

Original

Niños con síntomas de ansiedad por separación: un estudio de sus hábitos y problemas de sueño



Mireia Orgilés*, Iván Fernández-Martínez, María T. González y José P. Espada

Departamento de Psicología de la Salud, Universidad Miguel Hernández de Elche, Elche, Alicante, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 15 de mayo de 2016

Aceptado el 14 de octubre de 2016

On-line el 14 de noviembre de 2016

Palabras clave:

Estudio transversal

Trastorno de ansiedad por separación

Hábitos de sueño

Problemas de sueño

Niños

R E S U M E N

A pesar de que los problemas de sueño parecen ser frecuentes en los niños con ansiedad por separación, se carece de trabajos que estudien las características del sueño en la población infantil española con síntomas de ansiedad. El objetivo del estudio es examinar el sueño infantil en función de presentar o no ansiedad por separación, analizar el valor predictivo de los problemas de sueño en la ansiedad por separación y conocer los problemas de sueño más frecuentes. Participaron 1.100 niños de 8 a 12 años (41,5% varones) que completaron la subescala de ansiedad por separación de la Escala de Ansiedad Infantil de Spence y el Autoinforme de Sueño Infantil. Los niños con ansiedad por separación mostraron rutinas menos adecuadas a la hora de dormir, menor calidad del sueño, más rechazo al ir a dormir y más ansiedad relacionada con el sueño. Los problemas de sueño mostraron ser predictores de la ansiedad por separación, con un 24% de varianza explicada. De los resultados del estudio se concluye la necesidad de atender los patrones de sueño infantil para lograr una intervención más adecuada en la ansiedad por separación.

© 2016 Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés - SEAS. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Children with separation anxiety symptoms: A study of their habits and sleep problems

A B S T R A C T

Despite sleeping problems being common in children with separation anxiety disorder, there are few studies that examine sleeping characteristics in Spanish children with anxiety symptoms. The aim of this study is to examine sleep in children whether they show separation anxiety symptoms or not in order to analyse the predictive value of sleep problems related to separation anxiety and to ascertain which sleeping problems are the most common. A total of 1,100 children aged between 8 and 12 years participated (41.5% boys), who completed the Separation Anxiety Subscale of the Spence Children's Anxiety Scale and the Child Sleep Self-report. Children with separation anxiety symptoms were found to have less suitable routines at bedtime, lower quality of sleep, greater refusal to go to bed and more sleep-related anxiety. Sleeping problems were found to be predictors for separation anxiety with 24% explained variance. The results of the study underline the importance of examining children's sleeping habits in order to better treat separation anxiety.

© 2016 Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés - SEAS. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Keywords:

Cross-sectional study

Separation anxiety disorder

Sleep habits

Sleep problems

Children

La presencia de sintomatología ansiosa es frecuente en la infancia (Cartwright-Hatton, McNicol y Doubleday, 2006; Orgilés,

Méndez, Spence, Huedo-Medina y Espada, 2012a; Waters et al., 2008). En España, los trastornos de ansiedad constituyen el problema psicológico más diagnosticado en las unidades de salud mental en población infanto-juvenil (Echeburúa y Corral, 2009). Entre los trastornos de ansiedad más frecuentes y con inicio más precoz se encuentra el trastorno de ansiedad por separación (TAS)

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: morgiles@umh.es (M. Orgilés).

(Cartwright-Hatton et al., 2006; Hanna, Fischer y Fluent, 2006; Kessler et al., 2005; Pacheco y Ventura, 2009). Su prevalencia en niños y adolescentes es alta, situándose alrededor del 4% (American Psychiatric Association, APA, 2013; Shear, Jin, Ruscio, Walters y Kessler, 2006); es más frecuente en niños menores de 12 años y más predominante en el género femenino que en el masculino (APA, 2013; Orgilés, Méndez, Espada, Carballo y Piqueras, 2012b). Se manifiesta más en niños que en adolescentes (Beesdo, Knappe y Pine, 2009), con niveles de sintomatología inferiores a medida que aumenta la edad (Essau, Sakano, Ishikawa y Sasagawa, 2004; Orgilés et al., 2012a, 2012b; Spence, 1997). En un estudio reciente llevado a cabo con una muestra de 1.407 niños españoles de entre 8 y 12 años se encontró que el 3,9% cumplían los criterios diagnósticos para el TAS, tratándose de uno de los trastornos de ansiedad más prevalentes (Orgilés, Espada, García-Fernández, Méndez e Hidalgo, 2011).

