

Maig2020

GUIA INSOMNI INFANTIL



www.capsiandorra.com

C/ Roc dels Escolls, nº 7, 2n
AAD500 ANDORRA LA VELLA
T. 813 300



ÍNDEX

- 1. Introducció**
- 2. Tipus d'insomni**
 - a. Insomni per causes mèdiques
 - b. Degut a hàbits incorrectes
 - c. Degut a causes psicològiques
 - d. Insomni psicofisiològic
 - e. Insomni produït per al·lèrgia als aliments
- 3. Registres i qüestionaris**
- 4. Orientacions pel tractament**
 - a. Higiene del son i hàbits del son
 - b. Relaxació
 - c. Teràpia cognitivo – conductual
 - d. Tractament farmacològic
 - e. Tractament per altres factors

1. Introducció

L'insomni constitueix una de les **queixes més freqüents** en les consultes de psicologia infantil.

Es caracteritza per la insatisfacció per la **quantitat o qualitat** del son associat a:

- Dificultat per **iniciar** el son (en nens es posaria de manifest per la dificultat en iniciar el son sense la intervenció del cuidador).
- Dificultat per **mantenir** el son, caracteritzat per despertar freqüents o problemes per tornar a conciliar el son un cop despert.
- Despertar-se d'hora al matí amb **incapacitat per tornar a dormir**.

Aquesta alteració del son genera **malestar important** al nen i **afecta** en alguna àrea de la seva vida (social, escolar, comportament, etc.).

La dificultat del son s'ha de produir almenys **3 nits a la setmana** i ha d'estar present durant un **mínim de 3 mesos**.

Aquesta dificultat es produeix malgrat les **condicions siguin favorables** per a dormir.

L'insomni en nens pot produir una sèrie de **conseqüències** en els nens o adolescents com: fatiga, somnolència, pèrdua d'activitat, apatia, irritabilitat, negativisme, mals de cap, agitació, alteracions en la memòria i en la concentració.



2. Tipus d'insomni

Existeixen diferents tipus d'insomni i les causes del mateix poden ser molt variades: des de mals hàbits adquirits a problemes de tipus orgànic.

a. Insomni per causes mèdiques

El son dels nens pot estar alterat per múltiples causes mèdiques. Són les primeres que hem de descartar abans d'arribar a un diagnòstic d'insomni per hàbits incorrectes. El son en aquestes circumstàncies, sol estar alterat, tant de nit com de dia, amb múltiples fraccionaments, i és superficial. A més a més, el nen presentarà irritabilitat durant el dia i pèrdua de gana.

El **tractament**, en aquest cas, no és per l'insomni, sinó per la causa mèdica que ho està provocant.

Causes molt freqüents que porten a una alteració dels hàbits de son:

- Còlics
- Otitis
- Dolor
- Èczemes
- Fàrmacs
- Reflux gastroesofàgic (RGE)
- Síndrome d'apnea / hipopnea del son (SAHS)
- Roncs
- Síndrome de cames inquietes (SCI)



b. Insomni degut a hàbits incorrectes

És el tipus d'insomni **més freqüent** en nens petits. En aquests casos, amb certa freqüència, molts pares acostumen a explicar que *el nen mai ha dormit bé* i que des del primer dia han *existit nombrosos episodis de despertars nocturns* a més de dificultat perquè el nen *iniciï el son tot sol*.

En aquest tipus de casos és molt habitual que l'origen del problema es degui a l'**adquisició de mals d'hàbits adquirits**, consentits i/o reforçats pels propis pares o bé pels cuidadors del nen. Un estil **sobre-protector** en els pares o la **manca de normes** entorn al son (manca de criteris unificats per part de les persones que tenen cura de l'infant) juguen un paper important en l'inici de la resistència a anar a dormir.

Aquest tipus d'insomni acostuma a aparèixer en lactants de sis mesos fins a nens de cinc anys, produint una considerable distorsió del seu propi somni i el dels seus pares.

Les **conseqüències** a curt-mig termini són la irritabilitat, la dependència de la mare i, a llarg termini, trastorns del desenvolupament per l'alteració en la secreció de l'hormona de creixement. Dins de la família es pot desenvolupar rebuig de l'infant, inseguretat i fins i tot agressivitat.

