

Identificación y frecuencia de trastornos del sueño con el Children's Sleep Habits Questionnaire (CSHQ) en escolares del Quindío, Colombia

Identification and frequency of sleep disorders using the Children's
Sleep Habits Questionnaire (CSHQ) in schoolchildren from Quindío,
Colombia

Cindy Dayana Soler Tique

cindyd.solert@uqvirtual.edu.co

<https://orcid.org/0009-0006-9549-2942>

Universidad del Quindío, Facultad de Ciencias
de la Salud
Armenia – Colombia

Lina Marcela Tavera Saldaña

lmtavera@uniquindio.edu.co

<https://orcid.org/0000-0002-6589-0249>

Universidad del Quindío, Facultad de Ciencias
de la Salud
Armenia – Colombia

Nancy Yhomara Cabeza Acevedo

nycabeza@uniquindio.edu.co

<https://orcid.org/0000-0003-1336-7023>

Universidad del Quindío, Facultad de Ciencias
de la Salud
Armenia – Colombia

DOI: <https://doi.org/10.56712/latam.v7i1.5498>

DOI: <https://doi.org/10.56712/latam.v7i1.5498>

Identificación y frecuencia de trastornos del sueño con el Children's Sleep Habits Questionnaire (CSHQ) en escolares del Quindío, Colombia

Identification and frequency of sleep disorders using the Children's Sleep Habits Questionnaire (CSHQ) in schoolchildren from Quindío, Colombia

Cindy Dayana Soler Tique¹

cindyd.solert@uqvirtual.edu.co

<https://orcid.org/0009-0006-9549-2942>

Universidad del Quindío, Facultad de Ciencias de la Salud
Armenia – Colombia

Lina Marcela Tavera Saldaña

lmtavaera@uniquindio.edu.co

<https://orcid.org/0000-0002-6589-0249>

Universidad del Quindío, Facultad de Ciencias de la Salud
Armenia – Colombia

Nancy Yhomara Cabeza Acevedo

nycabeza@uniquindio.edu.co

<https://orcid.org/0000-0003-1336-7023>

Universidad del Quindío, Facultad de Ciencias de la Salud
Armenia – Colombia

Artículo recibido: 05 de noviembre de 2025. Aceptado para publicación: 12 de marzo de 2026.
Conflictos de Interés: Ninguno que declarar.

Resumen

El sueño es un determinante fundamental del neurodesarrollo y de la salud integral; en edad escolar, una cantidad insuficiente o mala calidad de sueño se asocia con dificultades de atención y autorregulación, alteraciones del estado de ánimo y bajo rendimiento académico. El objetivo fue identificar la frecuencia de trastornos del sueño y describir dominios alterados mediante el Children's Sleep Habits Questionnaire (CSHQ) en una comunidad escolar de La Tebaida (Quindío), teniendo en cuenta que el CSHQ es un instrumento de tamizaje y no diagnostica trastornos del sueño; por tanto, una proporción elevada de tamizaje positivo debe entenderse como una alta carga de síntomas y conductas asociadas al sueño, más que como la prevalencia real de trastornos del sueño diagnosticables. Se realizó un estudio observacional transversal en escolares, el CSHQ fue diligenciado por padres/cuidadores y se consideró tamizaje positivo con puntuación total ≥ 41 . Se incluyeron 99 niños, con edad media de 7.19 ± 2.0 años, y la positividad global para trastorno del sueño fue 86.87% ($n=86$). Las mayores frecuencias se observaron en somnolencia diurna (93.9%, $n=93$), resistencia para ir a dormir (78.7%, $n=78$), parasomnias (71.7%, $n=71$) y despertares nocturnos (68.7%, $n=68$). La duración del sueño fue insuficiente en 63.6% ($n=63$) y los trastornos respiratorios del sueño se registraron en 35.35% ($n=35$), el promedio de horas de sueño fue 9.30 ± 1.62 en días laborales y 10.82 ± 2.36 en días festivos. En conclusión, se evidenció una alta frecuencia de tamizaje positivo para trastornos del sueño, con predominio de somnolencia diurna y problemas conductuales del dormir, lo que respalda la necesidad de estrategias de detección y orientación en el ámbito escolar y de atención primaria.

¹ Autora de correspondencia.

Palabras clave: sueño, escolares, trastornos del sueño, CSHQ, Colombia

Abstract

Sleep is a fundamental determinant of neurodevelopment and overall health; in school-aged children, insufficient sleep quantity or poor sleep quality is associated with attention and self-regulation difficulties, mood disturbances, and poorer academic performance. The aim was to identify the frequency of sleep disorders and describe altered domains using the Children's Sleep Habits Questionnaire (CSHQ) in a school community from La Tebaida (Quindío), considering that the CSHQ is a screening instrument and does not diagnose sleep disorders; therefore, a high proportion of positive screening should be interpreted as a high burden of sleep-related symptoms and behaviors rather than the true prevalence of diagnosable sleep disorders. A cross-sectional observational study was conducted in schoolchildren; the CSHQ was completed by parents/caregivers and positive screening was defined as a total score ≥ 41 . Ninety-nine children were included, with a mean age of 7.19 ± 2.0 years, and the overall positive screening rate for sleep disorder was 86.87% ($n=86$). The highest frequencies were observed for daytime sleepiness (93.9%, $n=93$), bedtime resistance (78.7%, $n=78$), parasomnias (71.7%, $n=71$), and night wakings (68.7%, $n=68$). Sleep duration was insufficient in 63.6% ($n=63$) and sleep-disordered breathing was reported in 35.35% ($n=35$), mean sleep duration was 9.30 ± 1.62 hours on school days and 10.82 ± 2.36 hours on non-school days. In conclusion, a high frequency of positive screening for sleep disorders was observed, with predominance of daytime sleepiness and behavioral sleep difficulties, supporting the need for screening and guidance strategies in schools and primary care. Keywords: sleep; schoolchildren; sleep disorders; CSHQ; Colombia.

Keywords: sleep, schoolchildren, sleep disorders, CSHQ, Colombia

Todo el contenido de LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades, publicado en este sitio está disponibles bajo Licencia Creative Commons. 

Cómo citar: Soler Tique, C. D., Tavera Saldaña, L. M., & Cabeza Acevedo, N. Y. (2026). Identificación y frecuencia de trastornos del sueño con el Children's Sleep Habits Questionnaire (CSHQ) en escolares del Quindío, Colombia. *LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades* 7 (1), 3111 – 3128. <https://doi.org/>

INTRODUCCIÓN

El sueño es un determinante fundamental del neurodesarrollo y de la salud integral durante la infancia y la adolescencia. En edad escolar una cantidad insuficiente o una mala calidad de sueño se asocia con dificultades de atención y autorregulación, alteraciones del estado de ánimo, conductas externalizantes, bajo rendimiento académico y una carga significativa para las familias (Beebe, 2011; Dewald et al., 2010). La identificación temprana de problemas de sueño en contextos escolares puede orientar intervenciones de higiene del sueño y rutas de atención para reducir su impacto funcional.

En esta etapa los problemas del sueño pueden expresarse en fenotipos clínicamente relevantes como dificultad para iniciar o mantener el sueño, somnolencia diurna, parasomnias, trastornos del movimiento relacionados con el sueño y síntomas respiratorios nocturnos (p. ej., ronquido y pausas), con potencial impacto en seguridad y salud (Owens et al., 2000). La estimación de la carga poblacional varía según el método de medición, el informante (padres/cuidadores vs. autorreporte), el punto de corte y el contexto sociocultural, lo que puede dificultar la comparabilidad entre estudios cuando no se emplean definiciones y escalas equivalentes (Owens et al., 2000).