De acuerdo con el DSM-5 (APA, 2013), el TAS se caracteriza por un miedo o ansiedad excesiva e inapropiada atendiendo al nivel de desarrollo del individuo, a la separación de las personas de mayor apego, que persiste durante al menos 4 semanas en niños y adolescentes, causando un malestar clínicamente significativo y afectando al funcionamiento normal de quienes lo padecen en áreas relevantes como la social y la académica. Entre los síntomas que puede manifestar el niño con TAS destaca un gran malestar cuando prevé una situación de separación, preocupaciones persistentes, temores de diversa índole (e.g., miedo a estar solo, negativa a ir a dormir solo, miedos específicos o a situaciones que percibe como amenazantes para su seguridad o la de su familia), pesadillas, rechazo a acudir al colegio, quejas somáticas, alta demanda de atención constante, etc. Su comorbilidad con otros trastornos de ansiedad en niños españoles es alta, siendo comórbido principalmente con el trastorno de ansiedad generalizada (TAG) y la fobia social (Méndez, Orgilés y Espada, 2008). En un trabajo llevado a cabo con niños de 8 a 12 años se encontró igualmente que la comorbilidad más alta y frecuente era entre TAS y TAG, seguida por el trastorno de pánico y la fobia social (Romero et al., 2010). Estudios internacionales también destacan resultados similares; por ejemplo, en una muestra de 91 niños de entre 7 y 11 años se halló una alta comorbilidad entre el TAS y el TAG (Layne, Bernat, Victor y Bernstein, 2009). Además de con otros trastornos de ansiedad, el TAS también ha demostrado una frecuente comorbilidad con la depresión, según han evidenciado diversos estudios (Cartwright-Hatton et al., 2006; Romero et al., 2010). Su influencia como factor de riesgo en el desarrollo de otros trastornos es también evidente. De hecho, algunos autores defienden que determinados trastornos psicológicos que tienen lugar en futuras etapas evolutivas vienen precedidos por presentar un TAS en la etapa infantil (Brand, Wilhelm, Kossowsky, Holsboer-Trachsler y Schneider, 2011).

El TAS puede perjudicar significativamente el desarrollo académico, emocional y social presente y futuro del niño que lo padece, por ejemplo, causando aislamiento social, bajo rendimiento escolar y otros problemas psicológicos, así como generar problemas o conflictos entre los miembros del núcleo familiar (APA, 2013; Hanna et al., 2006). Un área que con frecuencia se ve afectada en los niños con TAS es el sueño. La ansiedad, caracterizada por una activación psicofisiológica, es una de las reacciones emocionales que más se asocian a los problemas relacionados con dormir y que más gravemente interfiere al inicio y mantenimiento del sueño, así como a la calidad del mismo (Chóliz, 1999). Numerosos estudios internacionales han relacionado la ansiedad con los problemas del sueño (Clementi, Alfano, Holly y Pina, 2016; Ivarsson y Skarphedinsson, 2015), destacando que tener problemas de sueño predice manifestar problemas de ansiedad en etapas evolutivas posteriores (Alfano, Zakem, Costa, Taylor y Weems, 2009; Johnson, Chilcoat y Breslau, 2000; Paavonen, Solantaus, Almqvist y Aronen, 2003; Reynolds y Alfano, 2016). En este sentido, un estudio

longitudinal reciente con cerca de 300 preescolares de 3 a 6 años concluye que las dificultades para dormirse solos y el tiempo en que tardan en hacerlo son importantes predictores de problemas de ansiedad futuros (Whalen, Gilbert, Barch, Luby y Belden, 2016). Los síntomas relacionados con el sueño se consideran muy comunes en los niños con TAS (Archbold, Pituch, Panahi y Chervin, 2002; Liu, Liu, Owens y Kaplan, 2005). En esta dirección, el DSM-5 contempla (en el criterio A) posibles manifestaciones del trastorno que estarían directamente relacionadas con dificultades a la hora de dormir: negación del niño a ir a la cama y a dormirse si no es con la figura de apego a su lado, dormir en un lugar que no sea su propia casa, y pesadillas recurrentes cuyo contenido se relaciona con la separación de las personas importantes para el niño (e.g., muerte de familiares debido a catástrofes o asesinato).

En España apenas se encuentran estudios globales acerca de la prevalencia de los hábitos de sueño y de los problemas y/o trastornos de sueño en población infantojuvenil (García-Jiménez et al., 2004; Lassaletta y Perdigón, 2003). Un estudio llevado a cabo con 1.507 niños de la Comunidad Valenciana de entre 6 y 14 años pone de manifiesto la alta prevalencia de problemas y malos hábitos de sueño en estas edades (Pin, Cubel, Martín, Lluch y Morell, 2011). En concreto, se evidencia la presencia de problemas y malos hábitos como mantener un horario irregular para ir a la cama, y un alto porcentaje de niños que deciden por sí mismos cuándo irse a dormir y que informan no levantarse descansados a lo largo de la semana. Otro resultado llamativo de este estudio es un porcentaje considerable de niños que no duermen solos, que tienen pesadillas y que se van a la cama de algún familiar durante la noche. Una revisión de los trabajos existentes sobre los problemas de sueño en niños cuyas edades se sitúan en un rango de edad de entre 4 y 12 años concluye que existe una alta frecuencia (entre el 13 y el 27%) de padres que informan de la existencia de diversos problemas de sueño; por ejemplo, que el niño se resista a irse a la cama, que presente ansiedad a la hora de ir a dormir o que tenga pesadillas, despertares durante la noche, terrores nocturnos y excesiva somnolencia durante el día (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos del Sueño en la Infancia y Adolescencia en Atención Primaria, 2011). En cuanto a la existencia de diferencias de género, parece ser que solo las alteraciones de sueño que se manifiestan con ansiedad, por ejemplo las pesadillas, son más prevalentes en niñas (Orgilés, Owens, Piqueras, Espada y Carballo, 2012c; Seo et al., 2010). Las repercusiones de los malos hábitos y problemas de sueño pueden ser importantes; dormir poco está asociado a un peor funcionamiento cognitivo, mayores problemas de conducta y peor rendimiento escolar (Astill, van der Heijden, van IJzendoorn y van Someren, 2012; Mindell, Owens y Carskadon, 1999).

