el niño sobre el tema
- Hacerle sentir seguridad y confianza
- Respetar las rutinas diarias en el colegio
- Respetar las expresiones emocionales del niño

- Estimular el papel que cada progenitor tiene con el niño

Para los niños que padecen algún tipo de *miedo*, Marina (2012) propone un Modelo educativo Universidad de Padres orientado, por un lado, a prevenir los miedos desadaptativos del niño, propios del desarrollo, mediante algunas pautas útiles:

- Propiciar rutinas regulares
- No quitar importancia a sus miedos
- Intentar normalizar las situaciones que le producen miedo
- Dar ejemplo con la propia actitud
- Potenciar la confianza en uno mismo
- Evitar que aparezcan otros miedos

También propone algunos consejos para desaprender los miedos adquiridos:

- No reforzarlos positivamente
- No castigarlos
- Evitar mostrar miedo los adultos
- Evitar las creencias erróneas

Y, por último, aconseja algunas pautas que pueden ayudar ante la situación de miedo:

- Repetirse palabras tranquilizadoras
- Imaginar situaciones relajantes
- Controlar la respiración
- Reconducir la atención

Por su parte, Pascual (2009) enumera algunas actividades que pueden llevarse a cabo en el aula para familiarizarse con los miedos infantiles:

- Inventar un objeto que dé seguridad
- Elaborar un “libro de monstruos” (p. 8)
- Inventar monstruos
- Elaborar recetas mágicas
- Crear manualidades: móviles en forma de araña, esqueletos, murciélagos, ovnis,

pies de monstruos, disfraces, varitas mágicas, uñas de bruja, fantasmas, capa de vampiro, caretas y títeres de monstruos, yo-yo en forma de ojo, momias.

- Escenificaciones sobre “el pasaje del terror” (p. 9)
- Carreras con objetos diversos (p.e. con ojos de plástico)
- Obras de arte e imágenes de personajes atemorizantes (p.e. *El grito* de Munch).

Pérez (2000) también añade algunas pautas que pueden resultar útiles ante los niños con miedo:

- Promover un ambiente de seguridad y tranquilidad
- Potenciar actividades satisfactorias
- Favorecer la autonomía
- No utilizar el miedo como disciplina

Y, en los miedos y terrores nocturnos, en concreto:

- No reforzarlos prestándoles demasiada atención
- Evitar despertar al niño

Esta autora también enumera algunas técnicas psicoeducativas específicas contra los trastornos por miedo como la desensibilización sistemática, el uso de imágenes emotivas, la implosión, las intervenciones cognitivas, el modelado filmado, la terapia familiar y la farmacológica.

Para intentar profundizar en el caso de un niño que sufría *trastorno de adaptación*, Suárez et al. (2011) realizaron entrevistas tanto a la familia como a la maestra y al niño. En el aula, además, se le pidió que realizara un dibujo de su familia, que completara diferentes historias incompletas (“Historietas de Madeleine Thomas”, p. 218) y que realizara una actividad acerca de pedir cinco deseos.

Por su parte, López et al. (2007) proponen algunas estrategias útiles para los niños entre 2-6 años, en *proceso de duelo* por la pérdida de algún ser querido:

- Observar su juego y expresiones creativas
- Atender a sus expresiones verbales

- Contestar con sencillez a sus preguntas
- Proporcionarles palabras para expresar sus emociones
- Conversar con el niño sobre la persona ausente
- No evitar el llanto
- Transmitirles seguridad

Cuando los *celos* son los causantes de diferentes problemas como los terrores nocturnos, Bautista (2010) sugiere diferentes maneras de abordarlos:

- Evitar que aparezcan los celos desde el principio
- Potenciar la seguridad en sí mismo
- Educar la afectividad (alegrarse de lo bueno en los demás, evitar las comparaciones, mostrar la variedad de valores, evitar el materialismo, potenciar el altruismo, la autosuperación, etc.)
- Reforzar las conductas positivas
- Comprender las causas de lo que nos ocurre

Ramírez (2011) y Mesa (2013) también proponen algunas estrategias para familiares y maestros ante un niño celoso:

- Fomentar actividades y juegos de cooperación
- Reforzar conductas positivas: cooperación, responsabilidad, madurez, autoestima

Mesa (2013), además, añade:

- Eliminar conductas regresivas o violentas
- Realizar actividades entre los compañeros de la clase: p.e. dibujar y colorear un muñeco

La *depresión* también puede estar en el origen de los terrores nocturnos. Según lo que provoque la depresión, López et al. (2007) proponen diferentes soluciones:

Tabla 5. Causas de la depresión y sus soluciones.

Tipo de problema	Tipo de solución
Sobrepeso	Dieta y ejercicio
Miedo o ansiedad	Relajación
Inhabilidad social	Conversación, imitación, expresión
Soledad	Actividades en grupo
Mala comunicación	Habilidades para comunicarse
Baja autoestima	Alabanzas, competencia
Ausencia de interés	Actividades gratificantes
Juicios erróneos	Reestructuración cognitiva
Emocionalidad excesiva	Autocontrol, relajación
Aprendizaje	Concentración, apoyo didáctico
Apariencia física	Consejo estético
Acontecimientos negativos	Cambios de situación, solución de problemas, afrontamiento

Extraída de López et al., 2007, p. 9

Una vez definido el tipo de problema, los autores proponen un “plan concreto de ayuda” (p. 9), evaluable después de dos meses:

- Elaboración de una hoja de registro
- Facilitar al niño lo que necesita y suprimirle lo superfluo
- Cambiar los pensamientos negativos
- Lista de actividades satisfactorias
- Aumentar su competencia
- Promover la solución de problemas
- Potenciar el rendimiento académico
- Mejorar las relaciones sociales
- Reconocer las propias emociones

Por último, De Miguel (2007) sugiere algunas actividades para trabajar las *emociones en el aula*, con los alumnos de infantil:

- La acogida o recepción de cada alumno de manera individual, por la mañana.
- Las asambleas por la mañana y después del recreo, donde cada niño expresa libremente lo que quiere. Se respetan unos turnos, se pueden formular preguntas (la maestra o entre compañeros) y la maestra hace de moderadora. Suelen surgir temas relevantes para los alumnos.
- La sesión de psicomotricidad o “Práctica Psicomotriz Aucouturier” (p. 12), donde se exteriorizan fluidamente las emociones. Integrada por un ritual de entrada, un circuito para trabajar habilidades motrices, un espacio para el juego libre, otro para la representación y un ritual de salida.
- Resolución de conflictos puntuales, con el tutor como referente y evitando culpar o juzgar.
- La despedida, con tiempo suficiente para recoger, hacer una actividad toda la clase, colocarse ordenadamente mientras la maestra realiza algún juego (p.e. “el sonido de sus cabezas”, p. 13) para entrar en contacto con los niños y salir cantando una canción.

Tabla 6. Soluciones educativas a los terrores nocturnos según las causas circunstanciales.

