

El sueño en la infancia

P. Suárez*, P. Ortiz**, J. Ayala***

*Psicólogo Interno Residente. Hospital de Móstoles, Madrid.

**Psiquiatra. Equipo Infanto-Juvenil. Centro de Salud Mental de Móstoles, Madrid.

***Psicólogo Clínico. Equipo Infanto-Juvenil. Centro de Salud Mental de Móstoles, Madrid.

Resumen

Este artículo describe el patrón general de sueño en la infancia en función de las diferentes etapas del desarrollo y los acontecimientos psicológicos y del entorno que pueden interferirlo. Asimismo, se abordan los principales trastornos del sueño en la infancia y adolescencia.

Palabras clave: Sueño, Infancia, Adolescencia, Psicopatología del sueño.

Abstract

This paper describes normal sleep patterns through child's development and analyses external and internal influences on sleep in childhood. Moreover, the article summarises principal sleep disorders in children and adolescent.

Key words: Sleep, Childhood, Adolescence, Disorders.

Introducción

A pesar de que son numerosos los estudios sobre el sueño infantil en la literatura existente, no siempre es fácil para el clínico discernir entre lo "normal" y lo "patológico" en cuanto a sus patrones y hábitos.

En un intento de alumbrar un poco este campo, abordaremos primero el patrón general de sueño en la infancia en función de las diferentes etapas del desarrollo, así como los acontecimientos psicológicos y del entorno que pueden

interferir en esta función fisiológica, para posteriormente analizar los principales trastornos del sueño en la infancia y adolescencia.

Al igual que otras funciones psicofisiológicas, el sueño sigue una determinada evolución hasta alcanzar un nivel óptimo de maduración y una declinación progresiva con el paso del tiempo.

El sueño es distinto según la edad, el crecimiento y la maduración neurológica por lo que sus características nos van a ofrecer datos acerca de la nor-

malidad psíquica y neurológica del niño.

El sueño supone el estado fisiológico normal para el recién nacido. El patrón electroencefalográfico de sueño a estas edades tiene unas características particulares que se van modificando gradualmente hasta asemejarse a las del sueño del adulto en torno al año de vida.

En los adultos se registran dos tipos de actividad neurofisiológica durante el sueño que caracterizan al sueño lento y al sueño de movimientos oculares rápidos.

En el llamado sueño lento (sueño NREM), se distinguen cuatro estadios que van del 1, con ondas de baja amplitud y alta frecuencia, al 4 con ondas de alta amplitud y baja frecuencia.

El sueño de movimientos oculares rápidos (REM) supone un 20% del sueño en los adultos. El electroencefalograma (EEG) durante esta fase del sueño se caracteriza por ondas de baja amplitud y alta frecuencia que se asocian con una disminución del tono muscular. Además, durante el sueño REM ocurren variaciones en el pulso, la respiración y la presión sanguínea, así como movimientos oculares rápidos. Un ciclo de sueño desde el comienzo de una fase REM hasta el comienzo de la siguiente dura una hora y media aproximadamente¹.

Características del sueño en la infancia

Tal y como se ha mencionado, la arquitectura del sueño se va modificando con la edad. Durante la infancia, el sueño REM sufre una abrupta disminución. Sin embargo, la cantidad de sueño NREM permanece más constante a lo largo de la vida, disminuyendo de 8 a 5 horas.

En los niños existe una gran variabilidad en la arquitectura del sueño lo que tiene implicaciones prácticas, sobre todo a la hora de realizar estudios polisomnográficos, siendo necesario realizar registros durante varias noches para poder obtener conclusiones precisas².

El **recién nacido** duerme una media de 16 a 17 horas al día, aunque existen grandes diferencias individuales, de tal forma que algunos bebés necesitan dormir veinte horas mientras que a otros les basta con catorce. El sueño paradójico es el estadio de sueño más precoz ontogénicamente y ocupa un porcentaje del tiempo de sueño del niño mucho más elevado que en el adulto. De esta forma, los neonatos tienen cerca del 50% de sueño REM y una buena parte de sueño pobremente diferenciado en términos electroencefalográficos. Los ciclos de sueño y despertar son de duración más corta que en el adulto, de

unos 45 minutos. Además, el sueño paradójico neonatal resulta cualitativamente diferente al del adulto debido a que no va precedido del sueño de ondas lentas^{1,3}.