En salud escolar la investigación suele apoyarse en instrumentos de tamizaje estandarizados. El Children's Sleep Habits Questionnaire (CSHQ) es una de las herramientas multidimensionales más utilizadas en edad escolar y proporciona una puntuación total y por subescalas que exploran dominios conductuales y características médicas del sueño, reportados por padres/cuidadores (Owens et al., 2000). Su uso para cribado poblacional cuenta con respaldo psicométrico y estudios de comparación con medidas objetivas (actigrafía) y polisomnografía, con desempeño variable según el contexto (Waumans et al., 2010; Werner et al., 2008; Markovich et al., 2015). En poblaciones hispanohablantes también se han descrito propiedades psicométricas adecuadas (Alfonso-Alfonso et al., 2019).

En Colombia, los estudios disponibles sugieren una carga relevante de alteraciones del sueño en escolares, con variabilidad según el instrumento y el entorno (Contreras-Ramírez et al., 2008; Alarcón et al., 2018; Muñoz-Quintero & Bianchi, 2017); sin embargo, la información local para municipios intermedios del Eje Cafetero es limitada. Por ello, se realizó este estudio con el objetivo de identificar la frecuencia de trastornos del sueño y describir los dominios del CSHQ en una comunidad escolar del municipio de La Tebaida, Quindío.

METODOLOGÍA

Tipo de estudio

Estudio observacional, transversal, realizado en un contexto escolar.

Población y muestra

La población objetivo estuvo conformada por niños escolarizados de 5 a 10 años de la Institución Educativa Gabriela Mistral, ubicada en el municipio de La Tebaida, Quindío. Se incluyeron niños en edad preescolar y escolar cuyos padres o cuidadores aceptaron participar mediante consentimiento informado. La muestra final analizada fue de 99 participantes, todos con cuestionarios completos.

Procedimientos y variables

Tras la autorización institucional, se realizó una sesión informativa con padres/cuidadores y se obtuvo consentimiento informado. El CSHQ se aplicó a padres/cuidadores, de forma dirigida por el investigador para favorecer la comprensión de los ítems. Se recolectaron además variables demográficas, familiares, escolares y antecedentes clínicos reportados por los cuidadores.

Instrumento

Se utilizó el Children's Sleep Habits Questionnaire (CSHQ), cuestionario multidimensional de 33 ítems con escala de respuesta tipo Likert de tres opciones, diligenciado por padres/cuidadores. El instrumento genera un puntaje total y ocho subescalas: resistencia para ir a dormir, inicio del sueño, duración del sueño, ansiedad del sueño, despertares nocturnos, parasomnias, trastornos respiratorios del sueño y somnolencia diurna. Se consideró tamizaje positivo para trastorno del sueño un puntaje total ≥ 41 (3,7).

Análisis estadístico

La base de datos se consolidó y depuró en Microsoft Excel. El análisis estadístico se realizó en Stata v.17 (StataCorp, College Station, TX, EE. UU.). Se realizó estadística descriptiva (medias y desviación estándar o medianas y rangos, según distribución) y frecuencias/porcentajes para variables categóricas. Cuando fue pertinente, se realizaron comparaciones exploratorias entre grupos con un umbral de significancia de $p < 0.05$.

La consistencia interna del instrumento se evaluó mediante el alfa de Cronbach para los 33 ítems del puntaje total ($n=99$), obteniéndose una consistencia interna aceptable ($\alpha=0.731$). El cálculo se realizó con las respuestas originales del CSHQ en escala Likert de tres puntos (1-3), sin dicotomización.

Variables independientes

Edad (años), sexo, grupo etario (preescolar/escolar), estrato socioeconómico, escolaridad de madre y padre, informante del cuestionario, rendimiento escolar reportado y antecedentes clínicos consignados en el cuestionario complementario.

Variables dependientes

La variable dependiente principal fue la presencia de trastorno del sueño definida por el puntaje total del CSHQ (≥ 41 puntos: sí/no). Como variables dependientes secundarias se consideraron el puntaje total del CSHQ, la frecuencia de positividad por dominios/ítems del CSHQ (según el criterio operacional definido para el análisis) y las medidas complementarias de sueño reportadas (p. ej., horas de sueño en días laborales, festivos y promedio semanal).

Consideraciones bioéticas

Según la Resolución 8430 de 1993, el estudio se clasificó como sin riesgo al basarse en la aplicación de un cuestionario. Se aseguró confidencialidad, anonimización y uso de la información solo con fines académicos. Se obtuvo consentimiento informado de padres/cuidadores y asentimiento en mayores de 6 años, cumpliendo la Declaración de Helsinki y la normativa colombiana de protección de datos (Ley 1581 de 2012 y Decreto 1377 de 2013). El proyecto fue aprobado por el Comité de Bioética de la Universidad del Quindío (Acta No. 004, 28 de febrero).

RESULTADOS

Tabla 1

Características globales de la muestra ($n = 99$)

Variable	Total ($n=99$)
Edad (años)	7.19 ± 2
Grupo etario	
Preescolares (≤ 6 años)	41 (41.41%)

Escolares (> 6 años)	58 (58.59%)
Sexo	
└ Masculino	58 (58.59%)
└ Femenino	41 (41.41%)
Encuestado	
└ Madre	79 (79.8%)
└ Padre	3 (3%)
└ Otro cuidador	17 (17.2%)
Escolaridad de los padres	
└ Primaria	25 (25.2%)
└ Secundaria	69 (69.7%)
└ Universidad	5 (5.1%)
Estrato socioeconómico	
└ Estrato 1	57 (57.5%)
└ Estrato 2	36 (36.4%)
└ Estrato 3	2 (2%)
└ Estrato 4	1 (1%)
└ Estrato 5	3 (3%)
Rendimiento escolar	
└ Regular	58 (58.59%)
└ Bien	41 (41.41%)
Problema afectivo	9 (9.09%)
└ Ansiedad	6 (6.06%)
└ Ansiedad + depresión	1 (1.01%)
└ Depresión	1 (1.01%)
└ Trastorno del comportamiento	1 (1.01%)
Enfermedad crónica	14 (14.14%)
└ Respiratoria	6 (6.06%)
└ No respiratoria	8 (9.09%)
Uso de medicamentos	10 (10.1%)
└ Salbutamol	5 (5.05%)
└ Penicilina	1 (1.01%)
└ Salbutamol + acetaminofén	1 (1.01%)
└ Loratadina	1 (1.01%)
└ Difenhidramina	1 (1.01%)
└ Risperidona	1 (1.01%)

Fuente: elaboración propia.

La Tabla 1 resume las características de la muestra (n=99; edad media 7.19 ± 2 años): 41.4% preescolares y 58.6% escolares, con predominio de varones (58.6%). El cuestionario fue diligenciado principalmente por la madre (79.8%) y la escolaridad parental se concentró en secundaria (69.7%). Predominó el estrato 1 (57.5%) y el rendimiento escolar regular se observó en 58.6%. Se documentaron problemas afectivos en 9.1% (principalmente ansiedad), enfermedad crónica en 14.1% (respiratoria 6.1% y no respiratoria 9.1%) y uso de medicamentos en 10.1%, siendo salbutamol el más frecuente.