Soluciones educativas según las causas circunstanciales	
Estrés	<ul style="list-style-type: none"> · Dialogar sobre sus preocupaciones · Relajación · Ejercicio físico · Actividades placenteras
Ansiedad	<ul style="list-style-type: none"> · Relajación · Modelamiento · Solución de problemas · Autoevaluación y autoreforzamiento · Mediación con padres, respetar sus emociones (en problemas familiares)
Miedo	<p>PREVENCIÓN: rutinas regulares, normalizar, dar confianza, dar ejemplo, autonomía</p> <p>DESAPRENDER: evitar reforzar, castigar el miedo y creencias erróneas, técnicas psicoeducativas</p> <p>AFRONTAMIENTO: palabras autotranquilizadoras, imaginación, respiración, atención</p> <p>ACTIVIDADES: con objetos y personajes; escenificaciones, juegos, manualidades</p> <p>TERRORES NOCTURNOS: no reforzar ni despertar al niño</p>
Trastorno de adaptación	<ul style="list-style-type: none"> · Entrevistas · Dibujo de la familia · “Historietas de Madeleine Thomas” · Cinco deseos · Expresiones emocionales, dar información, conversar, dar seguridad (en proceso de duelo)
Celos	<ul style="list-style-type: none"> · Seguridad en sí mismo · Afectividad · Reforzar conductas positivas y eliminar las regresivas · Actividades de cooperación · Analizar las causas
Depresión	<ul style="list-style-type: none"> · Hallar su origen · Plan concreto de ayuda: cambiar pensamientos negativos, actividades satisfactorias, solución de problemas, rendimiento, relaciones sociales, emociones
Emociones	<ul style="list-style-type: none"> · Acogida inicial al aula · Asambleas · Sesión de psicomotricidad (“Práctica Psicomotriz Aucouturier”) · Resolución de conflictos · La despedida

Fuente: elaboración propia

2.4.3. Según las repercusiones

Aquí se recogen las estrategias educativas halladas según las consecuencias de los terrores nocturnos en el ámbito conductual, cognitivo, emocional y orgánico, así como algunas medidas preventivas y compensatorias (véase Tabla 7).

Para los niños que presentan un *negativismo desafiante*, López et al. (2007) proponen las siguientes pautas en el aula:

- Usar las mismas reglas de comportamiento para todo el grupo
- Prestar más atención a las conductas positivas
- Motivar informando de las consecuencias de la conducta esperada
- Utilizar el reforzamiento positivo, ya sea verbal, natural, social o material

Las consecuencias en el terreno cognitivo pueden manifestarse en déficits de *atención*. Zapata (2013) sugiere algunas estrategias para mejorarla:

- Dormir el suficiente número de horas
- Respirar correctamente
- Proporcionar una alimentación adecuada
- No estudiar después de comer en exceso
- Motivar para aumentar el interés
- Relajarse entre tareas

Para los problemas de *memoria*, la misma autora expone algunas indicaciones:

- Voluntad previa de recordar la información concreta
- Proveer un ambiente calmado para estudiar
- Realizar ejercicios específicos para reforzar la memoria

Para el *razonamiento verbal*, que influye en la comprensión y fluidez verbal:

- Realizar tareas que incluyan estas capacidades
- Reforzar la lectura
- Potenciar lo relacionado con la competencia lingüística

Y, por último, para compensar los problemas de *razonamiento abstracto*, a menudo debido a dificultades en atención y concentración, algunas estrategias útiles serían:

- Realizar problemas de razonamiento numérico
- Evitar la sobreexcitación
- Descansar lo suficiente
- No alargar el tiempo dedicado a una misma actividad
- Evitar el exceso de tareas extraescolares

Otra repercusión de los trastornos del sueño puede ser el *bajo rendimiento académico*. López et al. (2007) presentan diferentes estrategias para mejorar este problema, en diferentes ámbitos:

- Hábitos de estudio, como la organización del lugar de estudio, la programación del tiempo, el interés, autocontrol y concentración. Además, el maestro favorecerá el trabajo autónomo del alumno y el placer por la lectura, asegurándose de que comprende lo que se le pide, que reconoce sus fallos y averiguando lo que ha aprendido.
- Técnicas de estudio, por medio de la observación (autoobservación, observación directa, indirecta y búsqueda de datos), el análisis (oral, textual y visual), la ordenación (alfabética, numérica, serial, temporal, espacial y procedimental), la clasificación (resumen, relaciones y categorías), la representación (gráfica, icónica, verbal y cinético-gestual), la memorización (codificar, reconocer, reconstruir, mantener y actualizar), la interpretación (justificar, inferir, transferir) y la evaluación (diagnosticar, verificar, regular, demostrar y valorar).

Las consecuencias de los trastornos del sueño y terrores nocturnos en el ámbito emocional se pueden manifestar en forma de *timidez y aislamiento*. López et al. (2007) aportan algunas orientaciones para que el docente las ponga en práctica:

- Dialogar con los padres sobre posibles causas y mostrarles a ellos y al niño su apoyo
- Reforzar lo positivo en el comportamiento del niño
- No comparar al niño con otros y evitar sobreprotegerle
- Establecer pautas de actuación conjuntas entre docente, padres y escuela

basadas en la motivación

- Favorecer el diálogo con el niño y mostrarle nuestra aceptación
- Reforzar en el niño su participación en grupos de trabajo, de juego, en fiestas de cumpleaños y actividades grupales (p.e. de deporte), ejerciendo de líder en grupos pequeños o invitándole a casa de amigos, siempre que sean situaciones que él pueda controlar.

Otras de las consecuencias de los trastornos del sueño puede ser el *retraso en el crecimiento o desarrollo psicomotor*. En Ludo y Educa (2011), se ofrecen algunas formas de actuación en este ámbito:

- Metodología psicopedagógica, con sesiones estructuradas por una primera fase de calentamiento, una segunda fase en la que se realizan actividades para alcanzar los objetivos programados. Una tercera de relajación, una cuarta de diálogo sobre la experiencia y una quinta fase de expresión gráfica.
- Metodología dinámico-vivencial o relacional, a partir de temas ofrecidos por el docente.
- Metodología globalizadora, trabajando los contenidos psicomotores en todas las áreas del currículo.

Para trabajar el desarrollo psicomotor también puede utilizarse la sesión de psicomotricidad o “Práctica Psicomotriz Aucouturier” propuesta por De Miguel (2007, p. 12), (véase apartado 2.4.2.).

Para paliar las repercusiones negativas del los trastornos del sueño, Ojeda (2011) defiende la aplicación de *medidas preventivas* en diferentes ámbitos:

- Establecer un horario regular en el hogar
- Satisfacer las necesidades básicas de sueño y alimentación
- Controlar el tiempo dedicado a la TV y los videojuegos y supervisar su contenido
- Cuidar el tipo de relaciones afectivas en la familia
- Desarrollar modos de educación adecuados
- Coordinar las acciones preventivas del hogar con la escuela y la comunidad

En Ludo y Educa (2012) se proponen algunos ejercicios en el aula de Infantil para favorecer las rutinas del sueño. Para conciliar el sueño en la siesta:

- Se pide la participación de los padres, después de la comida
- Se aplica a todo el grupo en un clima relajante
- Cada niño tiene adjudicado un espacio en el que estirarse
- Con el fondo de una música suave se explica un cuento de un personaje (p.e. mascota) que va a dormir
- Los niños pueden llevar consigo un muñeco propio

Y para favorecer el despertar:

- Se utiliza una música de fondo (diferente a la de la actividad anterior)
- El docente explicará cómo se despertarían las flores
- Los niños se van desperezando imitando el movimiento de esa flor

Por último, en el estudio de Blunden & Chervin (2007) se muestran diferentes *clases compensatorias* para alumnos con problemas de aprendizaje y de comportamiento. Por su relación con los problemas de sueño, estas intervenciones resultarían beneficiosas, siempre que se incidiera en mejorar los patrones de sueño de origen.