Conseguir que en la infancia exista una buena calidad del sueño es relevante para el buen funcionamiento cognitivo diario y para que no se den problemas en el desarrollo cognitivo en las futuras etapas evolutivas (Dahl, 1996). Los problemas de sueño generan disfunciones en el bienestar del niño, aumentando los niveles de ansiedad y de sintomatología depresiva (Gregory y Eley, 2005), por lo que su detección es prioritaria. El acto de ir a dormir puede ser considerado por los niños como una separación de las figuras a las que está emocionalmente vinculado; si esta se realiza de un modo incorrecto puede provocar una reacción de ansiedad en el niño, así como miedo a futuras separaciones tanto en el niño como en los padres o figuras de apego (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos del Sueño en la Infancia y Adolescencia en Atención Primaria, 2011). En un estudio reciente que comparó los hábitos y problemas de sueño en niños españoles de entre 8 y 12 años con y sin sintomatología depresiva mostró que los niños con sintomatología depresiva presentaron peores hábitos y más problemas de sueño, siendo estos predictores de la sintomatología depresiva (Orgilés, Fernández-Martínez y Espada, 2013). Dada

la existente comorbilidad entre el TAS y la depresión, podría ser esperable encontrar resultados similares en niños con TAS.

Pese a que los malos hábitos y problemas de sueño y el TAS son comunes en la población infantil española y parecen estar fuertemente asociados, no se han hallado estudios que examinen las características del sueño en niños con TAS y las relaciones problemáticas entre ambas. Así, dadas las implicaciones que pueden llegar a tener los patrones y problemas de sueño en la aparición y desarrollo del TAS, se destaca la importancia de estudiar las características del sueño en niños que presentan síntomas de ansiedad por separación. De este modo, este estudio pretende extender la escasa literatura existente examinando en una muestra de niños españoles de entre 8 y 12 años: a) los hábitos y problemas de sueño en una muestra de niños en edad escolar con puntuaciones altas en ansiedad por separación en comparación con un grupo sin sintomatología ansiosa; b) el valor predictivo de los hábitos y problemas de sueño en relación con la ansiedad por separación, y c) los problemas de sueño más frecuentes.

Método

Participantes

Participaron 1.110 niños con edades comprendidas entre 8 y 12 años ($M = 10,02$; $DT = 1,23$), el 41,5% varones. El 72,8% tenían padres casados, el 17% padres separados o divorciados, y el resto informaron de otras situaciones familiares (8% padres que viven juntos sin estar casados, 1,8% huérfanos y 0,4% madre o padre soltero). La mayoría de los participantes eran españoles (87%). El 15,5% de los niños eran hijos únicos, el 53% tenían un hermano, el 20,5% tenían 2 hermanos y el resto, 3 o más hermanos (11%).

La muestra se reclutó en 6 colegios públicos y privados de la provincia de Alicante seleccionados en base a su disponibilidad, pero que trataban de ser representativos de la estructura socioeconómica; procedían de zonas rurales y urbanas, de la costa y del interior de la provincia. A partir de la muestra total se crearon 2 subgrupos en función de las puntuaciones altas o bajas de los participantes en ansiedad por separación. La edad media de los niños con síntomas de ansiedad por separación y sin sintomatología ansiosa era de 10,29 ($DT = 1,26$) y 9,46 ($DT = 1,14$), respectivamente. No se hallaron diferencias significativas en la edad media, género, número de hermanos y situación familiar entre ambos grupos ($p > 0,05$).

Instrumentos

Escala de Ansiedad Infantil de Spence (SCAS; [Spence, 1997](#)). La SCAS está formada por 45 ítems y 6 subescalas que evalúan ansiedad por separación, fobia social, trastorno obsesivo compulsivo, pánico/agorafobia, miedo al daño físico y ansiedad generalizada. Cada ítem se puntúa con una escala tipo Likert de 4 opciones de respuesta (0 = nunca, 1 = a veces, 2 = muchas veces y 3 = siempre); a mayor puntuación mayor sintomatología ansiosa. Para el presente estudio únicamente se aplicó la subescala de ansiedad por separación de la versión en español ([Orgilés et al., 2012a](#)), formada por 6 ítems y cuya consistencia interna es de 0,59. Otros estudios disponibles con muestras españolas han informado asimismo de buenas propiedades psicométricas de dicha subescala, en concreto con población catalana ($\alpha = 0,57$; [Tortella-Feliu, Balle, Servera y García de la Banda, 2005](#)) y con población malagueña ($\alpha = 0,61$; [Carrillo et al., 2012](#)).