Tabla 2

Escala CSHQ, parasomnias y variables de sueño (n = 99)

Variable	Total (n=99)
Resistencia para ir a dormir	78 (78.7%)
└ No se acuesta siempre a la misma hora	26 (26.2%)
└ No duerme en su propia cama	19 (19.2%)

↳ Duerme en la cama de otra persona	27 (27.2%)
↳ Necesita que un progenitor esté presente	34 (34.3%)
↳ Resistencia a la hora de ir a la cama	40 (40.4%)
↳ Miedo a dormir solo	37 (37.3%)
Retardo en la aparición del sueño	32 (32.3%)
↳ Tarda más de 20 minutos en dormirse	32 (32.3%)
Duración del sueño insuficiente	63 (63.6%)
↳ Duerme muy poco	43 (43.4%)
↳ No duerme la cantidad adecuada	25 (25.2%)
↳ No duerme la misma cantidad cada día	31 (31.3%)
Ansiedad del sueño	63 (63.6%)
↳ Necesita presencia de un progenitor	34 (34.3%)
↳ Miedo a la oscuridad	38 (38.4%)
↳ Miedo a dormir solo	37 (37.3%)
↳ Dificultad para dormir fuera de casa	21 (21.2%)
Despertares nocturnos	68 (68.7%)
↳ Se pasa a otra cama durante la noche	48 (48.5%)
↳ Se despierta una vez por la noche	35 (35.3%)
↳ Se despierta más de una vez	14 (14.1%)
Parasomnias (≥ 1)	71 (71.7%)
↳ Enuresis nocturna	6 (6.06%)
↳ Habla dormido	38 (38.3%)
↳ Inquietud motora nocturna	45 (45.4%)
↳ Sonambulismo	7 (7.1%)
↳ Bruxismo	32 (32.3%)
↳ Terrores nocturnos	17 (17.2%)
↳ Pesadillas	17 (17.2%)
Trastornos respiratorios del sueño	35 (35.35%)
↳ Ronquido fuerte	28 (28.28%)
↳ Pausas respiratorias	11 (11.11%)
↳ Resopla o boquea durante el sueño	18 (18.18%)
Sueño durante el día (somnolencia)	93 (93.9%)
↳ No se despierta por sí mismo	61 (61.62%)
↳ Se despierta de mal humor	31 (31.31%)
↳ Lo despiertan adultos o hermanos	81 (81.82%)
↳ Tarda en estar alerta	49 (49.49%)
↳ Le cuesta levantarse por la mañana	18 (18.18%)
↳ Parece cansado durante el día	25 (25.25%)
↳ Se duerme viendo televisión	38 (38.38%)
↳ Se duerme en el carro	25 (25.25%)
Horas de sueño en día laboral (h)	9.30 ± 1.62
Horas de sueño en día festivo (h)	10.82 ± 2.36
Horas de sueño promedio semanal (h)	9.74 ± 1.30
Trastorno del sueño (CSHQ total)	86 (86.87%)

Fuente: elaboración propia.

En la tabla 2 la muestra total (n=99), el CSHQ evidenció una alta carga de alteraciones del sueño, con tamizaje positivo (CSHQ ≥41) en 86.87%. Fueron frecuentes la resistencia para dormir (78.7%) y la ansiedad del sueño (63.6%), asociadas a horarios irregulares, dormir en otra cama, necesidad de un cuidador y miedos nocturnos. Se observó retardo de inicio >20 min en 32.3% y duración insuficiente del sueño en 63.6%. Los despertares nocturnos ocurrieron en 68.7%(cambio a otra cama 48.5%) y las parasomnias en 71.7% (inquietud motora, hablar dormido y bruxismo). Los síntomas respiratorios del sueño estuvieron presentes en 35.35% (ronquido fuerte 28.28%, pausas 11.11%). La somnolencia

diurna fue muy alta (93.9%), principalmente por dificultad para despertar y tardanza en estar alerta. El sueño promedio fue 9.30 ± 1.62 h en días laborales, 10.82 ± 2.36 h en festivos y 9.74 ± 1.30 h semanal. En el manuscrito, "con/sin trastorno" se refiere a tamizaje CSHQ, no a diagnóstico clínico confirmado.

Tabla 3

Escala CSHQ, parasomnias y variables de sueño por grupo etario (n = 99)

Variable	Preescolares (n=41)	Escolares (n=58)	p
Resistencia para ir a dormir	32 (78%)	46 (79.3%)	0.88
└ No se acuesta siempre a la misma hora	12 (29.2%)	14 (24.1%)	0.57
└ No duerme en su propia cama	8 (19.5%)	11 (18.9%)	0.95
└ Duerme en la cama de otra persona	9 (21.9%)	18 (31%)	0.32
└ Necesita que un progenitor esté presente	17 (41.4%)	17 (29.3%)	0.21
└ Resistencia a la hora de ir a la cama	15 (36.5%)	25 (43.1%)	0.52
└ Miedo a dormir solo	14 (34.1%)	23 (39.6%)	0.58
Retardo en la aparición del sueño	15 (36.5%)	17 (29.3%)	0.45
└ Tarda más de 20 minutos en dormirse	15 (36.5%)	17 (29.3%)	0.45
Duración del sueño insuficiente	33 (80.4%)	30 (51.7%)	0.003
└ Duerme muy poco	29 (70.7%)	14 (24.1%)	<0.001
└ No duerme la cantidad adecuada	8 (19.5%)	17 (29.3%)	0.27
└ No duerme la misma cantidad cada día	14 (34.1%)	17 (29.3%)	0.61
Ansiedad del sueño	30 (73.1%)	33 (56.8%)	0.10
└ Necesita presencia de un progenitor	17 (41.4%)	17 (29.3%)	0.21
└ Miedo a la oscuridad	16 (39%)	22 (37.9%)	0.91
└ Miedo a dormir solo	14 (34.1%)	23 (39.6%)	0.58
└ Dificultad para dormir fuera de casa	13 (31.7%)	8 (13.7%)	0.03
Despertares nocturnos	28 (68.2%)	40 (68.9%)	0.94
└ Se pasa a otra cama durante la noche	17 (41.4%)	31 (53.4%)	0.24
└ Se despierta una vez por la noche	16 (39%)	19 (32.7%)	0.52
└ Se despierta más de una vez	7 (17%)	7 (12%)	0.48
Parasomnias (≥ 1)	30 (73.1%)	41 (70.6%)	0.79
└ Enuresis nocturna	2 (4.88%)	4 (6.9%)	1.00
└ Habla dormido	19 (46.3%)	19 (32.7%)	0.17
└ Inquietud motora nocturna	18 (43.9%)	27 (46.5%)	0.79
└ Sonambulismo	3 (7.3%)	4 (6.8%)	1.00
└ Bruxismo	15 (36.5%)	17 (29.3%)	0.45
└ Terrores nocturnos	10 (24.3%)	7 (12%)	0.11
└ Pesadillas	10 (24.3%)	7 (12%)	0.11
Trastornos respiratorios del sueño	15 (36.5%)	20 (34.4%)	0.83
└ Ronquido fuerte	11 (26.8%)	17 (29.3%)	0.79
└ Pausas respiratorias	2 (4.8%)	9 (15.5%)	0.12
└ Resopla o boquea durante el sueño	6 (14.6%)	12 (20.6%)	0.44
Sueño durante el día (somnolencia)	39 (95.1%)	54 (93.1%)	1.00
└ No se despierta por sí mismo	25 (60.9%)	36 (62%)	0.91
└ Se despierta de mal humor	14 (34.1%)	17 (29.3%)	0.61
└ Lo despiertan adultos o hermanos	35 (85.3%)	46 (79.3%)	0.44
└ Tarda en estar alerta	21 (51.2%)	28 (48.2%)	0.77
└ Le cuesta levantarse por la mañana	8 (19.5%)	10 (17.2%)	0.77
└ Parece cansado durante el día	11 (26.8%)	14 (24.1%)	0.76
└ Se duerme viendo televisión	15 (36.5%)	23 (39.6%)	0.76
└ Se duerme en el carro	12 (29.2%)	13 (22.4%)	0.44
Horas de sueño en día laboral (h)	9.44 ± 1.08	9.2 ± 1.93	0.43
Horas de sueño en día festivo (h)	10.79 ± 2.25	10.85 ± 2.46	0.9

Horas de sueño promedio semanal (h)	9.83 ± 0.94	9.67 ± 1.52	0.52
Trastorno del sueño	38 (92.68%)	48 (82.76%)	0.18

Fuente: elaboración propia.