Interesa destacar que existen otro tipo de soluciones aportadas desde el modelo médico, dirigidas a los padres en el ámbito del hogar. No se consideran, por tanto, estrategias educativas para ser aplicadas en el aula. Pin et al. (s.f.) enumeran no reforzar ni despertar, despertares conductuales, medicación, supervisar el tiempo y contenido televisivos, consolar y ofrecer información. Otros autores recomiendan despertar cada 15 min. (Hernández & Rodrigo, s.f.) o dejar una lámpara encendida, la acupuntura, homeopatía o los neurolépticos (Fluchaire, 1994). En casos graves, este autor aconseja una evaluación psiquiátrica y tratamiento farmacológico con apoyo psicológico.

Tabla 7. Soluciones educativas a los terrores nocturnos según las repercusiones.

Soluciones educativas según las repercusiones	
Negativismo desafiante	<ul style="list-style-type: none"> · Reglas generales de aula · Reforzar conductas positivas · Motivación (informar de las consecuencias positivas)
Atención y memoria	<p>ATENCIÓN</p> <ul style="list-style-type: none"> · Horas de sueño · Respiración · Alimentación · Motivación · Relajación <p>MEMORIA</p> <ul style="list-style-type: none"> · Intención de recordar · Ambiente · Ejercicios específicos
Razonamiento verbal y abstracto	<p>RAZONAMIENTO VERBAL</p> <ul style="list-style-type: none"> · Tareas específicas · Lectura · Competencia lingüística <p>RAZONAMIENTO ABSTRACTO</p> <ul style="list-style-type: none"> · Razonamiento numérico · Descanso · No prolongar tareas · No exceso extraescolares
Bajo rendimiento académico	<ul style="list-style-type: none"> · Hábitos de estudio · Técnicas de estudio
Timidez y aislamiento	<ul style="list-style-type: none"> · Diálogo con padres y niño · Reforzar lo positivo · Evitar comparar · Pautas actuación: docente, padres y escuela (motivación) · Reforzar participación en grupo
Retraso en el crecimiento	<ul style="list-style-type: none"> · Metodología psicopedagógica: calentamiento, actividades, relajación, diálogo, expresión gráfica · Metodología dinámico-vivencial o relacional: temas del docente · Metodología globalizadora: todo el currículo · “Práctica Psicomotriz Aucouturier”
Programas prevención y compensatorios	<p>PREVENCIÓN</p> <ul style="list-style-type: none"> · Pautas en hogar: horario regular, necesidades básicas, TV y videojuegos, clima familiar, métodos crianza · En el aula: rutinas del sueño y del despertar <p>COMPENSATORIOS</p> <ul style="list-style-type: none"> · Alumnos con problemas de aprendizaje y comportamiento: mejorar patrones sueño

Fuente: elaboración propia

3. DISCUSIÓN

En este apartado se van a contrastar los temas más relevantes surgidos del marco teórico. En primer lugar, se comenta el tipo de estudios consultados para elaborar el trabajo. A continuación, se destaca la importancia de los padres en la detección y tratamiento de los terrores nocturnos. También se reflexiona sobre las soluciones aportadas a partir de sus causas y repercusiones. Y, por último, se sugieren algunas estrategias educativas específicas.

3.1. ESTUDIOS CONSULTADOS

Para elaborar el marco teórico se han seleccionado aquellos estudios que contenían información acerca de los terrores nocturnos. Sin embargo, al tratarse de un tema poco estudiado específicamente, la mayoría de trabajos han hecho referencia a los trastornos del sueño, en general.

Así, sólo los estudios de Fluchaire (1994), Guzman & Wang (2008), Hernández & Rodrigo (s.f.), Herranz (2007), Marina (2012), Pascual (2009), Pérez (2000), Pin (s.f.) y Pin et al. (s.f.) han aportado información específica sobre nuestro tema, la mayoría limitándose a describir sus características, desde el modelo médico. Por ese motivo, el grueso de estos trabajos ofrecían soluciones reducidas al ámbito del hogar y no educativo.

Aparte de estos criterios, también se han escogido los estudios que han mostrado diferentes causas que desembocan en terrores nocturnos o, en su defecto, trastornos del sueño. Éste ha sido el caso de los agrupados en torno a factores circunstanciales como el estrés (Barillas, 2011), la ansiedad (López et al., 2007, Marina, 2012), el miedo (López et al., 2007; Marina, 2012; Pascual, 2009; Pérez, 2000), los celos (Bautista, 2010; Mesa, 2013; Ramírez, 2011) u otras causas congénitas, evolutivas o del entorno. En estos casos, nuestro tema de estudio ha aparecido como una de las consecuencias de estos factores. Es por ello que las soluciones educativas han estado referidas a estas causas más que a los terrores nocturnos o trastornos del sueño, en particular.

Y, por último, también se han recogido trabajos que han ofrecido soluciones en el ámbito educativo, no de manera directa sino partiendo de las *repercusiones*, bien cognitivas, emocionales, orgánicas o conductuales de los terrores nocturnos o trastornos del sueño (López et al., 2007; Zapata, 2013) y de su prevención (Ludo y Educa, 2011; 2012).

Puesto que en algunas ocasiones ha aparecido algún elemento tanto en forma de causa como de consecuencia, en el apartado 2.4. se han expuesto las soluciones educativas según estos criterios y en ese orden, sin repetirlas innecesariamente (p.e. ansiedad, depresión o hiperactividad).

3.2. LA IMPORTANCIA DE LOS PADRES

Un aspecto que conviene destacar es el papel que deben tener los padres, tanto en la detección como en el tratamiento de los terrores nocturnos.

Un correcto diagnóstico es fundamental ya que los terrores nocturnos pueden responder a simples causas evolutivas u ocultar la presencia de otros trastornos, como la epilepsia (Herranz, 2007; Pin, s.f.; Pin et al., s.f.). Por otra parte, es imprescindible que los padres estén informados sobre este problema, ya que, de lo contrario, podría confundirse con las pesadillas (Herranz, 2007).

Los padres también deben observar la frecuencia de aparición de este trastorno, pues a mayor frecuencia, mayor gravedad (Pin, s.f.). En este último caso, será primordial tomar las medidas necesarias para evitar complicaciones mayores. Una vez detectado el problema, deberían contrastar esta información con el pediatra y con los maestros del niño, indagando en los posibles factores desencadenantes. A partir de aquí podrán descartarse desórdenes mentales u otras causas congénitas (Pérez, 2000).

La puesta en común con la escuela es esencial para conocer qué factores pueden estar influyendo en el día a día del hijo. Por una parte, el maestro puede informar del rendimiento y comportamiento del niño en el aula, por otra, los padres pueden aportar detalles de la vida en el hogar que aclaren la situación. Sólo así podrán contemplarse las causas de tipo circunstancial (estrés, ansiedad, celos, depresión...) o del entorno

(dinámica familiar, tipos de rutinas y tensiones en el hogar, hábitos con la TV...) que estén provocando el problema.

La colaboración entre familia y escuela es primordial en este punto. Para ello, los padres deberían dejarse aconsejar por los profesionales de la educación siempre que así lo requieran. Y, de la misma manera, los docentes deberían promover el acercamiento de los padres hacia la escuela.

3.3. ACERCA DE LAS CAUSAS Y REPERCUSIONES

A lo largo del trabajo se ha hablado de factores de los terrores nocturnos o los trastornos del sueño, dando por sentado una relación de causa-efecto entre ambos.

Sin embargo, se debe decir que no todos los estudios consultados han establecido esta relación de manera inequívoca. Así, Anders (2010) habla de relación de ciertos trastornos conductuales con “patologías del sueño subyacentes” (p. 3). Y Brauser (2013), específicamente, resalta que no se ha encontrado relación de causa-efecto entre los elementos de su estudio. Lo mismo ocurre en el trabajo de Blunden & Chervin (2007), donde se afirma la existencia de una relación entre problemas de sueño y de comportamiento, pero no de tipo causal.