La actividad eléctrica del cerebro se caracteriza en el recién nacido por la alternancia de salvas de actividad lenta (entre 1 y 3 ciclos por segundo con voltaje alto) y períodos de trazo plano. Conforme aumenta la edad, este trazo alternante tiende a desaparecer, de forma que el ritmo lento comienza a estabilizarse, si bien, va a persistir una notoria irregularidad en los trazos bioeléctricos³.

Los husos de sueño, una de las principales características del sueño del adulto, aparecen aproximadamente a los 2 meses; mientras que los complejos K pueden apreciarse con claridad a los 6 meses^{1,3}.

En el recién nacido, todavía no está establecido el ritmo circadiano, mostrándose el bebé indiferente a las claves lumínicas^{4,5}. Hacia el tercer mes, la cantidad total de sueño declina un poco pero los ciclos son mayores. A los 3 meses, el 70% de los bebés duermen toda la noche (unas 9 horas de sueño nocturno). Aproximadamente a los 4 meses aparece el ritmo circadiano. Desde los 3 meses al año, el patrón EEG del sueño

se vuelve más claramente diferenciado con períodos cada vez mayores de sueño lento⁴.

Hacia los 6 meses, el 85% de los bebés duermen toda la noche. Alrededor del año, la gran mayoría de los bebés han establecido un patrón de sueño y despertar estable con un sueño largo durante la noche y sueños más cortos por la mañana y por la tarde⁴.

El sueño del niño en el **primer año de vida** se va modificando gradualmente de forma creciente por las influencias ambientales. A partir de los tres meses, bajo la acción conjugada de la ritmicidad endógena y de la presión del ambiente, el sueño pasa lentamente de ser una pura necesidad física a convertirse en una función relacional fundamental⁶.

A los 6 u 8 meses, un cambio en las condiciones externas, la presencia de sintomatología ansiosa o depresiva en la madre, o una alteración en el ritual del acostarse, puede derivar en un aumento de los despertares.

Parece que la clase social y la experiencia de la madre no se relacionan con los despertares⁷.

La madre asiste a los períodos de sueño del bebé observando la placidez, la relajación y el placer que experimenta el niño o por el contrario, el displacer, la intranquilidad, la incomodidad, el do-

lor... Este conjunto de pautas fisiológicas y conductuales que expresa el sueño regular del niño, traduce una especie de lenguaje que la madre puede captar con facilidad y que habla del estado de salud psicofísica del bebé³.

El insomnio precoz refleja siempre una relación inadecuada entre el bebé y su medio. En los casos leves, con frecuencia es debido a condiciones inadecuadas o mal organizadas (rigidez excesiva en los horarios de comida, exceso en la ración alimentaria, ruidos, etc.) que pueden ser el reflejo de prematuras dificultades de adecuación entre el bebé y la madre⁶.

El insomnio precoz severo siempre debe llamar la atención del clínico ya que el estudio de los antecedentes patológicos de los niños autistas o psicóticos precoces ha puesto de relieve su frecuencia en el curso de la primera infancia de estos niños⁶.

En resumen, en esta primera etapa del desarrollo, la normalidad en cuanto al patrón de sueño está en función de la seguridad que se proporcione al niño respecto a sus necesidades básicas de cuidados físicos (alimento, aseo, etc.) y afectivos (calor, olor materno, movimiento de balanceo, etc.). Es importante que el niño pueda percibir tranquilidad en su entorno ya que como se ha

mencionado, los bebés son especialmente sensibles a los estados emocionales de sus padres⁸.

Devolver la confianza a los padres tratando de tranquilizarles e instándoles a que traten de relajarse antes de coger a su hijo en brazos a la hora de dormirlo puede ser suficiente para que el pequeño recupere el sueño.