La Tabla 3 comparó los dominios del CSHQ entre preescolares y escolares. La resistencia para dormir y los despertares nocturnos fueron similares en ambos grupos ($\approx 78-79\%$ y $\approx 68\%$), al igual que el retardo de inicio del sueño >20 min (36.5% vs 29.3%). En cambio, la duración insuficiente del sueño fue más frecuente en preescolares (80.4% vs 51.7%), destacando el reporte de “dormir muy poco” (70.7% vs 24.1%). La ansiedad del sueño también fue mayor en preescolares (73.1% vs 56.8%) y la dificultad para dormir fuera de casa fue más común en este grupo (31.7% vs 13.7%). Aunque las horas promedio de sueño fueron similares entre grupos, el tamizaje positivo (CSHQ ≥ 41) fue alto en ambos, con mayor proporción en preescolares (92.7%) que en escolares (82.8%).

Tabla 4

Características de la muestra por trastorno del sueño

Variable	Con tamizaje positivo para trastorno (n = 86)	Sin Tamizaje positivo para trastorno (n = 13)	p
Edad (años)	7.3 ± 2.0	6.4 ± 1.8	0.11
Grupo etario			0.15
└ Preescolares (≤ 6 años)	38 (44.1%)	3 (23%)	
└ Escolares (> 6 años)	48 (55.9%)	10 (77.1%)	
Sexo			0.81
└ Masculino	50 (58.1%)	8 (61.5%)	
└ Femenino	36 (41.9%)	5 (38.5%)	
Informante			1.00
└ Madre	68 (79%)	11 (84.7%)	
└ Padre	3 (3.4%)	0 (0%)	
└ Otro cuidador	15 (17.6%)	2 (15.3%)	
Escolaridad de los padres			
└ Primaria	22 (25.5%)	3 (23.2%)	0.12
└ Secundaria	61 (71.1%)	8 (61.5%)	
└ Universidad	3 (3.4%)	2 (15.3%)	
Estrato socioeconómico			0.13
└ Estrato 1	52 (58.1%)	5 (38.4%)	
└ Estrato 2	30 (36.1%)	6 (46.1%)	
└ Estrato ≥ 3	4 (5.8%)	2 (15.3%)	
Rendimiento escolar			0.11
└ Regular	53 (61.6%)	5 (38.5%)	
└ Bien	33 (38.4%)	8 (61.5%)	
Problema afectivo	9 (10.5%)	0 (0%)	0.6
Enfermedad crónica no respiratoria	7 (8.1%)	1 (7.7%)	1.00
Enfermedad crónica respiratoria	6 (5%)	0 (0%)	1.00
Uso de medicamentos	10 (11.6%)	0 (0%)	0.35
Anemia	1 (1.2%)	0 (0%)	1.00

Fuente: elaboración propia.

La Tabla 4 compara las características según tamizaje positivo de trastorno del sueño. El grupo con trastorno presentó mayor edad media (7.3 ± 2.0 vs 6.4 ± 1.8 años) y se distribuyó en 44.1% preescolares y 55.9% escolares, mientras que en el grupo sin trastorno predominaron los escolares (77.1%). No se evidenciaron diferencias relevantes en sexo, informante del cuestionario (principalmente la madre), escolaridad parental (predominio de secundaria) ni estrato socioeconómico (principalmente estratos 1–2). El rendimiento escolar regular fue más frecuente en el grupo con trastorno (61.6% vs 38.5%). Los problemas afectivos se presentaron únicamente en el grupo con trastorno (10.5%). La enfermedad crónica fue baja y similar entre grupos; el uso de medicamentos se reportó solo en el grupo con trastorno (11.6%), al igual que un caso de anemia.

Tabla 5

Escala CSHQ, parasomnias y variables de sueño por trastorno del sueño (n = 99)

Variable	Con tamizaje positivo para trastorno (n= 86)	Sin Tamizaje positivo para trastorno (n = 13)	p
Resistencia para ir a dormir	67 (77.9%)	11 (84.6%)	0.73
└ No se acuesta siempre a la misma hora	24 (27.9%)	2 (15.3%)	0.50
└ No duerme en su propia cama	16 (18.6%)	3 (23%)	0.71
└ Duerme en la cama de otra persona	20 (23.2%)	7 (53.8%)	0.04
└ Necesita que un progenitor esté presente	29 (33.7%)	5 (38.4%)	0.76
└ Resistencia a la hora de ir a la cama	35 (40.6%)	5 (38.4%)	0.88
└ Miedo a dormir solo	32 (37.2%)	5 (38.4%)	1.00
Retardo en la aparición del sueño	28 (32.5%)	4 (30.7%)	1.00
└ Tarda más de 20 minutos en dormirse	28 (32.5%)	4 (30.7%)	1.00
Duración del sueño insuficiente	57 (66.2%)	6 (46.1%)	0.22
└ Duerme muy poco	37 (43%)	6 (46.1%)	0.83
└ No duerme la cantidad adecuada	24 (27.9%)	1 (7.6%)	0.17
└ No duerme la misma cantidad cada día	30 (34.8%)	1 (7.6%)	0.05
Ansiedad del sueño	53 (61.6%)	10 (76.9%)	0.36
└ Necesita presencia de un progenitor	29 (33.7%)	5 (38.4%)	0.76
└ Miedo a la oscuridad	32 (37.2%)	6 (46.1%)	0.58
└ Miedo a dormir solo	32 (37.2%)	5 (38.4%)	1.00
└ Dificultad para dormir fuera de casa	18 (20.9%)	3 (23%)	1.00
Despertares nocturnos	59 (68.6%)	9 (69.2%)	1.00
└ Se pasa a otra cama durante la noche	41 (47.6%)	7 (53.8%)	0.68
└ Se despierta una vez por la noche	31 (36%)	4 (30.7%)	0.75
└ Se despierta más de una vez	12 (13.9%)	2 (15.3%)	1.00
Parasomnias (≥ 1)	59 (68.6%)	12 (92.3%)	0.10
└ Enuresis nocturna	4 (4.6%)	2 (15.3%)	0.18

↳ Habla dormido	31 (36%)	7 (53.8%)	0.24
↳ Inquietud motora nocturna	39 (45.3%)	6 (46.1%)	0.96
↳ Sonambulismo	5 (5.8%)	2 (15.3%)	0.26
↳ Bruxismo	25 (29%)	7 (53.8%)	0.11
↳ Terrores nocturnos	15 (17.4%)	2 (15.3%)	1.00
↳ Pesadillas	13 (15.1%)	4 (30.7%)	0.19
Trastornos respiratorios del sueño	29 (33.7%)	6 (46.1%)	0.36
↳ Ronquido fuerte	22 (25.5%)	6 (46.1%)	0.18
↳ Pausas respiratorias	9 (10.4%)	2 (15.3%)	0.64
↳ Resopla o boquea durante el sueño	15 (17.4%)	3 (23%)	0.71
Sueño durante el día (somnolencia)	81 (94.1%)	12 (92.3%)	1.00
↳ No se despierta por sí mismo	55 (63.9%)	6 (46.1%)	0.58
↳ Se despierta de mal humor	26 (30.2%)	5 (38.4%)	0.53
↳ Lo despiertan adultos o hermanos	69 (80.2%)	12 (92.3%)	0.29
↳ Tarda en estar alerta	40 (46.5%)	9 (69.2%)	0.15
↳ Le cuesta levantarse por la mañana	15 (17.4%)	3 (23%)	0.71
↳ Parece cansado durante el día	20 (23.2%)	5 (38.4%)	0.27
↳ Se duerme viendo televisión	30 (34.8%)	8 (61.5%)	0.07
↳ Se duerme en el carro	23 (26.7%)	2 (15.3%)	0.51
Horas de sueño en día laboral (h)	9.3 ± 1.62	10.23 ± 1.29	0.03
Horas de sueño en día festivo (h)	10.82 ± 2.36	10.62 ± 1.51	0.69
Horas de sueño promedio semanal (h)	9.74 ± 1.3	10.12 ± 1.18	0.30

Fuente: elaboración propia.