Sembla ser que el **tractament més efectiu** és l'anomenat **reeduació dels hàbits** de son mitjançant tècniques conductuals.



c. Insomni degut a causes psicològiques

Altres causes a tenir en compte en l'aparició de l'insomni són les de tipus **psicològic** (ansietat, fòbies, etc.).

Quan l'insomni apareix en un **determinat moment** del desenvolupament de l'infant, sense història prèvia d'episodis, pot tractar-se d'un tipus d'insomni transitori produït per una pluralitat de factors. Aquests **factors** podrien ser el grau d'activació del nen, un estil cognitiu obsessiu, problemes puntuals en el terreny emocional, familiar, social o escolar.

També caldria valorar factors que poden a més, **mantenir el problema**, com per exemple mals hàbits de son (dormir massa, fora d'hores, amb canvis freqüents en l'hora d'anar a dormir i aixecar-se, activitats incompatibles amb el son, consum d'estimulants, migdiades durant el dia, etc.).

Les **conseqüències** de l'insomni poden produir fatiga, alteracions de l'estat d'ànim i problemes de rendiment en tots els àmbits. Per tant, especialment quan és persistent en el temps, es recomana que sigui avaluat per un professional de la salut.

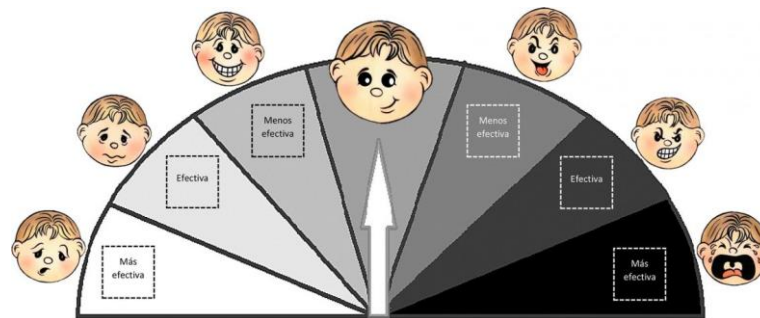
En qualsevol cas, el **tractament** d'aquest tipus d'insomni haurà d'anar dirigit a comprendre el factor que desencadena el problema i treballar en la resolució d'aquest. Per exemple, si hi ha pors associades s'haurà de treballar l'ansietat.



d. Insomni psicofisiològic

Es tracta d'un tipus d'insomni après. La persona condiona un estímul situacional (llit, dormitori, soroll) o temporal (hora d'anar a dormir) a algun esdeveniment que li genera tensió. Això fa que es desencadeni una ansietat anticipatòria que és incompatible amb la conciliació de la son. Els individus amb aquest tipus d'insomni reaccionen enfront de l'estrès **somatitzant l'ansietat amb agitació**, augment de la tensió muscular, etc. La conseqüència és una dificultat important per aconseguir el son.

Es produeix amb major proporció en l'adolescència i joventut.



e. Insomni produït per al·lèrgia als aliments

S'ha descrit principalment en nens, i es caracteritza per una marcada disminució del temps total de son, sense que cap tractament aconsegueixi solucionar el problema. És possible que l'al·lèrgia no es manifesti amb cap altre símptoma i, per tant, sigui de difícil detecció.

Normalment està relacionada amb l'al·lèrgia a algun component de la llet de vaca. Si aquest fos el cas, la substitució per una llet hipoal·lèrgica resoldria el problema en un termini d'una a quatre setmanes.





Registres i qüestionaris

Registre d'observació

Aquest registre permetrà als pares observar el patró del son del seu fill així com l'actuació dels pares davant els problemes amb el son. A través d'aquestes dades es podran detectar "problemes" en els hàbits o respostes a l'insomni.