Durante el primer mes de vida pese a que usualmente el niño tienda a dormirse en brazos de sus padres, es conveniente que en ocasiones se le deje en su cuna para que empiece a aprender a dormir solo tranquilamente, lo que debería ser capaz de hacer fuera del dormitorio de los padres alrededor del sexto mes. Sin embargo, es relativamente frecuente la permanencia del niño en el dormitorio de los padres más allá de los seis meses, e incluso mantener al niño durmiendo en la cama conyugal. Dicha actitud por parte de los padres es generalmente consecuencia de sus propias ansiedades o necesidades. Especialmente cuando el niño es algo mayor, su presencia en el dormitorio conyugal puede tener una "función" en la dinámica parental de evitación de contactos íntimos, de ocupar el vacío que ha dejado uno de los padres que está de viaje o trabajando, o de conseguir alianzas con el hijo al que se

le "coloca" en un supuesto lugar privilegiado frente al cónyuge en el contexto de una dinámica parental disfuncional. En este sentido, resulta crucial ayudar a los padres a identificar sus propias ansiedades y necesidades, y que no las depositen en los hijos o no los "usen" como instrumento de disputa, consuelo, etc., lo cual dificultará su desarrollo psicológico al sumirles en una situación de confusión y dependencia.

Aproximadamente a los 18 meses el niño muestra signos de soñar. Los sueños ocurren a lo largo del sueño REM³.

En el **segundo y tercer año de vida**, los niños muestran con frecuencia dificultades para quedarse dormidos y son comunes los períodos más o menos prolongados de despertares nocturnos. En un estudio poblacional más de un tercio de los niños entre 18 y 36 meses llamaba a sus padres durante la noche al menos una o dos veces a la semana².

La actitud de los padres ante dichos "despertares" va a tener una especial significación en el mantenimiento de estas conductas. Nuevamente insistimos, en la importancia de que el niño duerma solo como una forma de ayudarle a resolver sus ansiedades de separación, ya que la "no presencia" de los padres le va a permitir crear sus

propios recursos de autocontrol de sus miedos⁹.

Las reticencias para acostarse que aparecen con frecuencia a partir de los dos años, están en relación con varios factores del desarrollo afectivo del niño. Irse a dormir supone abandonar la atención hacia el mundo externo, meterse en sí mismo y pensar en su propio mundo interno. Muchos niños pueden sentirse temerosos de abandonar este mundo externo en función de sus propios conflictos intrapsíquicos¹⁰.

Las ansiedades de separación a las que el niño debe ir progresivamente haciendo frente se ponen especialmente de manifiesto en los rituales a la hora de dormir como una forma de afrontar sus miedos, que por otra parte se sustentan en el pensamiento mágico y egocéntrico característico de la primera infancia. También es común el uso de muñecos, mantas, etc., como objetos transicionales que utilizan para manejar la ansiedad al servirles de "puente" entre la madre y la realidad externa ya que su capacidad para retener imágenes en la mente es limitada (capacidad para la constancia objetal). Por tanto, la presencia de un objeto transicional puede favorecer el paso al sueño. Los padres que intuyen tal necesidad buscan como crear o favorecer el desarrollo de dicha área in-

termedia, satisfaciendo su demanda contando un cuento, cantando una canción o quedándose con el niño el tiempo preciso⁶.

También son comunes los despertares en niños con características temperamentales adversas, es decir, aquellos que son más negativos e intensos en sus expresiones de humor y más irregulares en sus hábitos².

En torno a los **tres y cuatro años** es frecuente que se presente un período difícil en relación con el sueño que tiene que ver con la necesidad del niño durante esta etapa de controlar la relación entre sus progenitores. En esta época, el niño vive lo que se denomina el "*complejo de Edipo*", que de forma esquemática podría explicarse como la "toma de conciencia" por parte del pequeño de que la relación que mantiene con sus progenitores no es de su patrimonio exclusivo ya que los padres entre sí mantienen una relación "especial" de la que él está excluido. El niño quiere controlar esa relación misteriosa que nunca acaba de imaginar suficientemente y en la que se esconde el motivo de su exclusión y la clave para el control del padre del sexo opuesto. De ahí que las horas de dormir se conviertan en momentos peligrosos, ya que el niño se sabe físicamente marginado. Por este motivo, re-

clama insistentemente la presencia de los padres o trata activamente de conseguir dormir con ellos¹⁰.

A los 4-5 años es común que se reduzca la necesidad de dormir la siesta. Suelen dormir bien por la noche pero es frecuente que se despierten antes de lo que desearían sus padres. La reticencia a acostarse y los despertares siguen siendo características a estas edades⁹.

Con el **comienzo de la escolarización** (6 años) se suele normalizar el sueño. Las pesadillas entonces se vuelven más comunes, con frecuencia asociada a experiencias atemorizantes vividas durante el día (películas, etc.).