La Tabla 5 compara los dominios del CSHQ entre niños con y sin tamizaje positivo. En general, las frecuencias fueron similares para resistencia para dormir, retardo de inicio >20 min, despertares nocturnos, síntomas respiratorios y somnolencia diurna. La duración insuficiente del sueño fue más frecuente en el grupo con trastorno (66.2% vs 46.1%), con mayor reporte de “dormir muy poco”. En contraste, la ansiedad del sueño y las parasomnias fueron más frecuentes en el grupo sin trastorno. Los niños con trastorno reportaron menos horas de sueño en días laborales (9.3 ± 1.62 vs 10.23 ± 1.29), mientras que el sueño en fines de semana y el promedio semanal fueron similares entre grupos.

Tabla 6

Escala CSHQ y variables de sueño en PREESCOLARES (≤ 6 años)

Variable	Con tamizaje positivo para trastorno (n=38)	Sin tamizaje positivo para trastorno (n=3)	p
Resistencia para ir a dormir	29 (76.3%)	3 (100%)	1.00
↳ No se acuesta siempre a la misma hora	12 (31.5%)	0 (0%)	0.54
↳ No duerme en su propia cama	8 (21%)	0 (0%)	1.00
↳ Duerme en la cama de otra persona	7 (18.4%)	2 (66.6%)	0.12

↳ Necesita que un progenitor esté presente	16 (42.1%)	1 (33.3%)	1.00
↳ Resistencia a la hora de ir a la cama	13 (34.2%)	2 (66.6%)	0.54
↳ Miedo a dormir solo	13 (34.2%)	1 (33.3%)	1.00
Retardo en la aparición del sueño	15 (39.4%)	0 (0%)	0.29
↳ Tarda más de 20 minutos en dormirse	15 (39.4%)	0 (0%)	0.29
Duración del sueño insuficiente	30 (78.9%)	1 (33.3%)	0.14
↳ Duerme muy poco	26 (68.4%)	1 (33.3%)	0.26
↳ No duerme la cantidad adecuada	8 (21%)	0 (0%)	1.00
↳ No duerme la misma cantidad cada día	14 (36.8%)	0 (0%)	0.54
Ansiedad del sueño	27 (71%)	1 (33.3%)	0.23
↳ Necesita presencia de un progenitor	16 (42.1%)	0 (0%)	0.54
↳ Miedo a la oscuridad	15 (39.4%)	1 (33.3%)	1.00
↳ Miedo a dormir solo	13 (34.2%)	0 (0%)	0.26
↳ Dificultad para dormir fuera de casa	12 (31.5%)	0 (0%)	0.54
Despertares nocturnos	26 (68.4%)	2 (66.6%)	1.00
↳ Se pasa a otra cama durante la noche	17 (44.7%)	0 (0%)	0.25
↳ Se despierta una vez por la noche	14 (36.8%)	2 (66.6%)	0.54
↳ Se despierta más de una vez	6 (15.7%)	1 (33.3%)	1.00
Parasomnias (≥ 1)	27 (71%)	3 (100%)	0.55
↳ Enuresis nocturna	2 (5.2%)	0 (0%)	1.00
↳ Habla dormido	17 (44.7%)	2 (66.6%)	0.59
↳ Inquietud motora nocturna	17 (44.7%)	1 (33.3%)	1.00
↳ Sonambulismo	2 (5.2%)	1 (33.3%)	0.21
↳ Bruxismo	13 (34.2%)	2 (66.6%)	0.54
↳ Terrores nocturnos	9 (23.6%)	1 (33.3%)	1.00
↳ Pesadillas	9 (23.6%)	1 (33.3%)	1.00
Trastornos respiratorios del sueño	13 (34.2%)	2 (66.6%)	0.54
↳ Ronquido fuerte	9 (23.6%)	2 (66.6%)	0.17
↳ Pausas respiratorias	2 (5.2%)	0 (0%)	1.00
↳ Resopla o boquea durante el sueño	6 (15.7%)	0 (0%)	1.00
Sueño durante el día (somnolencia)	36 (94.7%)	3 (100%)	1.00
↳ No se despierta por sí mismo	25 (65.7%)	0 (0%)	0.54
↳ Se despierta de mal humor	13 (34.2%)	1 (33.3%)	1.00
↳ Lo despiertan adultos o hermanos	32 (84.2%)	3 (100%)	1.00
↳ Tarda en estar alerta	18 (47.3%)	3 (100%)	0.23
↳ Le cuesta levantarse por la mañana	7 (18.4%)	1 (33.3%)	0.49
↳ Parece cansado durante el día	10 (26.3%)	1 (33.3%)	1.00
↳ Se duerme viendo televisión	12 (31.5%)	3 (100%)	0.04
↳ Se duerme en el carro	11 (28.9%)	1 (33.3%)	1.00
Horas de sueño en día laboral (h)	9.36 ± 1.03	10.5 ± 1.32	0.27
Horas de sueño en día festivo (h)	10.79 ± 2.33	10.83 ± 0.76	0.94
Horas de sueño promedio semanal (h)	9.77 ± 0.91	10.6 ± 1.14	0.33

Fuente: elaboración propia.

La Tabla 6 compara preescolares con y sin tamizaje positivo. En ambos grupos fueron frecuentes la resistencia para dormir, despertares nocturnos, somnolencia diurna y parasomnias (presentes en todos, con predominio de inquietud motora). En el grupo con trastorno se observó mayor duración insuficiente del sueño (78.9% vs 33.3%) y mayor proporción de “duerme muy poco” (68.4%), además de mayor ansiedad del sueño; el retardo de inicio >20 minutos ocurrió en 39.4%. Los síntomas respiratorios se reportaron en ambos grupos. Las horas de sueño en días laborales fueron menores en el grupo con trastorno, con diferencias menos marcadas en fines de semana y en el promedio semanal.