Autoinforme de Sueño Infantil (SSR; [Owens, Maxim, Nobile, McGuinn y Msall, 2000](#)). Evalúa los hábitos y problemas relacionados con el sueño en niños de 8 a 12 años. Está formado por 16 ítems que se agrupan en 4 subescalas: a) calidad de sueño, que examina la experiencia subjetiva del niño incluyendo la sensación de haber

descansado y la satisfacción con el sueño (5 ítems); b) ansiedad relacionada con dormir, que recoge información sobre la conducta de miedo del niño durante la noche y las conductas de afrontamiento y de seguridad que lleva a cabo (5 ítems); c) rechazo a dormir, que incluye la conducta de evitación del niño a ir a la cama y quedarse acostado (3 ítems), y d) rutinas para ir a dormir, referidas a los hábitos diarios al ir a la cama y las ayudas que el niño necesita para dormir (3 ítems). El niño debe puntuar cada ítem según su frecuencia de ocurrencia (0 = normalmente, 1 = algunas veces y 2 = pocas veces). La puntuación máxima que se puede alcanzar es 32, indicando a mayor puntuación peores hábitos y más problemas de sueño. La versión española de la escala ([Orgilés et al., 2012c](#)) muestra una consistencia interna de 0,85.

Procedimiento

Se informó a los directores y orientadores de los colegios del objetivo de la investigación y se solicitó su colaboración. El 95% de los padres accedieron a que sus hijos formaran parte del estudio, proporcionando su consentimiento informado por escrito. El alto porcentaje de consentimiento de los padres responde a una alta motivación de los centros por colaborar en la investigación y a la implicación de los profesores que expusieron a los padres verbalmente los beneficios para sus hijos en cuanto a la detección de posibles problemas de ansiedad. La aplicación de los cuestionarios tuvo lugar en las aulas dentro del horario escolar y fueron cumplimentados de forma anónima. Las pruebas fueron balanceadas, de modo que cada niño recibía los cuestionarios en un orden diferente a los niños de su alrededor. Se llevó a cabo una lectura en voz alta de las instrucciones antes de la distribución de los cuestionarios, se pidió a los participantes sinceridad en las respuestas y se les comunicó que podían levantar la mano ante cualquier duda. Dos investigadores permanecieron en cada aula durante la cumplimentación de las pruebas. Se revisaron uno a uno los cuestionarios de los niños en el momento de la entrega con el fin de evitar errores en su cumplimentación, por ejemplo, más de una opción de respuesta señalada. Una vez codificados los datos se establecieron 2 subgrupos en función de los resultados obtenidos por cada niño. Tomando como criterio el punto de corte establecido en la SCAS por los autores de la versión española ([Orgilés et al., 2012a](#)), una puntuación igual o superior a 8, que se corresponde con el percentil 84, indicaba presencia de síntomas de ansiedad por separación, y una puntuación menor a 8, ausencia de síntomas. El Comité de Ética de la institución de la que forman parte los autores valoró y aprobó previamente el estudio.

Análisis estadístico

Los análisis estadísticos se llevaron a cabo con el programa estadístico SPSS Statistics 22.0. Se realizaron comparaciones de medias para conocer si el sueño infantil difería en los niños en función de manifestar o no síntomas de ansiedad por separación mediante la prueba *t* de Student con un nivel de significación de 0,05. Se halló el tamaño del efecto de Cohen ([Cohen, 1988](#)) para obtener información sobre la magnitud de esas diferencias, donde 0,20 se considera un tamaño pequeño, 0,50 medio y 0,80 grande. Se llevó a cabo un análisis de regresión múltiple para determinar los factores predictivos del TAS, introduciendo como variable independiente los hábitos y problemas de sueño infantil y como variable dependiente las puntuaciones altas o bajas en ansiedad por separación. Para examinar la existencia de diferencias significativas en cada hábito y problema de sueño concreto entre los niños con y sin sintomatología ansiosa se realizaron pruebas de chi-cuadrado. Por último, mediante pruebas de *t* de Student se hallaron las diferencias en función del género en los hábitos y problemas de sueño en los niños con TAS.

Tabla 1
Diferencias en hábitos de sueño en niños con y sin ansiedad por separación

	Niños con ansiedad por separación (n=224)		Niños sin ansiedad por separación (n=886)		t	d
	M	DT	M	DT		
Calidad de sueño	3,60	2,09	2,50	2,02	-7,27***	0,53
Rutinas para ir a dormir	1,34	1,37	0,66	1,12	-7,73***	0,54
Ansiedad relacionada con dormir	4,10	2,55	1,90	1,88	-14,44***	0,98
Rechazo a dormir	1,66	1,66	1,42	1,44	-2,24*	0,15
Sueño total	10,72	5,36	6,49	4,39	-10,93***	0,86

d: tamaño del efecto de Cohen.

* p < 0,05.