A este respecto conviene recordar cómo los miedos infantiles se modifican a medida que progresa el desarrollo cognitivo, así de los 2 a los 5 años los principales temores son los relacionados con el miedo a la oscuridad, a los seres imaginarios, a los animales y sobre todo a mantenerse separados de los padres. Alrededor de los 5 años empieza a desarrollarse la temática de miedo a las lesiones corporales. En la segunda infancia (de los 6 a los 9 años) comienzan a surgir temores que tienden a ser más reales y están asociados a situaciones que implican daño físico, miedo al fracaso o a hacer el ridículo. Entre tanto, los miedos a fantasmas y monstruos empiezan

a desvanecerse, aunque aún permanece el miedo a la oscuridad, a estar solos y a la separación de los padres. Con la llegada de la adolescencia se incrementan los miedos relacionados con situaciones sociales como el temor a fracasar, a la interacción personal, los miedos sexuales, etc.¹¹.

En la etapa de la **pubertad-adolescencia**, es importante que los niños mantengan su propia habitación para que puedan disponer de un espacio propio para satisfacer sus necesidades de intimidad, así como para elaborar los límites intergeneracionales. Debe permitirse al adolescente elaborar el miedo a la cercanía y la dependencia hacia los padres para que pueda construir una identidad diferente a la de sus progenitores, es decir, ayudarlo a completar el proceso de individualización y separación.

Trastornos del sueño en la infancia y adolescencia

Los problemas de sueño en el niño pueden ser específicos o bien ser un reflejo de una patología grave del niño si se presenta bajo la forma de un insomnio persistente (trastorno generalizado del desarrollo, trastorno afectivo, etc.) o también como ya hemos apuntado, ser consecuencia de dificultades vividas por parte de los padres (excesiva ansiedad

hacia el bebé, problemas de pareja, actitudes sobreprotectoras, depresión en los padres, etc.). Por tanto, ante un trastorno del sueño en la infancia lo primero que debemos hacer es una exploración psicofísica del niño y del entorno familiar para poder orientar el tratamiento.

Las condiciones externas defectuosas (ruido, cohabitación en el cuarto de los padres, irregularidad excesiva en el horario...), una presión externa inadecuada (rigidez excesiva), o un estado de ansiedad o de organización conflictiva interna que convierten en temible la regresión inducida por el sueño, son las causas más frecuentes de dificultades en la conciliación del sueño en los niños de 2 a 6 años⁶.

En general, debe evitarse el uso de psicofármacos como primera medida. Los abordajes estrictamente conductuales, que en muchos casos resultan útiles, pueden resultar insuficientes al no incidir sobre la problemática específica que está ocasionando el trastorno y generalmente solo son aplicables en casos leves y en los que puede contarse con una colaboración adecuada por parte de los padres.

Las interrupciones del sueño son más comunes en niños que han sufrido complicaciones obstétricas o perinatales y en hijos de madres diabéticas⁷.

Clasificación de los trastornos del sueño

El sistema actual de clasificación de los trastornos del sueño y la vigilia distingue cuatro categorías:

1. Trastornos del inicio y mantenimiento del sueño (TIMS).
2. Trastornos por somnolencia excesiva (TSE).
3. Trastornos de la pauta sueño-vigilia (trastorno del ritmo circadiano en la DMS IV).
4. Disfunciones asociadas con el sueño, las etapas del sueño o los despertares parciales (parasomnias).

Hay autores que ofrecen modificaciones a los trastornos comprendidos dentro de la categoría 1, al considerar esta categoría demasiado inespecífica^{12,13}.

En tablas I y II figuran las clasificaciones de los trastornos del sueño.

En este trabajo nos limitaremos a comentar los trastornos del sueño más frecuentes.

Trastornos del inicio y mantenimiento del sueño (TIMS)

Despertares nocturnos

Es el trastorno del sueño más común en la infancia, con un pico de frecuencia entre los 12 y los 24 meses de edad. Aproximadamente un 20% de los niños de esta edad tardan una hora al menos en dormirse o se despiertan frecuentemente o por períodos prolongados durante la noche. A los tres años, la frecuencia de los despertares se reduce a un 10% y a los ocho años a un 4% aproximadamente³.

La valoración de este trastorno debe incluir la exploración del niño y del entorno familiar, incidiendo en los hábitos de sueño, rituales, actitudes de los padres en torno al síntoma, etc.