Tabla 7

Escala CSHQ y variables de sueño en ESCOLARES (> 6 años)

Variable	Con tamizaje positivo para trastorno (n=48)	Sin tamizaje positivo para trastorno (n=10)	p
Resistencia para ir a dormir	38 (79.1%)	8 (80%)	1.00
└ No se acuesta siempre a la misma hora	12 (25%)	2 (20%)	1.00
└ No duerme en su propia cama	8 (16.6%)	3 (30%)	0.38
└ Duerme en la cama de otra persona	13 (27%)	5 (50%)	0.26
└ Necesita que un progenitor esté presente	13 (27%)	4 (40%)	0.46
└ Resistencia a la hora de ir a la cama	22 (45.8%)	3 (30%)	0.49
└ Miedo a dormir solo	19 (39.5%)	4 (40%)	1.00
Retardo en la aparición del sueño	13 (27%)	4 (40%)	0.46
└ Tarda más de 20 minutos en dormirse	13 (27%)	4 (40%)	0.46
Duración del sueño insuficiente	27 (56.2%)	3 (30%)	0.17
└ Duerme muy poco	11 (22.9%)	3 (30%)	0.69
└ No duerme la cantidad adecuada	16 (33.3%)	1 (10%)	0.25
└ No duerme la misma cantidad cada día	16 (33.3%)	1 (10%)	0.25
Ansiedad del sueño	26 (54.1%)	7 (70%)	0.49
└ Necesita presencia de un progenitor	13 (27%)	4 (40%)	0.46
└ Miedo a la oscuridad	17 (35.4%)	5 (50%)	0.46
└ Miedo a dormir solo	19 (39.5%)	4 (40%)	1.00
└ Dificultad para dormir fuera de casa	6 (12.5%)	2 (20%)	0.62
Despertares nocturnos	33 (68.7%)	7 (70%)	1.00
└ Se pasa a otra cama durante la noche	24 (50%)	7 (70%)	0.31
└ Se despierta una vez por la noche	17 (35.4%)	2 (20%)	0.47
└ Se despierta más de una vez	6 (12.5%)	1 (10%)	1.00
Parasomnias (≥ 1)	32 (66.6%)	9 (90%)	0.25
└ Enuresis nocturna	2 (4.1%)	2 (20%)	0.13
└ Habla dormido	14 (29.1%)	5 (50%)	0.27
└ Inquietud motora nocturna	22 (45.8%)	5 (50%)	1.00
└ Sonambulismo	3 (6.2%)	1 (10%)	0.54
└ Bruxismo	12 (25%)	5 (50%)	0.14
└ Terrores nocturnos	6 (12.5%)	1 (10%)	1.00
└ Pesadillas	4 (8.3%)	3 (30%)	0.09
Trastornos respiratorios del sueño	16 (33.3%)	4 (40%)	0.72
└ Ronquido fuerte	13 (27%)	4 (40%)	0.46
└ Pausas respiratorias	7 (14.5%)	2 (20%)	0.65
└ Resopla o boquea durante el sueño	9 (18.7%)	3 (30%)	0.42
Sueño durante el día (somnolencia)	45 (93.7%)	9 (90%)	0.54
└ No se despierta por sí mismo	30 (62.5%)	6 (60%)	1.00
└ Se despierta de mal humor	13 (27%)	4 (40%)	0.46
└ Lo despiertan adultos o hermanos	37 (77%)	9 (90%)	0.67
└ Tarda en estar alerta	22 (45.8%)	6 (60%)	0.50
└ Le cuesta levantarse por la mañana	8 (16.6%)	2 (20%)	1.00
└ Parece cansado durante el día	10 (20.8%)	4 (40%)	0.23
└ Se duerme viendo televisión	18 (37.5%)	5 (50%)	0.50
└ Se duerme en el carro	12 (25%)	1 (10%)	0.43
Horas de sueño en día laboral (h)	9.20 ± 1.93	10.00 ± 1.41	0.15
Horas de sueño en día festivo (h)	10.85 ± 2.46	10.80 ± 1.48	0.93
Horas de sueño promedio semanal (h)	9.67 ± 1.52	10.23 ± 1.29	0.25

Fuente: elaboración propia.

La Tabla 7 compara escolares con y sin tamizaje positivo. La resistencia para dormir y los despertares nocturnos fueron frecuentes y similares en ambos grupos (79–80% y 69–70%). En el grupo con trastorno se observó mayor duración insuficiente del sueño (56.2% vs 30%) y más reportes de “dormir muy poco”. En contraste, la ansiedad del sueño y las parasomnias fueron más frecuentes en el grupo sin trastorno. Los síntomas respiratorios (33–40%) y la somnolencia diurna (90–94%) se presentaron en ambos. Las horas de sueño en días laborales fueron menores en escolares con trastorno, con promedios de fin de semana y semanal similares.

DISCUSIÓN

En esta comunidad escolar de La Tebaida (Quindío, Colombia) se observó una alta proporción de tamizaje positivo para alteraciones del sueño con el CSHQ (≥ 41). Dado que este punto de corte corresponde a cribado, puede sobreestimar la frecuencia en población general y debe interpretarse como riesgo/sospecha clínica, confirmable con evaluación clínica y, cuando esté indicado, estudios complementarios (Owens et al., 2000; Lucas-de la Cruz et al., 2016; Alfonso-Alfonso et al., 2019). Por ello, los hallazgos se entienden mejor como una señal poblacional que orienta intervenciones de higiene del sueño, educación familiar y rutas de atención (Grover & Sabapathy, 2020).

Las prevalencias elevadas reportadas con cuestionarios estructurados en entornos no clínicos son frecuentes y variables según contexto. Estudios comunitarios han descrito cargas altas de síntomas, incluso superiores al 70% y cercanas al 90% en escenarios con rutinas familiares irregulares o condiciones sociales específicas (Sheares et al., 2013; Sivakumar et al., 2022; Ustuner Top & Cam, 2022). En Colombia y otros países se ha documentado que estas alteraciones son comunes en la infancia y cambian con la edad y el entorno (Alarcón C. et al., 2018; Fricke-Oerkermann et al., 2007; van Litsenburg et al., 2010; Afonso et al., 2022; Pedemonte et al., 2014; Cárdenas Ariza, 2013).

El perfil sociodemográfico fue relativamente homogéneo (madre como principal informante, escolaridad parental predominantemente secundaria y estratos bajos-medios). Esto es relevante porque los hábitos del hogar y la regularidad de rutinas parentales se asocian con problemas de sueño y somnolencia diurna, y los factores socioeconómicos pueden modular el impacto del sueño en el funcionamiento cognitivo (Komada et al., 2009; Buckhalt et al., 2007).

Por dominios, el CSHQ mostró mayor carga en duración insuficiente del sueño, ansiedad del sueño y somnolencia diurna, además de resistencia para dormir, despertares y parasomnias. Este patrón es coherente con el CSHQ como instrumento sensible a conductas diversas reportadas por cuidadores, con variabilidad esperable entre subescalas (Owens et al., 2000; Sheares et al., 2013; Surani et al., 2015). La percepción de “dormir poco” y la irregularidad diaria sugieren que el problema no depende solo del total de horas, sino también de la latencia e irregularidad horaria (Komada et al., 2009; Simola et al., 2012).

El patrón de horas de sueño fue menor en días laborales y mayor en días festivos, compatible con compensación de fin de semana (weekend catch-up sleep) asociada a restricción parcial crónica durante la semana escolar (Lv et al., 2020; Fumo-Dos-Santos et al., 2019). Hallazgos similares se han descrito en población colombiana (Muñoz-Quintero & Bianchi, 2017; Rocha Díaz, 2023) y se han vinculado con implicaciones conductuales diurnas (LeMay-Russell et al., 2019). En preescolares se concentraron más reportes de insuficiencia (“duerme muy poco”), aun con promedios semanales similares, lo que podría reflejar mayor influencia de conductas de inicio/mantenimiento (Simola et al., 2012; Convertini et al., 2003). En escolares, el componente funcional diurno y la rutina escolar parecen tener mayor peso; esto es consistente con evidencia sobre efectos del sueño insuficiente en atención, regulación emocional y desempeño escolar (Beebe, 2011; Dewald et al., 2010).