Dia a. Hora d'anar a dormir b. Hora que es desperta	Migdiades <i>Nº d'hores</i>	Qui hi ha davant a l'hora de dormir?	On dorm? <i>Casa, habitació, altres</i>	Que fa el nen quan el posem a dormir? <i>(Plora, juga, crida, etc.)</i> Intensitat 0-10	Què fan els pares? <i>(Criden, renyen, ignoren, etc.)</i> Ansietat 0-10	Es desperta per la nit? a. Hora b. Què fa el nen? c. Què fan els pares d. Ansietat 0-10



Agenda del son

Aquest registre permetrà als pares observar l'hora que el nen se'n va a dormir, el temps que tarda en adormir-se, si hi ha hagut despertars durant la nit, de quina durada, i finalment l'hora que el nen es desperta.

DATA	20h	21h	22h	23h	24h	1h	2h	3h	4h	5h	6h	7h	8h	9h	10h	11h	12h	13h	14h	15h	16h	17h	18h	19h	20h	COMENTARIS	

Exemple

DATA	20h	21h	22h	23h	24h	1h	2h	3h	4h	5h	6h	7h	8h	9h	10h	11h	12h	13h	14h	15h	16h	17h	18h	19h	20h	COMENTARIS	
09/05	↓						X						↑							↓	↑						

Se'n va a dormir a les 20h30, tarda 1h30 en adormir-se, dorm 10 hores. Es desperta durant la nit (cal especificar què ha passat). Es desperta a les 9h00. Fa una migdiada a les 15h00, d'una hora. Sense problemes per adormir-se.



Escala d'alteracions del son de Bruni (SDSC)

Aquesta escala ens permetrà avaluar la tipologia en les alteracions del son infantil

ESCALA DE ALTERACIONES DEL SUEÑO DE BRUNI		PUNTOS
1.	¿Cuántas horas duerme la mayoría de las noches? Horas: (1) 9-11 h (2) 8-9 h (3) 7-8 h (4) 5-7 h (5) < 5 h	
2.	¿Cuánto tarda en dormirse? Minutos: (1) < 15m (2) 15-30 m (3) 30-45 m (4) 45-60m (5) > 60 m	
<i>En las siguientes respuestas puntúe según la frecuencia del evento:</i>		
1: Nunca 2: 1-2 veces al mes 3: 1-2 por semana 4: 3-5 veces /semana 5: Diariamente		
3.	Se va a la cama de mal humor	
4.	Tiene dificultad para coger el sueño por la noche:	
5.	Parece ansioso o miedoso cuando "cae" dormido	
6.	Sacude o agita partes del cuerpo al dormirse	
7.	Realiza acciones repetitivas como rotación de la cabeza para dormirse	
8.	Tiene escenas de "sueños" al dormirse	
9.	Suda excesivamente al dormirse	
10.	Se despierta más de dos veces cada noche	
11.	Después de despertarse por la noche tiene dificultades para dormirse	
12.	Tiene tirones o sacudidas de las piernas mientras duerme, cambia a menudo de posición o da "patadas" a la ropa de cama	
13.	Tiene dificultades para respirar durante la noche	
14.	Da boqueadas para respirar durante el sueño	
15.	Ronca	
16.	Suda excesivamente durante la noche	
17.	Usted ha observado que camina dormido	
18.	Usted ha observado que habla dormido	
19.	Rechina los dientes dormido	

20.	Se despierta con un chillido	
21.	Tiene pesadillas que no recuerda al día siguiente	
22.	Es difícil despertarlo por la mañana	
23.	Al despertarse por la mañana parece cansado	
24.	Parece que no se pueda mover al despertarse por la mañana	
25.	Tiene somnolencia diurna	
26.	Se duerme de repente en determinadas situaciones:	
TOTAL (Punto de corte 39)		

SUBESCALAS PARCIALES DE PROBLEMAS DEL SUEÑO:

Problemas respiratorios: Preguntas 13,14,15.	
Desórdenes del arousal: Preguntas 17,20,21.	
Alteraciones del tránsito vigilia/sueño: Preguntas 6,7,8,12,18,19.	
Somnolencia excesiva: Preguntas 22,23,24,25,26.	
Hiperhidrosis del sueño: Preguntas 9,16	

3. Orientacions pel tractament del'insomni

Ens centrarem bàsicament en l'insomni per **causes psicològiques** i el degut a **mals hàbits adquirits**.