Si aparece como un síntoma único, debemos tranquilizar a los padres e instarles a que establezcan unas pautas constantes y consistentes ya que la in-

Tabla I. Trastornos del sueño (DSM IV)

A. Trastornos primarios del sueño:	
1. Disomnias <ul style="list-style-type: none">• Insomnio primario.• Hipersomnia primaria.• Narcolepsia.• Trastorno del sueño relacionado con la respiración.• Trastorno del ritmo circadiano.• Disomnia no especificada.	2. Parasomnias <ul style="list-style-type: none">• Pesadillas.• Terrores nocturnos.• Sonambulismo.• Parasomnia no especificada.

Tabla II. Clasificación de los trastornos del sueño

<p>A. Trastornos del inicio y mantenimiento del sueño (TIMS)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Psicofisiológicos. 2. Asociados con trastornos psiquiátricos. 3. Asociados con el uso de fármacos y alcohol. 4. Asociados con deterioro respiratorio inducido por el sueño. 5. Asociados con mioclonía y “síndrome de las piernas inquietas” relacionados con el sueño. 6. Asociados con otros procesos médicos, tóxicos y ambientales: <ul style="list-style-type: none"> • Ingesta nocturna de fluidos excesiva y repetitiva. • Marco insuficientemente definido. • Cólico. • Enfermedad del oído medio. • Disfunción del SNC. 7. TIMS de comienzo en la niñez. 8. Asociados con otros cuadros TIMS, por ej. interrupciones repetidas del sueño REM. 9. Sin anomalías TIMS: Persona que duerme poco, quejas subjetivas sin hallazgos objetivos. <p>B. Trastornos por somnolencia excesiva (TSE)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Psicofisiológicos. 2. Asociados con trastornos psiquiátricos. 3. Asociados con el uso de fármacos y alcohol. 4. Asociados con deterioro respiratorio inducido por el sueño. 5. Asociados con mioclonía y “síndrome de las piernas inquietas”. 6. Narcolepsia. 7. Hipersomnolencia idiopática. 8. Asociados con alteraciones medicas, tóxicas y ambientales. 9. Asociados con otros procesos TSE: <ul style="list-style-type: none"> • Síndromes TSE intermitentes: Síndrome de Kleine-Levin y Síndrome asociado con el ciclo menstrual. • Sueño insuficiente. • Borrachera de sueño. 10. No anomalía TSE: persona que duerme mucho o quejas de TSE subjetivas sin hallazgos objetivos. 	<p>C. Trastornos de la pauta sueño-vigilia</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Transitorios: Síndrome de cambio rápido de uso horario (<i>jet lag</i>), cambio de turno de trabajo. 2. Persistentes: <ul style="list-style-type: none"> • Cambio frecuente de la pauta sueño-vigilia. • Síndrome de fase de sueño retrasada. • Síndrome de fase de sueño avanzada. • Pauta sueño-vigilia con duración distinta a 24 horas. • Pauta sueño-vigilia irregular. <p>D. Disfunciones asociadas con el sueño, fases del sueño o despertares parciales (Parasomnias)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sonambulismo. 2. Terror del sueño. 3. Enuresis relacionada con el sueño. 4. Otras disfunciones: <ol style="list-style-type: none"> a. Crisis de ansiedad durante los ensueños (pesadillas). b. Crisis epilépticas relacionados con el sueño. c. Bruxismo relacionado con el sueño. d. Oscilaciones de la cabeza relacionadas con el sueño (<i>jactatio capitis nocturnus</i>). e. Parálisis familiar del sueño. f. Deterioro de la tumescencia peneana relacionada con el sueño. g. Erecciones dolorosas relacionadas con el sueño. h. Cefalea en racimo y hemicrania paroxística crónica relacionadas con el sueño. i. Síndrome de deglución anormal relacionada con el sueño. j. Asma relacionada con el sueño. k. Síntomas cardiovasculares relacionados con el sueño. l. Reflujo gastroesofágico relacionado con el sueño. m. Hemoglobinuria paroxística nocturna. n. Hallazgos polisomnográficos asintomáticos.
--	--

Association of Sleep Disorders Centers. “Diagnostic classification of sleep arousal disorders”. Sleep Disorder Classification Committee, HP Roffwarg, presidente. Sleep, 1979; 2: 11-37.