En cuanto al tipo de *causas*, parece que un temperamento miedoso predispondría a sufrir terrores nocturnos con más facilidad (Bartlet, 2006; Owens, 2010). Es más, habría que resaltar el papel de la madre en la génesis de los terrores nocturnos y trastornos del sueño, si consideramos que ésta define el temperamento del niño (Anders, 2010). Otros autores también destacan la influencia maternal cuando se refieren al tipo de relación con el hijo (Fluchaire, 1994) o a su estado mental deprimido (Anders, 2010; Owens, 2010) o ansioso (Fluchaire, 1994). La sobreprotección del niño miedoso y su carácter obediente serían otros factores que mantendrían esa tendencia al temor (Marina, 2012)

Por la importancia de la familia en los primeros años de vida del niño habría que detenerse a analizar otros factores, además de los aquí expuestos, que puedan estar en el origen de los terrores nocturnos (p.e. todo tipo de abuso o maltrato infantil encubierto). Por otra parte, si se tiene en cuenta la edad de inicio de los terrores nocturnos infantiles (2-4 años) y su momento cumbre (a los 3-4 años), se puede establecer cierta relación causal entre el inicio de la escolaridad y estos episodios. En este caso, los terrores

nocturnos responderían a un intento de adaptarse a una nueva situación que le produce estrés o ansiedad.

Algunas de las causas de los terrores nocturnos (p.e. los celos o el miedo) dan lugar a otros síntomas, en ocasiones parecidos a los de los mismos terrores. Sin embargo, por esta razón los hemos excluido en la clasificación de sus *repercusiones*.

Dentro de las repercusiones negativas de los terrores nocturnos habría que destacar la que perjudica la convivencia familiar. Es decir, tanto si la dinámica en el hogar es la causa del trastorno como si no, será necesario buscar soluciones para no perpetuar el problema, deteriorando aún más el ambiente general (p.e. aumentando el estrés de los padres por dormir poco, perjudicando su rendimiento en el trabajo, la buena relación en la pareja o con los hijos). Además, en el caso de que el trastorno persista, se observarán consecuencias negativas en la vida diaria del niño, tanto en la escuela como en el hogar (bajo rendimiento, atención, memoria, problemas emocionales, de comportamiento y de relación, obesidad, mayor propensión a la enfermedad, etc.).

Al hablar de las repercusiones, también hay que destacar la influencia que puede tener este trastorno del sueño en el futuro del niño. Ello puede reflejarse como problemas académicos, no sólo en el presente sino a largo plazo, y como trastornos psicológicos en la vida adulta (Ruiz-Canela & Juanes, 2008).

3.4. ACERCA DE LAS SOLUCIONES

Como se ha comentado más arriba, las soluciones educativas encontradas para los terrores nocturnos han girado en torno a sus causas y repercusiones, de modo indirecto. De lo expuesto en el apartado 2.4. se deduce que sería deseable actuar sobre las causas (prevención) antes que sobre sus consecuencias (intervención) (véase Figura 2) .

En cuanto a las causas congénitas, habría que plantearse medidas permanentes, pues, por su propia naturaleza, se trata de trastornos que el niño sufrirá de por vida (epilepsia, narcolepsia y TDAH). En los dos primeros casos se trataría, sobre todo, de medidas de tipo emocional, implicando al conjunto de la escuela. En el caso del TDAH, las medidas, más conductuales, pueden ser eficaces para toda el aula.

Las soluciones aportadas al problema del estrés se centran en lo emocional y físico (relajación), y también resultan adecuadas para el conjunto de la clase. Lo mismo ocurre con las propuestas para la ansiedad, aunque en este caso pueda ser mejor una atención individual. En el caso de problemas causados por el miedo, la prevención y su posible eliminación habría que plantearlas en conjunción con los padres, para que fueran efectivas. Y en cuanto a las estrategias ante la situación de miedo, quizás sea mejor aplicarlas de manera lúdica en estas edades, con actividades como las de Pascual (2009). Algunas soluciones específicas no serían adecuadas para el maestro de Infantil, pues caerían fuera de su competencia (implosión, terapia familiar, desensibilización sistemática o farmacológica).

Las medidas encontradas para el trastorno de adaptación en un niño de 10 años, se limitan al momento de la evaluación en el aula, pero no se exponen estrategias de solución. La propuesta habría que hacerla a partir de las causas y los demás síntomas (además de los terrores nocturnos), de manera individual. Por otra parte, cuando las causas de los terrores nocturnos son los celos, las soluciones ofrecidas han sido de tipo emocional y cognitivo. En este caso, además de implicar a los padres, puede ser importante prevenir su aparición trabajando con el conjunto del aula, con las pautas que se mencionan (Bautista, 2010; Mesa, 2013; Ramírez, 2011).

En el caso de la depresión, las soluciones aportadas dependen del tipo de problema que la cause. Algunas de ellas no parecen adecuadas para los alumnos de infantil, como las relativas a la apariencia física, ni propias del maestro de esta etapa, como el afrontamiento. Unas pautas de actuación generales para trabajar las emociones en el aula parece lo más apropiado para estas edades, pues crean una dinámica de tipo preventivo para todo el grupo, evitando la aparición de otros problemas, como propone De Miguel (2007).

En cuanto a las soluciones propuestas a partir de las *repercusiones* de los terrores nocturnos o trastornos del sueño, lo ideal sería presentar estas medidas de manera preventiva, como ya se ha comentado. De hecho, todas ellas pueden resultar beneficiosas para el conjunto del aula, aunque no presente estos problemas.

Las soluciones para el negativismo desafiante pueden aplicarse a todo el grupo, a modo de prevención y refuerzo de conductas positivas (p.e. usar las mismas reglas de comportamiento para toda la clase). Las estrategias presentadas para los problemas de atención y memoria, por su parte, deberían aplicarse también en el hogar, pues algunas

se refieren a las horas de descanso o ambiente de estudio. Sin embargo, las propuestas para mejorar el razonamiento verbal y abstracto, así como el bajo rendimiento parecen adecuadas para niños más mayores, en conjunción con los padres. No obstante, siempre es positivo recordar que un exceso de tareas extraescolares, por ejemplo, no siempre es lo mejor para los niños de cualquier edad.

Las soluciones que se presentan para el aislamiento y timidez, basadas en la motivación, pueden ser eficaces siempre que se compartan con la familia. Las enfocadas al retraso en el crecimiento, por su parte, tienen la ventaja de que suelen formar parte de la programación de la etapa, dentro del área de psicomotricidad, aunque habrá que incidir específicamente en aquellos alumnos que más lo requieran.

Los programas preventivos, por lo tanto, deberían incluir a escuela y padres, alertando de las prácticas educativas adecuadas para los niños de esta etapa (horarios, alimentación, hábitos de TV y sueño, afectividad...). De igual manera, las clases compensatorias deberían incorporar información sobre los factores que pueden estar influyendo en los problemas escolares del niño, como los relativos al sueño.