Els tractaments que demostren més evidència científica pel tractament de l'insomni infantil són:

- La reeducació d'hàbits del son i higiene del son.
- Les teràpies cognitivo – conductuals
- El tractament farmacològic

Es segueix la **regla dels 3 passos**:

1. Introduir un ritme son/vigília regular.
2. Ajustar les hores d'inici i final del son a les necessitats individuals
3. Ajudar al nen a dormir-se sol.

Si després de la instauració d'una adequada higiene del son, de mesures ambientals i de l'aplicació de la regla dels 3 passos durant un mínim de 2 setmanes el problema continua, s'haurà de valorar la **teràpia cognitivo – conductual**.

a. Higiene del son i hàbits de son

En general, es denomina higiene de son a totes aquelles **pràctiques dirigides a modificar factors** com la nutrició, l'exercici físic, la temperatura, etc. amb l'objectiu de facilitar el manteniment d'un son nocturn i una vigília diürna normals.

Aquests factors no solen ser prou severos com per constituir la causa primària dels trastorns de son però, poden complicar un problema de son ja existent i dificultar la resposta al tractament.

Hi ha una considerable variació en la sensibilitat dels nens i adolescents a aquests factors, d'aquesta manera, hi haurà subjectes que s'adaptin a les condicions ambientals millor que altres encara que en tots els casos, quan aquestes condicions no són òptimes, la qualitat del son es veurà compromesa.

Per exemple, el **soroll** sol augmentar el nombre de moviments que realitzem al llit i produeix breus despertars, que encara que no són recordats al matí, exerceixen una sensació de no haver dormit bé.

També cal intensificar la **dieta saludable** (els aliments rics en hidrats de carboni afavoreixen el son, i especialment la llet és un producte popularment recomanat contra l'insomni).

L'exercici físic realitzat de forma adequada sol millorar el descans (evitar l'exercici intens just abans de dormir ja que pot produir activació de sistema autònom i pot intensificar els despertars).

Finalment, evitar el **consum** de substàncies estimulants o amb cafeïna (coca-cola, xocolata ...) i també del tabac en adolescents. Malgrat que la quantitat necessària d'aquestes substàncies per alterar el son varia d'uns nens a uns altres, la veritat és que en tots ells es produirà un increment de la latència de la son, dels despertars nocturns amb una reducció de la son total i de la seva qualitat.

A continuació us detallem **recomanacions** per a la higiene del son:

FACTORS AMBIENTALS
Evitar o reduir el soroll . Afavoriu un ambient silenciós.
No utilitzar colors molt cridaners en la decoració de l'habitació.
Temperatura entre 16 i 22 graus (ha de ser constant).
Ventilar bé l'habitació durant el dia i la nit si cal.
Triar un matalàs de bona qualitat i un llit no massa estret.
No utilitzar massa mantes . Si el pes és excessiu pot molestar els nens més petits. Una sola manta lleugera i flexible és més adequat.
Utilitzar coixins adequats, no massa gruixuts.
Evitar l'excés de llum .
Evitar la llum brillant si es desperta durant la nit.
Evitar l'excés de pols i humitat a l'habitació.
Si el nen té por, es pot deixar encès un petit pilot o punt de llum tènue .

FACTORS DE LA SALUT I HÀBITS

Mantenir uns **horaris regulars**, tant d'anar a dormir com d'aixecar (inclosos els dies festius).

Establir **rutines** per a les diferents activitats (menjars, oci, escola, etc.) i ajustar-se el més possible a elles.

Regular les **migdiades** (millor que siguin a primera hora de la tarda). Evitar que aquestes siguin perllongades.

Tenir un **ritual** per anar a dormir, afavoreix el son. Per exemple, bany, lectura, escoltar un conte, etc. Predisposa a estar més relaxats.

Amb nens petits se'ls pot llegir un **conte** abans de dormir. Els grans poden dedicar un temps per parlar de les seves coses abans d'iniciar el son. Això els ajudarà a controlar pensaments esporàdics que interfereixen amb l'inici de la son.

Utilitzar un **objecte** de transició (os de peluix) ajudarà a condicionar i afavorir el son.

Adequat a l'edat, practicar una mica **d'exercici**, preferentment al matí o al migdia. Evitar exercici físic a la última hora del dia.