*** p < 0,001.

Tabla 2
Resultados del análisis de regresión para la ansiedad por separación

Variables predictoras	Beta	ET	t
Calidad de sueño	0,19	0,045	4,19***
Rutinas para ir a dormir	0,24	0,071	3,36**
Ansiedad relacionada con dormir	0,57	0,41	13,87***
Rechazo a dormir	-0,13	0,60	-2,13*

* p < 0,05.

** p < 0,01.

*** p < 0,001.

Resultados

Según el punto de corte establecido en la SCAS (puntuación 8, percentil 84), el 19% (n = 224) de los niños manifestaron síntomas del TAS y el 81% (n = 886) no presentaron síntomas.

En la **tabla 1** se presenta la comparación de medias entre ambos grupos en los hábitos y problemas de sueño. Se hallaron diferencias significativas en todas las subescalas del autoinforme y en la puntuación total. Los resultados muestran que los niños con TAS presentan peores hábitos y más problemas de sueño que los niños sin TAS; en concreto, muestran más rechazo en el momento de ir a dormir, más ansiedad relacionada con el sueño, menos rutinas para ir a la cama y peor calidad del sueño. Se halló un tamaño del efecto grande para la puntuación total de la escala (d = 0,86) y para la subescala de ansiedad relacionada con dormir (d = 0,98), medio para la calidad del sueño (d = 0,53) y las rutinas para ir a la cama (d = 0,54), y bajo para la subescala de rechazo a dormir (d = 0,15).

Para comprobar el valor predictivo de los hábitos y problemas de sueño en el TAS se realizó un análisis de regresión múltiple (**tabla 2**). Las subescalas del Autoinforme de Sueño Infantil fueron consideradas como variables predictoras y los síntomas del TAS como variable dependiente. Los resultados indican que los hábitos y problemas de sueño predicen de forma conjunta un 24% de la varianza de la sintomatología del TAS ($R^2 = 0,24$; $F = 90,99$; $p < 0,001$).

Los hábitos y problemas de sueño más frecuentes en los niños con y sin síntomas de TAS se examinaron en base a la frecuencia con la que manifestaba cada problema «normalmente» (**tabla 3**). Se observan diferencias significativas en la mayoría de los ítems, mostrando los niños con sintomatología ansiosa menos rutinas, más ansiedad relacionada con el sueño, peor calidad del sueño y más rechazo al ir a dormir. Como excepción, los niños sin síntomas de TAS manifiestan mayor frecuencia en el ítem 6 («¿Te da miedo dormirte solo?»). En los ítems que evalúan si el niño duerme todas las noches en su cama, si necesita dormir acompañado y si permanece despierto por la noche cuando sus padres creen que está dormido no se han hallado diferencias ($p > 0,05$). Los resultados también indican que el problema más habitual en los niños con TAS fue llevar a cabo visitas a la cama de los padres durante la noche, con un 51% de niños que manifestaron que eso les sucedía normalmente.

Discusión

El objetivo de este estudio fue examinar si existían diferencias en los hábitos y problemas de sueño en los niños con síntomas de ansiedad por separación en comparación con los niños que no muestran dicha sintomatología. A pesar de que la relación entre el TAS y el sueño infantil es frecuente, se carece de estudios que evalúen dicha problemática con muestra española. Con el objetivo de aplicar intervenciones más ajustadas a los síntomas infantiles, conviene conocer qué aspectos concretos del sueño se ven afectados en los niños con TAS. Los resultados de nuestro estudio muestran que los niños con sintomatología de ansiedad por separación muestran peores hábitos para dormir; por ejemplo, necesitan dormir acompañados y suelen dormir en la cama de sus padres, y más problemas de sueño, como dificultad para dormirse o sensación de estar adormilados durante el día. Además, los resultados indican que el sueño infantil predice el TAS, con un 24% de varianza explicada. Aunque son escasos los estudios llevados a cabo, los resultados de nuestro trabajo confirman que la ansiedad se relaciona con los problemas de sueño y que influye en el inicio, mantenimiento y calidad del sueño (Chóliz, 1999). Tener problemas relacionados con el sueño es por tanto una manifestación frecuente en los niños con TAS, tal y como se ha defendido en investigaciones anteriores (APA, 2013; Archbold et al., 2002; Liu et al., 2005). Según un estudio que basó la evaluación en la información proporcionada por los padres, el 83% de los niños diagnosticados de ansiedad manifestaban al menos un problema del sueño (Alfano, Beidel, Turner y Lewin, 2006). De hecho, en la línea de nuestros hallazgos, los problemas de sueño en los niños se han considerado predictores de la aparición de problemas como la ansiedad y la depresión; por ejemplo, se ha observado que los problemas del sueño en niños de 3 y 4 años predicen la ansiedad a los 7 años (Gregory, Eley, O'Connor y Plomin, 2004).