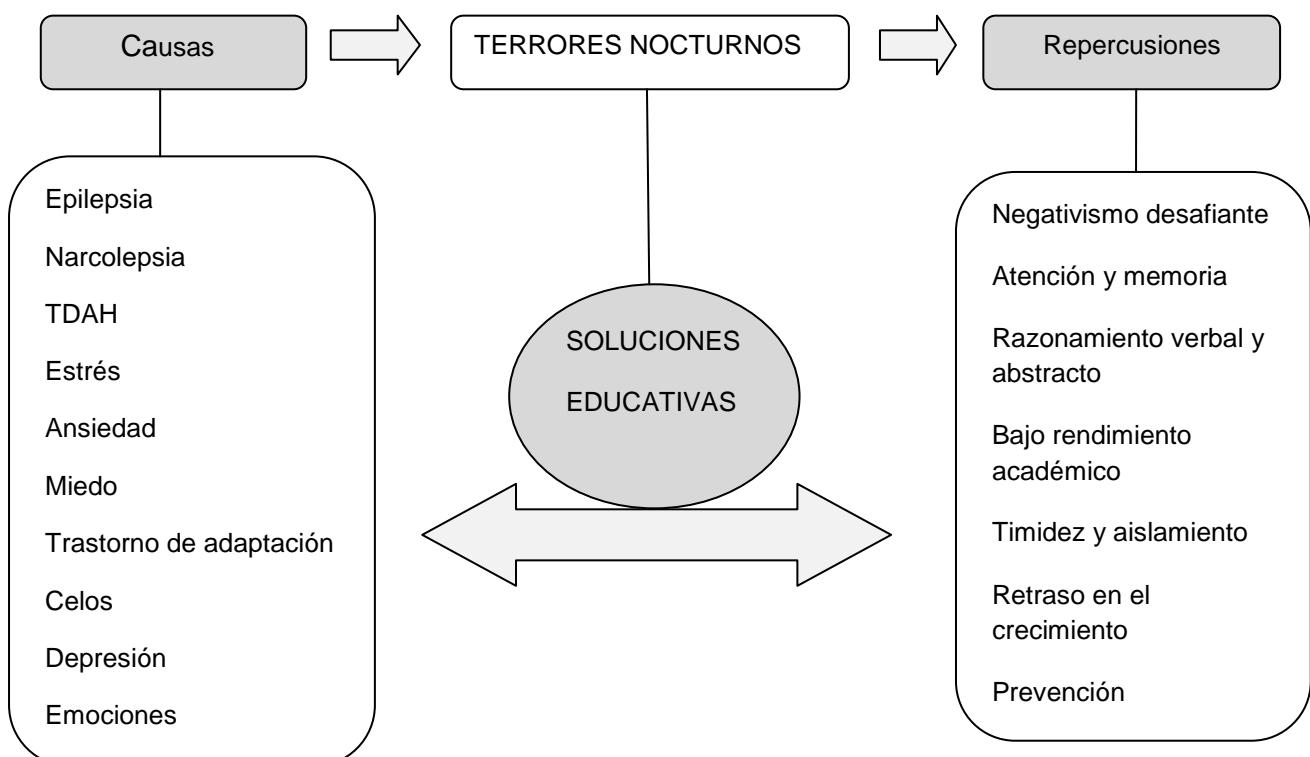


Figura 2. Soluciones educativas a los terrores nocturnos en función de sus causas y repercusiones. (Fuente: elaboración propia)

3.5. POSIBLES APORTACIONES DESDE EL AULA

Ya se ha resaltado la importancia de un trabajo conjunto entre padres, maestros y escuela. Es imprescindible la implicación de los padres ante cualquier trastorno del hijo, pero también es fundamental la respuesta adecuada del maestro. En este sentido, es responsabilidad del tutor observar al alumno, informarse e informar a los padres, así como coordinarse con el resto de profesionales del centro.

La identificación del problema puede venir de los padres o de un maestro. En ambos casos, las dos partes deben intercambiar la información que tengan e intentar buscar una solución. En primer lugar, habrá que observar al niño, tanto en casa como en el aula, llevando un registro de su conducta. Los padres, además de anotar lo relacionado con los terrores nocturnos (frecuencia, hora de aparición, características), deberán incluir todo aquello que pueda estar influyendo en el trastorno: cambios de domicilio, nacimiento de un hermano, enfermedad, separación conyugal, inicio de una actividad extraescolar, fin de las vacaciones...

En segundo lugar, habrá que celebrar reuniones periódicas entre los padres y el maestro para comprobar cómo observan al niño a lo largo del tiempo: si ha mejorado, empeorado o sigue igual. En el caso de que el trastorno persista o haya empeorado, será necesario aconsejar a los padres que consulten con el pediatra para descartar otros problemas no evolutivos. Y, en la escuela, informar al resto de maestros y buscar el asesoramiento del psicopedagogo.

Dependiendo de los problemas que presente el niño, así habrá que actuar en el aula de Infantil. A menudo será suficiente con aplicar *medidas generales*, útiles para todo el grupo, como las rutinas del sueño. Además, las dinámicas de clase que estructuran el tiempo diario de manera regular pueden ser fundamentales para crear seguridad en esta etapa:

- Un momento de entrada y de salida
- Espacios donde discutir los temas que les preocupan
- Resolución de problemas
- Espacio de expresión emocional y corporal

Este tipo de pautas pueden ser efectivas para problemas emocionales relacionados con el estrés, la ansiedad o el miedo. Por ejemplo, puede ser muy útil iniciar siempre la clase de la tarde con un momento de relajación, para evitar que los niños empiecen demasiado nerviosos:

- Se sientan todos los niños en sus pupitres, con la cabeza recostada sobre la mesa, encima de los brazos y con los ojos cerrados
- Ponemos una música de fondo relajante y vamos pasando, uno por uno, realizando un suave masaje sobre los hombros y el cuello
- Podemos pedir a un niño que nos ayude. Alguien que nos interese en particular, o bien, cada día uno diferente

Con esta actividad diaria, se estaría fomentando una disposición de ánimo tranquilo, antes de empezar los contenidos de la clase. Además, se propicia un estado receptivo hacia el masaje del maestro o compañero. Y, para el niño que ayuda al maestro, supone reforzar su valía y confianza, al formar parte activa de la actividad.

Los niños entre 3-6 años están asimilando pautas de comportamiento, maneras de relacionarse y el descubrimiento de sus capacidades. Las estrategias basadas en el refuerzo de conductas apropiadas, en una metodología motivadora y participativa, que potencie la responsabilidad del niño por su trabajo y conducta siempre resultarán positivas. La ventaja de estas edades es que, en el caso de que se detecte un trastorno más o menos transitorio, siempre podemos actuar a tiempo para compensarlo.

Otros problemas más específicos como los celos, la timidez, el trastorno de adaptación o la depresión, también de naturaleza emocional, pueden beneficiarse del espacio de clase dedicado a expresar las opiniones y problemas. Pero también por medio de actividades de expresión emocional y corporal como:

- Expresión plástica
- Dramatizaciones y representaciones
- Movimiento libre con música
- Juegos simbólicos
- Lectura y narración de cuentos sobre miedos nocturnos, como *Tragasueños*, de Michael Ende, en
<http://mariposasdecoloresamalia.blogspot.com.es/2011/09/el-tragasuenos->

[para-trabajar-los.html](#); *Una pesadilla en mi armario*, de Mercer Mayer; *Donde viven los monstruos*, de Maurice Sendak, en <http://www.trazosdetinta.com/donde-viven-los-monstruos-maurice-sendak-1963.php>; *¿No duermes, osito?*, de Martin Waddell; o *De verdad que no podía*, de Gabriela Kesselman.

En estas actividades, el niño encontrará la oportunidad de comunicarse con los compañeros a otros niveles, además del verbal. Todo ello beneficiará su autoconocimiento y autoconfianza.

Todas estas medidas también serán positivas para los *problemas más específicos*, de tipo cognitivo y conductual. Tanto la atención como la memoria se beneficiarán de una actitud más relajada y confiada en el niño. Lo mismo ocurre con los desórdenes conductuales en los que, fomentando el comportamiento positivo del niño, estaremos cultivando su autoestima.