Tabla III. Pautas generales sobre el sueño en la infancia

<ol style="list-style-type: none">1. Resulta conveniente sacar al niño de la habitación de los padres alrededor de los seis meses puesto que posteriormente pueden presentarse mayores dificultades con la emergencia de la angustia ante el extraño, que aparece aproximadamente alrededor del octavo mes.2. Debe evitarse permitir al niño dormir con los padres ocasionalmente de forma arbitraria. Como hemos visto, es fundamental que la respuesta de los padres sea consistente, es decir, que el niño tenga claro que se espera de él.3. Resulta conveniente crear una rutina al acostarse que le permita al niño ir disminuyendo sus niveles de actividad. La cena, el baño caliente, contarle un cuento, etc., le permiten al niño crear una rutina que identificará con el dormir además de permitir preparar su cuerpo para el descanso.4. Es conveniente que el niño viva su habitación como un espacio seguro, que le dé tranquilidad y donde se sienta protegido. En este sen-	<ol style="list-style-type: none">5. Es conveniente que la habitación esté a la temperatura adecuada y con un ambiente agradable para el niño que identifique con su "territorio". La habitación ha de estar bien ventilada.6. Resulta adecuado dejarle un vaso de agua en la mesilla o permitirle deambular solo por la casa para ir al baño o a la cocina. Si el niño tiene miedo a la oscuridad se le puede permitir tener una bombilla de bajo voltaje encendida.7. La conducta consistente, segura y paciente por parte de los padres es fundamental en el abordaje de los trastornos del sueño en la infancia.
--	--

consistencia desconcierta a los niños aumentando el problema de sueño⁵.

Si se detectan otras dificultades emocionales o conductuales, es aconsejable la derivación a los equipos de Salud Mental.

Debemos aconsejar a los padres que mantengan de forma invariable una actitud tranquilizadora, tocando al niño y hablándole de forma calmada, pero sin cogerlo, para que una vez que se calme, abandonen la habitación y le dejen dormir. Sin embargo, hemos de ser conscientes que se producirán momentos di-

fíciles, la mayoría de los cuales estarán relacionados con los cambios tanto por parte del niño (dentición, cólicos, etc.) como por parte del entorno (cambios de domicilio, cambios en la familia por ausencias de algún miembro, etc.) y que solo la paciencia y la constancia en las actitudes de los padres ayudarán a superarlos.

En los niños más mayores hay que evitar complacer sus pretensiones y fomentar su autonomía permitiéndole deambular hacia la cocina si es que tiene sed o dejar un vaso con agua en su

mesilla, o instarle a que vaya solo al cuarto de baño sin necesidad de pedirlo a los padres (Tabla III).

Trastornos por somnolencia excesiva. Hipersomnias

Se trata de trastornos poco frecuentes que consisten en la presencia de somnolencia diurna excesiva y patológica que aparece de forma reiterada y aparentemente inmotivada.

Ante toda hipersomnias o somnolencia, en primer término es preciso descartar causas neurológicas o metabólicas.

Las hipersomnias pueden ser sintomáticas, idiopáticas o asociadas a alteraciones psiquiátricas.

Hipersomnia idiopática o Narcolepsia

Se caracteriza por la presentación de somnolencia diurna recurrente. El sueño nocturno está muy alargado con muy difícil despertar llegando incluso a presentar episodios pseudoconfusionales. Típicamente aparece entre los 15 y 25 años, siendo rara su presentación antes de los 10 años y suele persistir hasta edades avanzadas (50-55 años).

Se caracteriza por la aparición, de forma súbita, de un intenso deseo de dormir. Los episodios tienen una duración

de 5 a 30 minutos. Pocos segundos tras el episodio el sujeto está totalmente alerta. En ocasiones, los ataques pueden ocurrir tras una excitación inusual como un evento emocional o estresante. La narcolepsia puede asociarse a cataplejía (pérdida repentina del tono muscular con caída al suelo) o a parálisis del sueño (inhibición del tono muscular cuando el sujeto se duerme).

Un 10% de estos pacientes tienen epilepsia, lo que sugiere que está implicada algún tipo de disfunción cerebral. Además, una alta proporción de adultos con esta condición tienen asociados trastornos psiquiátricos^{1,3}.

La excesiva somnolencia junto con los fenómenos de sueño REM episódicos de presentación anómala en el tiempo, los ataques de cataplejía, alucinaciones hipnagógicas y episodios de parálisis del sueño conforman la "tetrad narcoléptica".