Esperar el menys dues hores **després de sopar**, abans d'anar a dormir.

Els **aliments** rics en hidrats de carboni, calci i vitamina B, tenen propietats sedants, per això, són recomanables per al sopar. La xocolata i el sucre tenen l'efecte contrari i s'han d'utilitzar amb prudència abans d'anar a dormir.

Evitar la ingesta **d'estimulants** (cafè, xocolata, té, tabac, etc.) i la ingesta **d'alcohol**.

L'ús de **tecnologia** (Internet, ordinadors, jocs, mòbils, etc.) ha de finalitzar mínim 1 hora abans de l'inici de les rutines del son.

Evitar l'ús abusiu durant el dia de noves **tecnologies**, principalment en el més petits (TV, Tablet, Ordinador, etc.)

En cas de despertar-se a la nit no donar de menjar (només **aigua**— i no molta ja que sinó tindrà ganes d'anar al bany).

No convertir el **son** en un **càstig**. Afavorir que el dormitori del nen sigui un espai agradable, eviteu castigar-lo “a la seva habitació”. Procurar no utilitzar el llit per una altra activitat que no sigui dormir.

b. Relaxació

Segons l'edat de l'infant i la seva capacitat de comprendre i seguir instruccions, podem utilitzar **tècniques de relaxació** per afavorir el trànsit de l'estat de vigília al de la son.

Aquestes tècniques es poden basar en exercicis de **tensió-distensió de diferents grups musculars** (es pot començar pel cap, cos, extremitats superiors i inferiors).

El control de la **respiració** (concentrant-se en el so de l'aire a l'entrar i sortir per la boca), el comptar cap enrere des de 10 imaginant que anem baixant els esglaons d'una escala, són també formes de focalitzar l'atenció i induir un estat de relaxació .

En nens més petits poden utilitzar la seva imaginació i demanar-los que s'imaginin que són qualsevol objecte, joguina o alguna cosa que per a ell sigui significatiu i relaxant. A partir d'aquí podem induir sensacions agradables de calor, distensió muscular, etc. (per exemple pot imaginar que és una gran esponja i va absorbint una agradable calor).

Podeu consultar la [GUIA DE TÈCNiques DE RELAXACIÓ I RESPIRACIÓ](#) EN NENS I ADOLESCENTS disponibles a la nostra pàgina web.



c. Teràpia cognitiu – conductual.

L'evidència científica indica que el tractament cognitiu-conductual és el més efectiu i més utilitzat en els programes de tractament de l'insomni. Les **principals estratègies** són:

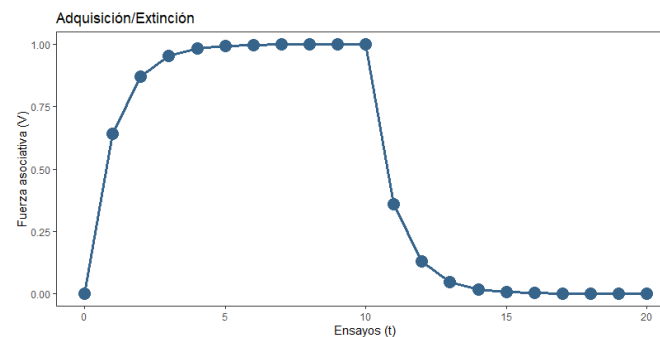
Extinció

Es tracta doncs d'ignorar la demanda del nen a l'iniciar el son o al despertar.

És una intervenció dirigida a **eliminar les conductes no desitjables** del nen a l'hora de dormir, com per exemple crits, rabietes, etc. eliminant el reforç que les manté (atenció o excessiva implicació dels pares en el procés d'inici del son).

Implica que els pares fiquin el nen al llit a l'hora apropiada, havent complert amb el ritual de son preestablert i quan el nen estigui encara despert, **ignorant qualsevol demanda** posterior de l'atenció fins al matí següent, exceptuant aquelles situacions que impliquin un perill o malaltia pel nen. Si el nen acudeix al llit dels pares, s'ha de retornar-lo al seu llit sense permetre la interacció.