Como se ha visto, las estrategias educativas presentadas pueden ser útiles para otros problemas y no sólo para los terrores nocturnos. Ello es debido a que este trastorno es la manifestación de múltiples factores y, a su vez, está en el origen de otras tantas repercusiones.

En este apartado se han contrastado las ideas principales extraídas del marco teórico. Se ha puntualizado sobre el tipo de estudios consultados, muy pocos sobre nuestro tema específico de estudio. También se ha destacado el papel que tienen los padres en el correcto diagnóstico y tratamiento de este trastorno. A continuación, se ha reflexionado sobre las causas y repercusiones de los terrores nocturnos que han definido diferentes estrategias de solución educativas. Y, por último, se han aportado algunas pautas de actuación en el aula de tipo preventivo y desde un enfoque emocional.

4. CONCLUSIONES

En el siguiente apartado se van a destacar las ideas del trabajo que tienen más relevancia para el docente de Infantil. Se presentarán en función de los objetivos, específicos y general, presentados en la Introducción.

Las conclusiones relacionadas con los *objetivos específicos* son las siguientes:

1. Objetivo específico nº 1: Delimitar las características de los terrores nocturnos.

Conclusión 1: Los terrores nocturnos se han incluido dentro de los trastornos del sueño. Es importante que el docente conozca las principales características que los definen (sueño REM, primer tercio de la noche, no recuerdo posterior) y que los diferencian, principalmente, de las pesadillas. También es fundamental que pueda aconsejar debidamente a los padres, en función de la gravedad, que puede variar entre una simple manifestación evolutiva o ser síntoma de algún trastorno adicional. Además, hay que resaltar que su mayor frecuencia coincide con la entrada del niño en el 2º ciclo de Educación Infantil. Por tanto, a partir de esta información, el docente debería derivar al pediatra y psicopedagogo los casos que lo requieran.

2. Objetivo específico nº 2: Describir las posibles causas de los terrores nocturnos infantiles.

Conclusión 2: El docente de Infantil puede beneficiarse de diferentes fuentes para descubrir el origen de los terrores nocturnos. Por una parte, observando si la dinámica del aula o algún acontecimiento en la escuela puede estar causando estrés o ansiedad al niño. Por otra parte, recogiendo información aportada por los padres sobre su comportamiento en el hogar, tipo de educación y hábitos, posibles cambios recientes o enfermedades congénitas o pasajeras. Sólo así podrá descartarse el origen meramente evolutivo del trastorno y buscar una solución.

3. Objetivo específico nº 3: Identificar las repercusiones educativas de los alumnos con terrores nocturnos.

Conclusión 3: Algunas repercusiones de los terrores nocturnos se reflejan en la vida escolar, como las cognitivas (p.e. memoria, atención, concentración), conductuales

(p.e. hiperactividad, agresividad) y emocionales (p.e. mal humor, depresión, aislamiento). Otras, irán más allá del aula y se observarán también en el hogar, tanto en el niño (p.e. baja expresión de afecto), como en los padres, por falta de sueño (p.e. estrés). Además, habría que llamar la atención sobre las posibles repercusiones de tipo orgánico que pueden afectar a la salud del niño (p.e. obesidad, mayor propensión a la enfermedad). El docente debería otorgar la debida importancia a este trastorno por las implicaciones en el futuro éxito escolar y salud mental del niño.

4. Objetivo específico nº 4: Descubrir qué estrategias de solución se aplican al problema planteado desde el ámbito educativo.

Conclusión 4: Las soluciones educativas a los terrores nocturnos se han extraído tanto a partir de sus causas como del tipo de repercusiones que tienen. Por tanto, habrá que acudir a las estrategias que se están aplicando para combatir diferentes trastornos como el TDAH, el estrés, los celos, la atención y memoria o el negativismo desafiante, entre otros. Estas estrategias van desde los enfoques emocionales hasta los conductuales, implicando en mayor o menor grado a la comunidad educativa. Algunas intervenciones de tipo preventivo pueden resultar positivas, como las que trabajan las rutinas del sueño y las emociones dentro de la dinámica general del aula.

En cuanto al *objetivo general*, las conclusiones son:

Objetivo general: Conocer estrategias educativas relacionadas con los terrores nocturnos infantiles en el 2º ciclo de Educación Infantil.

Conclusión: las estrategias educativas útiles para los terrores nocturnos se han encontrado a partir de sus causas, por una parte y de sus repercusiones, por otra. Las soluciones específicas para este trastorno son las aportadas desde el modelo médico, para ser aplicadas en el hogar por los padres, en forma de medicamentos o consejos (p.e. no despertar al niño durante el episodio).

Al ser un trastorno con múltiples ramificaciones, el maestro sólo podrá actuar de manera preventiva, en la mayoría de las ocasiones o atendiendo a los síntomas asociados a él. Para ello, es imprescindible el intercambio de información con los padres para actuar de la manera más eficaz posible. Algunas estrategias beneficiosas desde el punto de vista preventivo pueden ser las rutinas del sueño y las dinámicas de clase que

estructuran el tiempo diario de manera regular (entrada y salida, discusión, resolución de problemas, expresión emocional y corporal). Otras, pueden ser positivas también para problemas emocionales, como las actividades de relajación antes de empezar y espacios reservados para la expresión plástica, las dramatizaciones, el movimiento corporal con música, el juego simbólico y la lectura y narración de cuentos.

Con estas actividades se estará contribuyendo, al mismo tiempo, a la mejora y prevención de problemas cognitivos y conductuales y, en definitiva, al autoconocimiento, autoestima y desarrollo integral del niño.

5. PROSPECTIVA

A lo largo de los estudios consultados sobre los terrores nocturnos se ha podido comprobar que es un tema muy poco abordado más allá del ámbito médico. En ese campo se aporta información sobre sus características, algunas soluciones de tipo farmacológico y consejos enfocados a los padres. No se han encontrado pautas específicas para llevar a cabo en el aula por el maestro.

Sin embargo, a pesar de ser un trastorno no demasiado frecuente, comparado con las pesadillas, lo cierto es que puede ocultar importantes problemas de salud en el niño o dar lugar a ellos. Por este motivo, debería ser un tema con el que los maestros estuvieran familiarizados para poder aconsejar a los padres adecuadamente.

Éstas son algunas de las cuestiones en las que sería necesario profundizar:

- *Elaboración de un cuestionario.* Para que el maestro lleve a cabo una primera aproximación sobre el caso en conjunción con los padres y, a partir de ahí, decidir el tipo de actuación más adecuada (en el aula, hogar o derivándolo a otros profesionales). En la actualidad sólo existen herramientas diagnósticas sobre los terrores nocturnos desde el ámbito clínico, como la de Pin (s.f.) (véase Anexo).
- *Estudiar casos concretos en el ámbito educativo.* A partir de niños que sufren terrores nocturnos, realizar un seguimiento por parte de los padres y el maestro. En el hogar, anotar la frecuencia, características, posibles factores desencadenantes y proponer pautas de trabajo. En el aula, observar y registrar la conducta, el estado de ánimo o la atención.
- *A partir de casos diagnosticados.* Enumerar las causas y sus repercusiones y establecer el tipo de intervención (médica y/o educativa). Recoger las estrategias educativas que se aplican en el aula para cada caso y registrar su evolución.
- *Trabajo multidisciplinar.* Implicar a los diferentes profesionales en contacto con el niño para recoger la información oportuna en todo el proceso de intervención.
- *Estrategias educativas.* Comprobar la eficacia de diferentes estrategias aplicadas para el problema de los terrores nocturnos en el aula. Se pueden

utilizar diferentes instrumentos de evaluación cuantitativa, como los cuestionarios y registros de conductas, y/o cualitativa, como las entrevistas, la grabación en vídeo o los dibujos.