Se observó alta frecuencia de parasomnias y bruxismo, coherente con reportes colombianos en escolares, aunque con instrumentos y definiciones diferentes (Contreras-Ramírez et al., 2008). El bruxismo se ha asociado con impacto en calidad de vida en niños colombianos, por lo que debe interpretarse como parte de un perfil nocturno amplio (Manfredini et al., 2017). Metodológicamente, el CSHQ es útil para descripción y cribado; sin embargo, existe concordancia parcial entre medidas subjetivas y objetivas, por lo que los resultados deben leerse en su contexto (Werner et al., 2008; Markovich et al., 2015; Waumans et al., 2010; Alfonso-Alfonso et al., 2019).

Entre las fortalezas destaca la evaluación comunitaria y la medición estructurada de múltiples dominios. Entre las limitaciones: diseño transversal (sin causalidad), grupo comparador pequeño por alta positividad y reporte exclusivo del cuidador, sin medidas objetivas como actigrafía o polisomnografía (Sheares et al., 2013; Werner et al., 2008; Gregory et al., 2006). En conjunto, los hallazgos respaldan tamizaje en escuela/atención primaria, educación familiar en higiene del sueño y remisión cuando se sospechen trastornos respiratorios del sueño o exista somnolencia con impacto funcional (Barredo-Valderrama & Miranda-Herrero, 2014).

RECOMENDACIONES

Implementar tamizaje y orientación en escuela y atención primaria para identificar perfiles de riesgo (somnolencia diurna, dificultades conductuales o bajo rendimiento) (Beebe, 2011; Dewald et al., 2010; Owens & Dalzell, 2005).

Fortalecer educación a familias sobre higiene del sueño: horarios regulares, rutinas pre-sueño consistentes, reducción de pantallas en la noche y ambientes adecuados de descanso (Paruthi et al., 2016; Hirshkowitz et al., 2015; Carter et al., 2016; Hale & Guan, 2015).

Ante sospecha de trastornos respiratorios del sueño (ronquido habitual, pausas, sueño no reparador), promover evaluación clínica dirigida, cuestionarios específicos y referencia oportuna (Marcus et al., 2012; Chervin et al., 2000).

En investigación futura, complementar el CSHQ con diarios de sueño, actigrafía o evaluación clínica y ampliar tamaño muestral para precisar etiologías e intervenciones basadas en evidencia local (Owens et al., 2000; Werner et al., 2008; Markovich et al., 2015).

Reforzar consejería sobre sueño suficiente: la evidencia asocia sueño insuficiente con efectos cognitivos y conductuales, y el sueño corto con otros desenlaces de salud; en escolares mayores/adolescentes considerar también el componente de horarios escolares (Astill et al., 2012; Chaput et al., 2016; Cappuccio et al., 2008; Cortese et al., 2009; Adolescent Sleep Working Group et al., 2014; Mindell et al., 2006; Mindell et al., 2009).

CONCLUSIÓN

En esta población escolar del Quindío se observó alta frecuencia de tamizaje positivo por CSHQ, lo que sugiere una carga elevada de síntomas y conductas de sueño disfuncional cotidiano. Dado que el CSHQ es un instrumento de cribado, los resultados deben interpretarse como perfil de riesgo poblacional y no como prevalencia de trastornos diagnosticados.

El patrón de sueño mostró desajuste entre días escolares y fines de semana (menor sueño en días laborales con compensación parcial), lo que apoya un rol de la rutina escolar y la regularidad del sueño. Los preescolares concentraron más indicadores de insuficiencia, mientras que en escolares resaltó el impacto diurno. Estos hallazgos respaldan la detección sistemática y el enfoque en hábitos, rutinas y entorno familiar como ejes de intervención.

REFERENCIAS

Adolescent Sleep Working Group, Committee on Adolescence, & Council on School Health. (2014). School start times for adolescents. *Pediatrics*, 134(3), 642-649. <https://doi.org/10.1542/peds.2014-1697>

Afonso, A., Jacinto, G., Infante, P., & Engana, T. (2022). Primary school children's sleep habits: association with socioeconomic factors and physical activity habits. *Children*, 9, 965.

Alarcón, C. P., Acevedo, R. G., Casas, V. Á., Ardila, R. G., Bernal, A. J., & Avella, R. J. (2018). Prevalencia de trastornos del sueño en niños y adolescentes. *Carta Comunitaria*, 26(148), 11-18.

Alfonso-Alfonso, M. et al. (2019). Validación al español del Children's Sleep Habits Questionnaire. *Rev Cubana Pediatr*.

Astill, R. G., Van der Heijden, K. B., Van Ijzendoorn, M. H., & Van Someren, E. J. W. (2012). Sleep, cognition, and behavioral problems in school-age children: a century of research meta-analyzed. *Psychol Bull*, 138(6), 1109-1138. <https://doi.org/10.1037/a0028204>

Barredo-Valderrama, E. N., & Miranda-Herrero, C. (2014). Trastornos del sueño en la infancia: clasificación, diagnóstico y tratamiento. *An Pediatr Contin*, 12, 175-82.

Beebe, D. W. (2011). Cognitive, behavioral, and functional consequences of inadequate sleep in children and adolescents. *Pediatr Clin North Am*, 58(3), 649-65. <https://doi.org/10.1016/j.pcl.2011.03.002>

Buckhalt, J. A., El-Sheikh, M., & Keller, P. (2007). Children's sleep and cognitive functioning: race and socioeconomic status as moderators of effects. *Child Dev*, 78(1), 213-31. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2007.00993.x>

Cappuccio, F. P. et al. (2008). Meta-analysis of short sleep duration and obesity in children and adults. *Sleep*, 31(5), 619-626. <https://doi.org/10.1093/sleep/31.5.619>

Carter, B., Rees, P., Hale, L., Bhattacharjee, D., & Paradkar, M. S. (2016). Association Between Portable Screen-Based Media Device Access or Use and Sleep Outcomes: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Pediatr*, 170(12), 1202-1208.

Chaput, J. P. et al. (2016). Systematic review of the relationships between sleep duration and health indicators in school-aged children and youth. *Appl Physiol Nutr Metab*. <https://doi.org/10.1139/apnm-2015-0627>

Chervin, R. D., Hedger, K., Dillon, J. E., & Pituch, K. J. (2000). Pediatric Sleep Questionnaire (PSQ): validity and reliability of scales for sleep-disordered breathing, snoring, sleepiness, and behavioral problems. *Sleep Med*, 1(1), 21-32.

Contreras-Ramírez, M. M., Muñoz-Martínez, L. C., Noreña-Velásquez, M. C., Aguirre-Acevedo, D. C., López-Córdoba, A., & Cornejo-Ochoa, J. W. (2008). Prevalencia de los trastornos del sueño en niños escolares de Sabaneta, Colombia. *Iatreia*, 21(2), 113-123.

Convertini, G., Krupitzky, S., Tripodi, M. R., & Carusso, L. (2003). Trastornos del sueño en niños sanos. *Arch Argent Pediatr*, 101(2), 99-105.

Cortese, S., Faraone, S. V., Konofal, E., & Lecendreux, M. (2009). Sleep in children with attention-deficit/hyperactivity disorder: meta-analysis of subjective and objective studies. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 48(9), 894-908. <https://doi.org/10.1097/CHI.0b013e3181ac09c9>

Cárdenas Ariza, G. M. (2013). Hábitos y problemas del sueño en niños escolares del Instituto Pedagógico Arturo Ramírez Montúfar (IPARM). [Trabajo de grado, Universidad Nacional de Colombia].