Respecto a las diferencias entre los niños con y sin sintomatología ansiosa en los patrones de sueño, en general los niños con TAS manifiestan una mayor frecuencia de ocurrencia de todos los problemas examinados. Entre las manifestaciones posibles del TAS, el DSM-5 incluye los problemas a la hora de dormir, destacando las pesadillas, la negativa del niño a ir a la cama y el rechazo a dormir si no está presente su figura de apego. En estudios previos, y de acuerdo a nuestros hallazgos, los niños y adolescentes con ansiedad han mostrado tener más pesadillas y otros problemas relacionados con el sueño como el rechazo a dormir solos (Alfano et al., 2006). En un estudio con 67 niños de edades entre 7 y 12 años, los niños diagnosticados con un trastorno de ansiedad, en los que se incluía el TAS, mostraron un patrón de sueño diferente a los que no tenían ansiedad; los días que tenían colegio se iban a la cama más tarde y dormían menos (Hudson, Gradisa, Gamble, Schniering y Rebelo, 2009).

No se han hallado diferencias en nuestro estudio en el porcentaje de niños que no duermen en su cama, que necesitan dormir acompañados y que están despiertos por la noche cuando sus

Tabla 3

Porcentaje (frecuencia) de niños con ansiedad por separación que manifiestan tener normalmente cada problema de sueño

	Niños con ansiedad por separación	Niños sin ansiedad por separación	χ^2	Phi
No dormir en su cama	15 (34)	18 (138)	0,020	-0,004
Necesidad de dormir acompañado	13(14)	6 (53)	0,024	0,005
Dormir en la cama de los padres o hermanos	12 (27)	6 (53)	9,888***	0,094**
Necesidad de dormir con algún objeto	9 (19)	5 (42)	4,839**	0,066*
Tener miedo a la oscuridad	32 (72)	22 (191)	11,141**	0,100**
Tener miedo a dormirse solo	11 (24)	17 (146)	4,555*	-0,064*
Tener pesadillas	26 (58)	18 (157)	7,691**	0,083**
Ir a la cama de alguien durante la noche	51 (115)	32 (284)	29,007***	0,162***
Sensación de dormir poco	33 (74)	8 (69)	101,725***	0,303***
Estar despierto por la noche	17 (37)	12 (108)	2,971	0,052
Dificultad para dormirse si se despierta	30 (66)	18 (160)	14,409***	0,114***
Despertarse por la noche por algún dolor	20 (45)	11 (101)	11,866**	0,103**
Sentirse adormilado durante el día	18 (41)	12 (102)	7,383**	0,082**
Discutir con los padres al ir a la cama	17 (38)	6 (51)	30,522***	0,166***
Resistencia a ir a la cama	42 (95)	15 (131)	84,327***	0,276***
Levantarse por la noche	43 (97)	23 (208)	35,394***	0,178***

* p < 0,05.

** p < 0,01.

*** p < 0,001.

padres creen que están dormidos. La ausencia de diferencias entre los niños con y sin ansiedad en determinados patrones de sueño, como los despertares nocturnos, ha sido documentada en estudios anteriores. Así pues, como ocurre en nuestro trabajo, algunos estudios internacionales informan que el número de despertares y el tiempo que los niños permanecen despiertos por la noche no difiere entre los que manifiestan o no problemas de ansiedad (Forbes et al., 2008; Hudson et al., 2009). Tener miedo a dormirse solos es la única situación que, en contra de lo esperado, los niños de nuestro estudio que no muestran sintomatología ansiosa manifiestan con mayor frecuencia. Que los niños con síntomas de ansiedad por separación informen de tener menos miedo a dormirse solos puede deberse a que, en comparación con los que no manifiestan ansiedad, suelen dormir con más frecuencia en la cama de los padres. Además, las visitas nocturnas de los niños con TAS a la cama de los padres son continuas y más de la mitad dicen acudir normalmente a la habitación de alguien durante la noche, por lo que previsiblemente pasan gran parte de la noche acompañados. Los niños con ansiedad suelen rechazar ir solos a la cama y requieren por ello la compañía de los padres para dormir (Alfano, Ginsburg y Kingery, 2007), lo que podría explicar que manifiesten no tener miedo a dormir solos.

El presente estudio presenta algunas limitaciones y fortalezas. La principal limitación es que la muestra ha sido incidental, por lo que su representatividad no está asegurada; sería conveniente replicar el estudio con una muestra cuyo reclutamiento asegure su representatividad. Con respecto a las aportaciones de este estudio, su principal novedad es que se trata del primero con muestra española que examina los problemas específicos de sueño que manifiestan los niños con TAS, y la existencia de diferencias con los niños que no presentan sintomatología ansiosa. Los resultados de este estudio permiten conocer con mayor detalle los hábitos y problemas de sueño en los niños con TAS, con el fin de diseñar intervenciones específicas para atender de la forma más adecuada dicha problemática.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

- Alfano, C. A., Beidel, D. C., Turner, S. M. y Lewin, D. S. (2006). Preliminary evidence for sleep complaints among children referred for anxiety. *Sleep Medicine*, 7, 467–473.
- Alfano, C. A., Ginsburg, G. S. y Kingery, J. N. (2007). Sleep-related problems among children and adolescents with anxiety disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 46, 224–232.