Al principi pot existir un **increment transitori** de la conducta problema, degut a que el nen augmenta la intensitat de la intromissió per intentar aconseguir la resposta prèvia. Si es persisteix en la ignorància de la demanda, la conducta problema anirà disminuint.



Extinció gradual

La **ignorància** es realitza de manera **progressiva incrementant** el temps en què no es produeix la interacció amb el nen.

Es basa en el mínim raonament que justifica l'èxit de l'extinció: la retirada de l'excessiva implicació o participació dels pares en el procés d'inici del son, però de forma més gradual, perquè permet la intervenció d'aquests a intervals de temps predeterminats.

Els pares fiquen el nen a dormir quan encara està despert, en l'horari apropiat, havent complert amb el ritual de son, per **ignorar les seves demandes d'atenció a interval gradual i progressivament més llarg**. En aquest cas tenint en compte les característiques d'edat i temperament del nen però també del progenitor. Es comença per esperar 1, 3 o 5 minuts abans d'intervenir per anar augmentant progressivament aquest interval de temps en successives intervencions a 5 o 10 minuts. O bé, a intervals fixes, per exemple sempre cada 5 o 10 minuts.

La intervenció persegueix a més **d'eliminar les conductes no desitjables**, potenciar **l'autocontrol** del nen, afavorint i facilitant el desenvolupament d'habilitat que li permetin calmar-se.

El **MÈTODE FERBER** és un exemple d'extinció gradual. S'utilitza per corregir l'insomni quan és produït per **hàbits incorrectes**. Per l'aplicació d'aquest mètode, és necessari conèixer el perfil de l'infant abans d'aplicar sistemes massa rígids així com tenir en compte el factor edat. A menor edat haurem de ser més permissibles. Cal trobar un equilibri entre la necessitat de corregir i establir hàbits, amb els de conciliar les pors infantils i potenciar la vinculació afectiva.

A continuació es mostra una **adaptació** (Protocol d'Actuació) del mateix:

1. Es requereix la presència de tots dos pares en la consulta.
2. Establiment d'un **diagnòstic d'insomni** infantil per hàbits incorrectes, sobre la base de l'entrevista efectuada i les dades aportades.
3. Explicació detallada als pares de la naturalesa **conductual** de l'insomni de l'infant.

4. Explicació de la correcta aplicació de **rutines preparatòries** perquè el nen agafi el son i que els pares han de realitzar entre 5-10 minuts abans de l'hora de dormir establerta per al nen:
- La situació d'inici de son s'ha de fer de forma **agradable i tranquil·la**.
 - Els pares han de col·locar al seu fill en el seu bressol o **llit** i, si ho desitgen, poden explicar algun conte curt.
 - És recomanable utilitzar **objectes de transició** al son (ninots de peluix) que acompanyin el nen en el seu entorn immediat a dormir.
 - El nen ha de comprendre que aquest **temps especial** al costat dels seus pares no es prolongarà més enllà de **5-10 minuts**. Durant aquest període, el nen ha de mantenir-se despert, amb els llums de la seva habitació enceses.
 - Una mica abans que transcorrin aquests 5-10 minuts, algun dels pares ha de romandre a l'habitació i utilitzar amb veu tranquil·la i segura la següent **consigna** (que no ha de durar més d'1 minut): "*El pare / mare vol aprendre a dormir sol, així que aquí tens el teu osset (o qualsevol altra joguina o objecte de la seva preferència), bona nit carinyo*". Seguidament el pare / mare ha de **sortir** immediatament de l'habitació.
 - Els pares han de sortir de l'habitació deixant a l'infant despert i no entrar de nou excepte per reafirmar la consigna anterior. Les **entrades** a la cambra han de seguir un programa **d'esperes progressives preestablert**, i mai s'han de fer perquè el nen deixi de plorar o per ajudar-lo a dormir. Les entrades a la habitació del nen no han de ser contingents al plor o demanda d'aquest, sinó que segueixen sempre un temps d'espera que és més llarg a cada entrada.



RITUAL PRE-SON

Es confia en el **control de estímuls** com a principal agent pel canvi de conducta.