- *Intercambio de información.* Publicación de los resultados de los estudios, favoreciendo su difusión a través de revistas especializadas y recursos *on line* (blogs de la escuela, páginas web, foros...). Facilitar información por medio de escuelas de padres, AMPAs y reuniones con los tutores.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Psychiatric Association (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. (4^a ed., Texto rev.). Barcelona: Masson.

Anders, T. F. (2010). Estados y problemas de sueño-vigilia y desarrollo psicosocial del niño. *Enciclopedia sobre el Desarrollo de la Primera Infancia*, 1-7.

<http://www.encyclopedia-infantes.com/pages/PDF/conducta-sueno.pdf>

Barillas I. P (2011). *Factores ambientales que influyen en la presencia del estrés en niños de 4 a 6 años*. Informe final de investigación, Escuela de Ciencias Psicológicas, Universidad de San Carlos de Guatemala.

Bartlet, L. B. (2006). Treating the Sleep Disorders of Childhood: Current Practice in the United Kingdom. *Journal of Indian Association for Child and Adolescent Mental Health*, 2(3), 89-95.

Bautista, I. (2010). Génesis y diagnóstico de los celos infantiles. Sus manifestaciones más frecuentes. *Enfoques Educativos*, 70, 27-38.

Blunden, S. L. & Chervin, R. D. (2007). Sleep problems are associated with poor outcomes in remedial teaching programmes: A preliminary study. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 44, 237-242.

Brauser, D. (2013). Less sleep, more behavioral problems in kids. *Medscape*.

<http://www.medscape.com/viewarticle/808083>

De Miguel, C. (2007). Educar desde y con la emoción en infantil. *Aula Libre*, 85, 11-13.

http://aulalibremrp.org/IMG/pdf/Aula_Libre_no_85.pdf

Fluchaire, P. (1994). *El sueño de tu hijo*. Barcelona: Paidós.

Guzman, C.S. & Wang, Y.P. (2008). Sleep terror disorder: A case report. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30(2), 169.

Hernández, R. & Rodrigo, M. (s.f.). *Trastornos del sueño*.

http://www.sepeap.org/imagenes/secciones/Image/_USER_/Ps_inf_trastornos_sueño.pdf

Herranz, J. L. (2007). Trastornos paroxísticos no epilépticos. *Pediatria Integral*, 11(9), 799-810.

López, C., Gómez, L., Henao, M. M. & García, M. (2007). *Pautas Psicopedagógicas de aplicación en el aula*. 1ª Jornada Pedagógica SGS, Colegio San Jorge de Inglaterra. <http://www.sgs.edu.co/sgsone/contenido/download/psicologia/pautas.pdf>

Ludo y Educa (2012). *Actividades para fomentar la rutina del sueño*. Recuperado el 20 de noviembre de 2013 de <http://ludoyeduca.com/2012/03/25/actividades-para-fomentar-la-rutina-del-sueno/>

Ludo y Educa (2011). *Intervención en la práctica psicomotriz*. Recuperado el 20 de noviembre de 2013 de <http://ludoyeduca.com/2011/09/12/intervencion-en-la-practica-psicomotriz/>

Marina, J. A. (2012). Los miedos infantiles. *Pediatria Integral*, 16(2), 171-174.

Merino-Andreu, M. & Martínez-Bermejo, A. (2009). Narcolepsia con y sin cataplejia: una enfermedad rara, limitante e infradiagnosticada. *Anales de Pediatría*, 71(6), 524–534.

Mesa, M. A. (2013). Celos infantiles. *Educación y formación*.
<http://suite101.net/article/celos-infantiles-a21297>

Morales, B. & De la Morena, M. L. (1995). Repercusiones de los abusos sexuales infantiles, *Boletín de Pediatría*, 36, 225 – 228.

Muñoz, P. (2004). Desarrollo psicosocial del niño con epilepsia. *Revista chilena de epilepsia*, 5(1), 53-59.

Ojeda, M. (2011). El sueño en la edad preescolar y su repercusión en el desarrollo, la conducta y el aprendizaje. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología*, 50(2), 198-204.

Owens J. (2010). Servicios y programas de efectividad comprobada en el manejo infantil/trastornos del sueño y su impacto en el desarrollo social y emocional de los niños pequeños (0-5). *Enciclopedia sobre el Desarrollo de la Primera Infancia*, 1-8
<http://www.enciclopedia-infantes.com/pages/PDF/conducta-suenno.pdf>

Pascual, M. R. (2009). Los miedos infantiles. *Innovación y experiencias educativas*, 16, 1-12.

Pérez, M. D. (2000). El miedo y sus trastornos en la infancia. Prevención e intervención educativa. *Aula*, 12, 123-144.

Pin, G. (s.f.). *Parasomnias en la infancia*. Unidad Valenciana del Sueño. Hospital Quirón, Valencia. <http://www.aepap.org/gtsiaepap/gtsueno/evolparas.pdf>

Pin, G., Cubel., M. & Morell, M. (s.f.). *Particularidades de los trastornos del sueño en la edad pediátrica*. Unidad Valenciana del Sueño. Hospital Quirón, Valencia. <http://www.aepap.org/gtsiaepap/gtsueno/evolparas.pdf>

Ramírez, D. M. (2011). Celos infantiles. *Innovación y experiencias educativas*, _, 1-12.

Real Academia Española. (2001). Priapismo. En Diccionario de la lengua española (22.a ed.). Recuperado de <http://lema.rae.es/drae/?val=priapismo>

Ruiz-Canela, J. & Juanes, B. (2008). Los trastornos del sueño durante la infancia pueden tener consecuencias emocionales y de conducta en la vida adulta. *Evidencias en Pediatría*, 4(57).

Suárez, D., Iglesias, J. & Cañive, C. (2011). Trastorno de adaptación en la Psicopatología Infantil. Un estudio de caso. *Duazary*, 8(2), 213-225.

Suárez, M., Martín, M., Reynoso, C. & Sánchez-Carpintero, R. (2005). Trastornos del sueño en la niñez secundarios a alteraciones en las vías respiratorias superiores. *Revista Médica de la Universidad de Navarra*, 49(1), 53-58.

Zapata, M. E. (2013). *La depresión infantil y su incidencia en el desarrollo del proceso de enseñanza aprendizaje de los estudiantes del 2º año de educación básica de la Escuela Fiscal mixta 18 de mayo de la ciudad de Babahoyo provincia de Los Ríos, durante el periodo lectivo 2011 - 2012.* Tesis de grado, Facultad de Ciencias Jurídicas, Sociales y de la Educación, Universidad Técnica de Babahoyo.

BIBLIOGRAFÍA

American Academy of Pediatrics (2010). Sleep disturbances associated with behavior problems in children with autism. *ScienceDaily*. Recuperado el 11 de octubre de 2013 de <http://www.sciencedaily.com/releases/2010/05/100502080232.htm>

Ceballos, I. (2013). Capítulo 6: Creación narrativa. En Ceballos Viro, I., *Iniciación literaria en Educación Infantil*. Logroño / Madrid: Universidad Internacional de La Rioja. Recuperado de http://gradoinfantil.unir.net/cursos/lecciones/ARCHIVOS_COMUNES/versiones_para_imprimir/GMI3AS29/capitulo6.pdf

Center for the Advancement of Health (1999). Preescholers who sleep less have more behavioral problems. *ScienceDaily*. Recuperado el 11 de octubre de 2013 de <http://www.sciencedaily.com/releases/1999/06/990618063129.htm>

Contreras, M.M., Muñoz, L.C., Noreña, M.C., Aguirre, A.M., López, J. & Cornejo, W. (2008). Prevalencia de los trastornos del sueño en niños escolares de Sabaneta, Colombia, 2005. *Iatreia*, 21(2), 113-120.