- Alfano, C. A., Zakem, A. H., Costa, N. M., Taylor, L. K. y Weems, C. F. (2009). Sleep problems and their relation to cognitive factors, anxiety, and depressive symptoms in children and adolescents. *Depression and Anxiety*, 26, 503–512.
- American Psychiatric Association (APA). (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5)*. Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Archbold, K. H., Pituch, K. J., Panahi, P. y Chervin, R. D. (2002). Symptoms of sleep disturbances among children at two general pediatric clinics. *Journal of Pediatrics*, 140, 97–102.
- Astill, R. G., van der Heijden, K. B., van IJzendoorn, M. H. y van Someren, E. J. (2012). Sleep, cognition, and behavioral problems in school-age children: A century of research meta-analyzed. *Psychological Bulletin*, 138, 1109–1138.
- Beesdo, K., Knappe, S. y Pine, D. S. (2009). Anxiety and anxiety disorders in children and adolescents: Developmental issues and implications for DSM-V. *Psychiatric Clinics of North America*, 32, 483–524.
- Brand, S., Wilhelm, F. H., Kossowsky, J., Holsboer-Trachsler, E. y Schneider, S. (2011). Children suffering from separation anxiety disorder (SAD) show increased HPA axis activity compared to healthy controls. *Journal of Psychiatric Research*, 45, 452–459.
- Carrillo, F., Godoy, A., Gavino, A., Nogueira, R., Quintero, C. y Casado, Y. (2012). Fiabilidad y validez de la versión española de la Spence Children Anxiety Scale (SCAS). *Psicología Conductual*, 20, 529–545.
- Cartwright-Hatton, S., McNicol, K. y Doubleday, E. (2006). Anxiety in a neglected population: Prevalence of anxiety disorders in pre-adolescent children. *Clinical Psychology Review*, 27, 817–833.
- Clementi, M. A., Alfano, C. A., Holly, L. E. y Pina, A. A. (2016). Sleep-related outcomes following early intervention for childhood anxiety. *Journal of Child and Family Studies*, 25, 1–8. <http://dx.doi.org/10.1007/s10826-016-0478-6>
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: LEA.
- Chóliz, M. (1999). Ansiedad y trastornos del sueño. En E. G. Fernández-Abascal y F. Palmero (Eds.), *Emociones y Salud* (pp. 159–182). Barcelona: Ariel.
- Dahl, R. E. (1996). The impact of inadequate sleep on children's daytime cognitive function. *Seminars in Pediatric Neurology*, 3, 44–50.
- Echeburúa, E. y Corral, P. (2009). *Trastornos de ansiedad en la infancia y adolescencia*. Madrid: Pirámide.
- Essau, C. A., Sakano, Y., Ishikawa, S. y Sasagawa, S. (2004). Anxiety symptoms in Japanese and in German children. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 601–612.
- Forbes, E. E., Bertocci, M. A., Gregory, A. M., Ryan, N. D., Axelson, D. A., Birmaher, B., et al. (2008). Objective sleep in pediatric anxiety disorders and major depressive disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 47, 148–155.
- García-Jiménez, M. A., Salcedo-Aguilar, F., Rodríguez-Almonacid, F. M., Redondo-Martínez, M. P., Monterde-Aznar, M. L., Marcos-Navarro, A. I., et al. (2004). Prevalencia de los trastornos del sueño en adolescentes de Cuenca, España. *Revista de Neurología*, 39, 18–24.
- Gregory, A. M. y Eley, T. C. (2005). Sleep problems, anxiety and cognitive style in school-aged children. *Infant and Child Development*, 14, 435–444.
- Gregory, A. M., Eley, T. C., O'Connor, T. G. y Plomin, R. (2004). Etiologies of associations between childhood sleep and behavioral problems in a large twin sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43, 744–751.
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos del Sueño en la Infancia y Adolescencia en Atención Primaria (2011). Guías de Práctica Clínica en el SNS, 2011[consultado 15 Feb 2016]. Disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC.489_Trastorno.sue%C3%B1o_infadol_Lain_Entr_compl.pdf
- Hanna, G. L., Fischer, D. J. y Fluent, T. E. (2006). Separation anxiety disorder and school refusal in children and adolescents. *Pediatrics in Review*, 27(2), 56–63.