Es persegueix **reduir l'activació** (*arousal*), tant emocional com fisiològica, que l'anticipació de l'inici del son i les condicions que la rodegin puguin provocar.

Es **reforcen les conductes apropiades**, per a que tendeixin a augmentar-se, i s'ignoren les conductes inapropiades, per a que tendeixin a reduir-se. Els reforçadors positius ajuden a iniciar o perllongar el període del son.

Implica que els pares estableixin una **rutina**, amb activitats agradables i tranquil·les prop de l'hora de dormir, que afavoreixin que el nen sigui capaç d'iniciar sol el son sense associacions indesitjables.

RETARDAR L'HORA D'ANAR A DORMIR

Implica **retardar** temporalment l'hora d'anar a dormir perquè **coincideixi** amb el temps de **l'inici real** de la son.

Afegeix l'exigència pels pares d'**aixecar** al nen del llit si no s'arriba a l'inici el son dins d'un temps determinat.

DESPERTARS PROGRAMATS

Establir una **interrupció en el son previ al despertar espontani** de l'infant. En aquest moment s'estableixen reforçadors positius com alimentar o fer costat amb el que s'eviten els estímuls aversius associats amb el despertar espontani.

Implica conèixer el **patró habitual** de despertars espontanis del nen durant la nit.

Amb el **registre** previ de les hores a les que es produeixen els despertars espontanis, el pares, de forma preventiva, desperten al nen entre 15 i 30 minuts abans de cadascun d'aquests, realitzant les intervencions habituals (alimentació, calmar, etc.), augmentant progressivament el **període** de temps entre els despertars programats.

BED TIME PASS PROGRAMME

Mètode que pot resultar efectiu en nens majors de 3 anys amb **resistència** per anar a dormir.

S'entrega a l'infant una sèrie de **targetes intercanviables** per conductes com: un conte, beure aigua ... **S'acorda** amb el nen que una vegada que s'acabin, ha d'anar-se a dormir.

EDUCACIÓ DELS PARES - PREVENCIÓ

Desenvolupament de **programes d'educació** als pares que inclouen la informació sobre el que és normal i què han d'esperar, sobre principis bàsics de l'aprenentatge, que incorporin intervencions cognitivo – conductuals per a ells mateixos (per exemple, encaminades a millorar el control de l'ansietat, culpa o expectatives errònies) per prevenir l'aparició i el desenvolupament de problemes del son amb els seus fills.

L'objectiu és establir **hàbits positius** del son i evitar així l'aparició d'associacions inadequades.

Per assegurar l'efectivitat d'aquesta teràpia conductual, s'ha de fer la intervenció a tota la família, que serà individualitzada segons les conductes i expectatives familiars. Per a això hauria prèviament de realitzar un qüestionari de tolerància familiar.



Qüestionari de tolerància familiar:

Aquest qüestionari permetrà saber com orientar el tractament en funció de les respostes donades.

TOLERÀNCIA DEL TRASTORN	MARE		PARE	
La conducta és tan seria i intensa que els és impossible ignorar-la.	SI	NO	SI	NO
Els és difícil escoltar-lo cridar/plorar durant molt temps.	SI	NO	SI	NO
Troben molt difícil tornar a ficar-lo al llit.	SI	NO	SI	NO
TOLERÀNCIA DELS HORARIS	MARE		PARE	
Algú de la família està disposat a anar a dormir tard per realitzar el programa de tractament?	SI	NO	SI	NO
Algú de la família està disposat a aixecar-se d'hora per realitzar el programa del tractament?	SI	NO	SI	NO
DIFIULTATS D'ACTITUD	MARE		PARE	
Es troben emocionalment incapaços d'ocupar-se directament?	SI	NO	SI	NO
Es senten culpables quan obliguen al seu fill a tornar al llit?	SI	NO	SI	NO
Pensen que maltracten al seu fill quan intenten canviar la situació?	SI	NO	SI	NO

TOLERÀNCIA DEL TRASTORN: Una resposta positiva contraindica l'extinció d'entrada.

TOLERÀNCIA DELS HORARIS: Una resposta negativa, valorar l'extinció gradual front a una altra intervenció.