Dewald, J. F., Meijer, A. M., Oort, F. J., Kerkhof, G. A., & Bögels, S. M. (2010). The influence of sleep quality, sleep duration and sleepiness on school performance in children and adolescents: A meta-analytic review. *Sleep Med Rev*, 14(3), 179-89. <https://doi.org/10.1016/j.smrv.2009.10.004>

Fricke-Oerkemann, L., Plück, J., Schredl, M., Heinz, K., Mitschke, A., Wiater, A., & Lehmkuhl, G. (2007). Prevalence and course of sleep problems in childhood. *Sleep*, 30(10), 1371-7. <https://doi.org/10.1093/sleep/30.10.1371>

Fumo-Dos-Santos, C., Pradella-Hallinan, M., Barbisan, B. N., Tufik, S., & Moreira, G. A. (2019). Sleep duration on a population of children referred to sleep study – cross-sectional data from 2003 to 2009. *Sleep Science*, 12(4), 272–278. <https://doi.org/10.5935/1984-0063.20190094>

Gregory, A. M., Rijdsdijk, F. V., & Eley, T. C. (2006). A twin-study of sleep difficulties in school-aged children. *Child Dev*, 77(6), 1668-79. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2006.00966.x>

Hale, L., & Guan, S. (2015). Screen time and sleep among school-aged children and adolescents: a systematic literature review. *Sleep Med Rev*, 21, 50-58. <https://doi.org/10.1016/j.smrv.2014.07.007>

Hirshkowitz, M. et al. (2015). National Sleep Foundation's sleep time duration recommendations: methodology and results summary. *Sleep Health*, 1(1), 40-43.

Komada, Y., Adachi, N., Matsuura, N., Mizuno, K., Hirose, K., Aritomi, R., & Shirakawa, S. (2009). Irregular sleep habits of parents are associated with increased sleep problems and daytime sleepiness of children. *Tohoku J Exp Med*, 219(2), 85-9. <https://doi.org/10.1620/tjem.219.85>

LeMay-Russell, S., Tanofsky-Kraff, M., Schvey, N. A., Kelly, N. R., Shank, L. M., Mi, S. J., Jaramillo, M., Ramirez, S., Altman, D. R., Rubin, S. G., Byrne, M. E., Burke, N. L., Davis, E. K., Broadney, M. M., Brady, S. M., Yanovski, S. Z., & Yanovski, J. A. (2019). Associations of Weekday and Weekend Sleep with Children's Reported Eating in the Absence of Hunger. *Nutrients*, 11(7), 1658. <https://doi.org/10.3390/nu11071658>

Lv, Y., Cai, L., Zeng, X., Gui, Z., Lai, L., Tan, W., & Chen, Y. (2020). Association between weekend catch-up sleep and executive functions in Chinese school-aged children. *J Clin Sleep Med*, 16(8), 1285-1293. <https://doi.org/10.5664/jcsm.8494>

Manfredini, D., Lobbezoo, F., Giancristofaro, R. A., & Restrepo, C. (2017). Association between proxy-reported sleep bruxism and quality of life aspects in Colombian children of different social layers. *Clin Oral Investig*, 21(4), 1351-1358. <https://doi.org/10.1007/s00784-016-1901-5>

Marcus, C. L. et al. (2012). Diagnosis and management of childhood obstructive sleep apnea syndrome. *Pediatrics*, 130(3), 576-584.

Markovich, A. N., Gendron, M. A., & Corkum, P. V. (2015). Validating the Children's Sleep Habits Questionnaire Against Polysomnography and Actigraphy in School-Aged Children. *Front Psychiatry*, 5, 188. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2014.00188>

Mindell, J. A., Kuhn, B., Lewin, D. S., Meltzer, L. J., & Sadeh A; American Academy of Sleep Medicine. (2006). Behavioral treatment of bedtime problems and night wakings in infants and young children. *Sleep*, 29(10), 1263-1276. <https://doi.org/10.1093/sleep/29.10.1263>

Mindell, J. A., Meltzer, L. J., Carskadon, M. A., & Chervin, R. D. (2009). Developmental aspects of sleep hygiene: Findings from the 2004 National Sleep Foundation Sleep in America Poll. *Sleep Medicine*, 10(7), 771–779. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2008.07.016>

Muñoz-Quintero, A., & Bianchi, S. B. (2017). Hábitos de sueño, desempeño académico y comportamiento en niños de básica primaria. *Pensando Psicología*, 13(21), 5-17.

Owens, J. A., & Dalzell, V. (2005). Use of the 'BEARS' sleep screening tool in a pediatric residents continuity clinic: a pilot study. *Sleep Med*, 6(1), 63-69.

Owens, J. A., Spirito, A., & McGuinn, M. (2000). The Children's Sleep Habits Questionnaire (CSHQ): psychometric properties of a survey instrument for school-aged children. *Sleep*, 23(8), 1043-51.

Paruthi, S. et al. (2016). Recommended Amount of Sleep for Pediatric Populations: A Consensus Statement of the American Academy of Sleep Medicine. *J Clin Sleep Med*, 12(6), 785-786.

Pedemonte, V., Gandaro, P., & Scavone, C. (2014). Trastornos del sueño en una población de niños sanos de Montevideo. *Arch Pediatr Urug*, 85(1), 4-8.

Rocha Díaz, M. C. (2023). Evaluación de hábitos del sueño en escolares en Ibague, durante el modelo de alternancia educativa. [Tesis de maestría, Universidad El Bosque].

Sheares, B. J., Kattan, M., Leu, C. S., Lamm, C. I., Dorsey, K. B., & Evans, D. (2013). Sleep problems in urban, minority, early-school-aged children more prevalent than previously recognized. *Clin Pediatr (Phila)*, 52(4), 302-9. <https://doi.org/10.1177/0009922813476573>

Simola, P., Laitalainen, E., Liukkonen, K., Virkkula, P., Kirjavainen, T., Pitkäranta, A., & Aronen, E. T. (2012). Sleep disturbances in a community sample from preschool to school age. *Child Care Health Dev*, 38(4), 572-80. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2011.01288.x>

Sivakumar, C. T., Rajan, M., Pasupathy, U., Chidambaram, S., & Baskar, N. (2022). Effect of sleep habits on academic performance in schoolchildren age 6 to 12 years: a cross-sectional observation study. *J Clin Sleep Med*, 18(1), 145-149. <https://doi.org/10.5664/jcsm.9520>

Surani, S., Hesselbacher, S., Surani, S., Sadasiva, S., Surani, Z., Surani, S. S., Khimani, A., & Subramanian, S. (2015). Sleep Habits of Elementary and Middle School Children in South Texas. *Sleep Disord*, 2015, 179103. <https://doi.org/10.1155/2015/179103>

Ustuner Top, F., & Cam, H. H. (2022). Sleep disturbances in school-aged children 6-12 years during the COVID-19 pandemic in Turkey. *J Pediatr Nurs*, 63, 125-130. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2021.11.008>

van Litsenburg, R. R., Waumans, R. C., van den Berg, G., & Gemke, R. J. (2010). Sleep habits and sleep disturbances in Dutch children: a population-based study. *Eur J Pediatr*, 169(8), 1009-15. <https://doi.org/10.1007/s00431-010-1169-8>

Waumans, R. C., Terwee, C. B., Van den Berg, G., Knol, D. L., Van Litsenburg, R. R., & Gemke, R. J. (2010). Sleep and sleep disturbance in children: Reliability and validity of the Dutch version of the Child Sleep Habits Questionnaire. *Sleep*, 33(6), 841-5. <https://doi.org/10.1093/sleep/33.6.841>

Werner, H., Molinari, L., Guyer, C., & Jenni, O. G. (2008). Agreement rates between actigraphy, diary, and questionnaire for children's sleep patterns. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 162(4), 350-8. <https://doi.org/10.1001/archpedi.162.4.350>

Todo el contenido de LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades, publicados en este sitio está disponibles bajo Licencia Creative Commons .