- Hudson, J. L., Gradisa, M., Gamble, A., Schniering, C. A. y Rebelo, I. (2009). The sleep patterns and problems of clinically anxious children. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 339–344.
- Ivarsson, T. y Skarphedinsson, G. (2015). Sleep problems and cognitive behavior therapy in pediatric obsessive-compulsive disorder have bidirectional effects. *Journal of Anxiety Disorders*, 30, 28–33.
- Johnson, E. O., Chilcoat, H. D. y Breslau, N. (2000). Trouble sleeping and anxiety/depression in childhood. *Psychiatry Research*, 94, 93–102.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R. y Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 593–602.
- Lassaletta, A. y Perdigón, A. (2003). Trastornos del sueño en la infancia y su relación con la edad y psicopatología. *Atención Primaria y Salud Mental*, 6, 4–11.
- Layne, A. E., Bernat, D. H., Victor, A. M. y Bernstein, G. A. (2009). Generalized anxiety disorder in a nonclinical sample of children: Symptom presentation and predictors of impairment. *Journal of Anxiety Disorders*, 23, 283–289.
- Liu, X., Liu, L., Owens, J. A. y Kaplan, D. L. (2005). Sleep patterns and sleep problems among schoolchildren in the United States and China. *Pediatrics*, 115, 241–249.
- Méndez, X., Orgilés, M. y Espada, J. P. (2008). *Ansiedad por separación: Psicopatología, evaluación y tratamiento*. Madrid: Pirámide.
- Mindell, J. A., Owens, J. A. y Carskadon, M. A. (1999). Developmental features of sleep. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 8, 695–725.
- Orgilés, M., Espada, J. P., García-Fernández, J. M., Méndez, X. y Hidalgo, M. D. (2011). Most feared situations related to separation anxiety and characteristics by age and gender in late childhood. *Anales de Psicología*, 27, 80–85.
- Orgilés, M., Fernández-Martínez, I. y Espada, J. P. (2013). Hábitos y problemas de sueño en niños con sintomatología depresiva. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 18, 173–181.
- Orgilés, M., Méndez, X., Espada, J. P., Carballo, J. L. y Piqueras, J. A. (2012). Síntomas de trastornos de ansiedad en niños y adolescentes: Diferencias en función de la edad y el sexo en una muestra comunitaria [Anxiety symptoms in children and adolescents: Differences by age and gender in a community sample]. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 5, 115–120.
- Orgilés, M., Méndez, X., Spence, S. H., Huedo-Medina, T. B. y Espada, J. P. (2012). Spanish validation of the Spence Children's Anxiety Scale. *Child Psychiatry and Human Development*, 43, 271–281.
- Orgilés, M., Owens, J., Piqueras, J. A., Espada, J. P. y Carballo, J. L. (2012). Spanish version of the Sleep Self-Report (SSR): Factorial structure and psychometric properties. *Child: Care, Health and Development*, 39, 288–295.
- Owens, J. A., Maxim, R., Nobile, C., McGuinn, M. y Msall, M. (2000). Parental and self-report of sleep in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 154, 549–555.
- Paavonen, E. J., Solantaus, T., Almqvist, F. y Aronen, E. T. (2003). Four-year follow-up study of sleep and psychiatric symptoms in preadolescents: Relationship of persistent and temporary sleep problems to psychiatric symptoms. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 24, 307–314.
- Pacheco, B. y Ventura, T. (2009). Trastorno de ansiedad por separación. *Revista Chilena de Pediatría*, 80, 109–119.
- Pin, G., Cubel, M., Martin, G., Lluch, A. y Morell, M. (2011). Hábitos y problemas con el sueño de los 6 a los 14 años en la Comunidad Valenciana. Opinión de los propios niños. *Anales de Pediatría*, 74, 103–115.
- Reynolds, K. C. y Alfano, C. A. (2016). Childhood bedtime problems predict adolescent internalizing symptoms through emotional reactivity. *Journal of Pediatric Psychology*, 41, 971–982. <http://dx.doi.org/10.1093/jpepsy/jsw014>
- Romero, K., Canals, J., Hernández-Martínez, C., Jané, M. C., Viñas, F. y Domènech-Llaberia, E. (2010). Comorbilidad entre los factores de ansiedad del SCARED y la sintomatología depresiva en niños de 8–12 años. *Psicothema*, 22, 613–618.
- Seo, W. S., Sung, H. M., Lee, J. H., Koo, B. H., Kim, M. J., Choi, S., et al. (2010). Sleep patterns and their age-related changes in elementary-school children. *Sleep Medicine*, 11, 569–575.
- Shear, K., Jin, R., Ruscio, A. M., Walters, E. E. y Kessler, R. C. (2006). Prevalence and correlates of estimated DSM-IV child and adult separation anxiety disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *The American Journal of Psychiatry*, 163, 1074–1083.
- Spence, S. H. (1997). Structure of abnormal anxiety symptoms among children: A confirmatory factor analytic study. *Journal of Abnormal Psychology*, 106, 280–297.
- Tortella-Feliu, M., Balle, M., Servera, M. y García de la Banda, G. (2005). Propiedades psicométricas de la adaptación catalana de la Escala de Ansiedad en Niños/-as de Spence (SCAS). *Psicología Conductual*, 13, 111–123.
- Waters, A. M., Craske, M. G., Bergman, R. L., Naliboff, B. D., Negoro, H. y Ornitz, E. M. (2008). Developmental changes in startle reactivity in school-age children at risk for and with actual anxiety disorder. *International Journal of Psychophysiology*, 70, 158–164.
- Whalen, D. J., Gilbert, K. E., Barch, D. M., Luby, J. L. y Belden, A. C. (2016). Variation in common preschool sleep problems as an early predictor for depression and anxiety symptom severity across time. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, <http://dx.doi.org/10.1111/jcpp.12639>