DIFICULTATS D'ACTITUD: Una resposta positiva, practicar una intervenció prèvia amb la família.

d. Tractament farmacològic

El tractament farmacològic **NO HA DE SER LA PRIMERA NI L'ÚNICA OPCIÓ DE TRACTAMENT**. Hi ha poca evidència científica de la seva eficàcia i seguretat a llarg termini.

A mode general, les normes per a qualsevol tractament farmacològic seran les següents:

- Temps d'ús el més **curt** possible.
- El fàrmac es tria segons les **característiques** de l'insomni, tipus de pacient i el seu entorn.
- El **moment** de l'administració és important.
- Control estret **d'efectes secundaris**.
- Precaució davant possibles **interaccions** amb altres fàrmacs.
- **Investigar** l'ús per part de la família de fàrmacs sense necessitat de recepta mèdica.



MELATONINA

És el fàrmac de **primera elecció**. S'ha d'usar amb cautela en lactants (no sembla haver informació suficient que avaluï el seu ús en menors de 6 mesos).

S'ha **d'ajustar la dosi gradualment**, segons resposta que doni l'infant. S'haurà d'administrar sempre a la mateixa hora, entre 30-60 minuts abans de l'hora habitual d'anar a dormir.

La **durada** del tractament no ha de ser superior a 4 setmanes.

En l'insomni d'inici amb melatonina com a únic tractament, la supressió del tractament ocasiona que el problema inicial **reaparegui** en el 90% dels casos.

ALTRES FÀRMACS

- **Difenhidramina:** Fàrmac de ràpida absorció sense irritació gàstrica. Útil en situacions agudes. No té gran evidència científica de la seva eficàcia. Possible efecte paradoxal.
- **Hidroxicina:** Presa nocturna. Durada 4 setmanes.

FITOTERÀPIA

NOM	DOSIS	EFFECTES EN EL SON	COMENTARIS
Valeriana	2-3g x 3/dia	Disminueix la latència del son Augmenta el son profund?	Toxicitat rara
Camomila	1-3g x 3/dia	Disminueix la latència del son	Efecte hipertensió
Kava	60 – 120 mg/dia	Millor eficiència somni	Ansiolítica dèbil
Lavanda	Inhalació oli	Millor eficiència somni	Potencia efectes alcohol





e. Tractament per altres factors

En el cas de l'insomni degut a **causes psicològiques** és evident que quan les causes se situen en factors externs (esdeveniments recents que es viuen amb estrès, canvis de col·legi, maltractaments, etc.), és important fer una avaluació completa dels mateixos i saber com estan afectant el funcionament quotidià de l'infant.

El **tractament**, segons el cas, s'ajustarà per tal de minimitzar els **factors desencadenants**, alhora se li ofereix a l'infant mecanismes útils per poder afrontar-los amb la major eficàcia. S'utilitzaran diferents tècniques cognitiu-conductuals (dessensibilització, entrenament en autoinstruccions, relaxació, intenció paradoxal, etc.). No obstant això, s'ha de tenir en compte l'edat de l'infant i / o la seva capacitat per entendre les instruccions.

S'assumeix que qualsevol exercici de relaxació muscular o mental prèvia a la son pot ser un bon inductor de la mateixa.



Segueix-nos al  [@capsiandorra](https://www.instagram.com/capsiandorra) i al  [@capsiandorra](https://www.facebook.com/capsiandorra)
Per a més informació ens trobaràs a www.capsiandorra.com

FONTS CONSULTADES

Asociación Americana de Psiquiatría. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2013.

Estivill, E., Segarra, F., Roure, N. (2010) El insomnio de inicio y mantenimiento en la infancia. *PediatrIntegral*.

García C., Alberola S. (2018) Guía de Algoritmos en Pediatría de Atención Primaria. Insomnio. Disponible a: algoritmos.aepap.org

Idiazábal M. y Estivill, E. (2003) Tratamiento del insomnio en niños: aspectos farmacológicos. *AnPediatr* (Barc).

Márquez-Pérez, G. (2014). Reeduación de los hábitos de sueño de una niña mediante técnicas conductuales. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 1(2), 109-115.

Pin G. et al. (2016) Insomnio en niños y adolescentes. Documento de consenso.