Fiorani, J.G. & Pradella-Hallinan, M. (2009). Comments on "sleep terror disorder: A case report. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 31(1), 76-81.

France, K. G. & Blampied, N. M. (2010). Servicios y programas que han comprobado su efectividad en el manejo de trastornos pediátricos e interrupciones del sueño, y su impacto en el desarrollo social y emocional de los niños pequeños. *Enciclopedia*

sobre el Desarrollo de la Primera Infancia, 1-8. <http://www.encyclopedia-infantes.com/pages/PDF/conducta-suenno.pdf>

Iriarte, J., Urrestarazu, E., Alegre, M., Viteri, C. & Artieda, J. (2005). Parasomnias: episodios anormales durante el sueño. *Revista de Medicina de la Universidad de Navarra*, 49(1), 46-52.

Jurado, M.J. & Lluch, M.A. (2010). Parasomnias y trastornos del movimiento. *Pediatria Integral*, 14(9), 711-719.

Martínez, A., Martínez, C., Marzà, A., Escrivá, G., Blasco, M. & Llorca, J. (2012). Sleep habits of the children in the Grau de Gandia. A descriptive study. *Enfermería Global*, 27, 142-158.

Mindell, J. A. (2010). Programas y Servicios Probablemente Efectivos en el Manejo de los Trastornos del Sueño de los Bebés/Niños: Comentarios sobre Wiggs, Owens, France y Blampied. *Encyclopedia sobre el Desarrollo de la Primera Infancia*, 1-4. <http://www.encyclopedia-infantes.com/pages/PDF/conducta-suenno.pdf>

Palazón, I. (1998). Salud Mental Infantil: patologías más frecuentes en la Atención Primaria. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 18(67), 545-553.

Perales, A., Fernández, M.D., García, S., Medina, V. & Benítez, S. (2009). Orientaciones para padres y otros especialistas sobre la detección del autismo en la primera infancia. *Innovación y experiencias educativas*, 16, 1-8.

Pérez, M.A., León, M.R., Romo, M.L., Rodríguez, L. & Blanco, A. (1991). Breve exposición sobre las diferentes manifestaciones ansiosas descritas en la infancia. *Anales de psicología*, 7 (1), 45-55.

Pin, G., A. Lluch, A. & Borja, F. (1999). El pediatra ante el niño con trastornos del sueño. *Anales Españoles de Pediatría*, 50(3), 247-252.

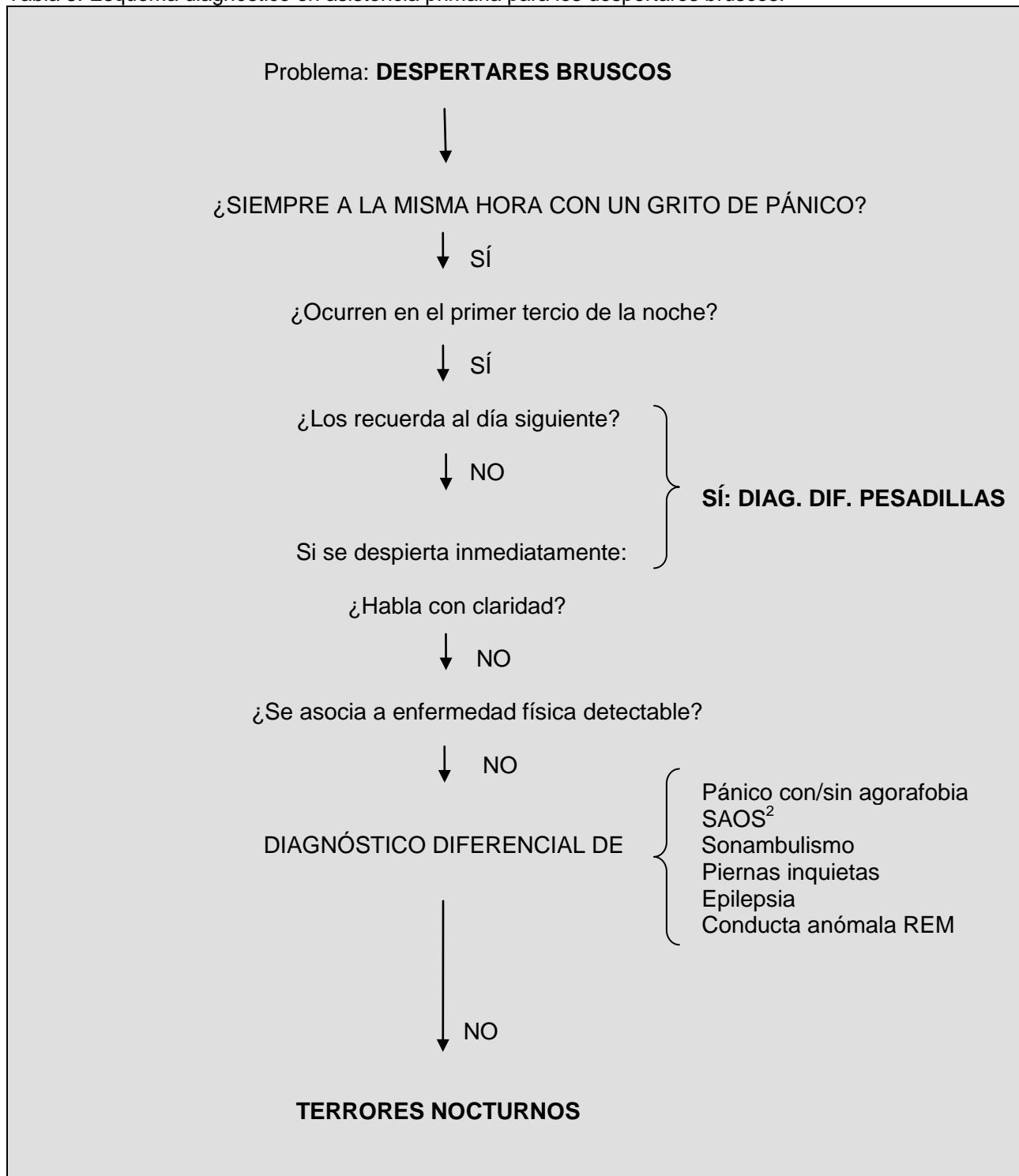
Poblano, A., Poblano-Alcalá, A. & Haro, R. (2010). Sleep-terror in a child evolving into sleepwalking in adolescence. Case report with the patient's point of view. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, vol 32(3), 321-322.

Rajmil, L., Estrada, M. D., Herdman, M., Serra-Sutton, V., Tebé, C., Izaguirre, J., ... Starfield, B. (2009). Concordancia entre padres e hijos en la calidad de vida relacionada con la salud en niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad: estudio longitudinal. *Anales de Pediatría*, 70(6), 553–561.

Thoman, E.V. (2010). Conducta del sueño y su impacto en el desarrollo psicosocial del niño. *Enciclopedia sobre el Desarrollo de la Primera Infancia*, 1-6. <http://www.encyclopedia-infantes.com/pages/PDF/conducta-sueno.pdf>

ANEXO

Tabla 8. Esquema diagnóstico en asistencia primaria para los despertares bruscos.



Extraída de Pin (s.f.), p. 25

² Síndrome de apnea obstructiva del sueño.