Para su diagnóstico es preciso un estudio polisomnográfico que detecte los períodos de sueño REM al inicio del sueño los cuales constituyen el criterio diagnóstico para esta alteración.

Además del manejo farmacológico, que se comentará más adelante, algunos niños pueden beneficiarse de una siesta táctica para ahorrar al máximo los ataques de cataplejía².

Síndrome de Kleine-Levin

Su presentación es muy poco frecuente. Ocurre principalmente en la adolescencia, desapareciendo de manera espontánea. Para Ajuriaguerra, supone, en ocasiones, la antesala de una psicosis¹⁴.

Es mucho más frecuente en varones. En muchos casos, su aparición va precedida de episodios infecciosos de vías respiratorias altas.

Se caracteriza por somnolencia periódica excesiva durante el día y hambre mórbida a lo que puede asociarse sintomatología psiquiátrica¹³.

La triada clásica comprende:

- Hipersomnia rebelde de varios días de duración que puede presentarse de forma brusca o gradual.
- Hambre patológica o polifagia.
- Trastornos psiquiátricos: trastornos del comportamiento (apatía, agitación, desinhibición), hipersexualidad y trastornos del humor (depresión, euforia, irritabilidad). Además pueden presentarse confusión y trastornos sensorio-perceptivos.

Los episodios remiten tras 4-7 días para recurrir en un plazo de uno a varios meses.

Durante los accesos, se objetivan alteraciones electroencefalográficas en la vigilia.

La **hipersomnia recurrente ligada al ciclo menstrual** en mujeres adolescen-

tes se describió inicialmente como una variante de este síndrome aunque posteriormente se diferenció como una entidad clínica nueva asociada a una disfunción hormonal mal definida³.

Hipersomnias recurrentes secundarias

Pueden presentarse hipersomnias recurrentes asociadas a lesiones del SNC como tumores, traumatismos, encefalitis, etc., o a patología psiquiátrica como trastornos afectivos y neurosis³.

Las hipersomnias descritas deben distinguirse de conductas normales típicas en la adolescencia: hambre voraz y aumento de las horas de sueño en las que faltaría la naturaleza periódica. También hay que considerar la patología comicial y los cuadros histéricos en el diagnóstico diferencial.

En laboratorio de sueño se comprueba el paso directo de alerta a sueño REM, mientras que el sueño normal comienza con un período de sueño NREM².

Asimismo debe explorarse la presencia de factores estresantes y recomendarse evitar la conducción de vehículos en el caso de pacientes adolescentes.

Como tratamiento sintomático se han utilizado estimulantes centrales del tipo anfetaminas, efedrina y antidepresivos estimulantes con efectividad discutida.

En concreto, el metilfenidato a dosis de 5 mg a la hora de comer (10 mg si son mayores) puede ser útil en el tratamiento de las hipersomnias idiopáticas y del síndrome de Kleine-Levin. También la clorimipramina en dosis de 10-25 mg pueden reducir la frecuencia de los ataques³.

En las hipersomnias ligadas a la menstruación pueden ser útiles los anticonceptivos orales³.

Disfunciones asociadas con el sueño, fases del sueño o despertares parciales (Parasomnias)

Son las alteraciones del sueño más frecuentes en la infancia. Forman un grupo heterogéneo de manifestaciones que ocurren asociadas con el sueño. Las de mayor interés clínico son:

Terrores nocturnos y pesadillas

Son sueños que no ocurren durante el sueño paradójico. Tienen lugar en la fase 4 del sueño NREM y son más frecuentes en niños entre 4 y 13 años. El pico para los terrores es entre los 5 y los 7 años, tendiendo a evolucionar más favorablemente cuanto más precoz es su presentación^{3,7}.

Generalmente comienzan a las dos horas de dormirse, el niño se muestra sentado en la cama aterrorizado, incluso

llorando o gritando. No responde cuando se le habla o se trata de calmarle. La frecuencia cardíaca y respiratoria aumentan. Después de unos 15 minutos se tranquiliza y sigue durmiendo.

El diagnóstico diferencial debe establecerse fundamentalmente con las pesadillas, que son sueños aterradoros que ocurren durante el sueño REM, en el último período de la noche. El niño se despierta ansioso, pero orientado y capaz de recordar el sueño. Todos los niños las presentan ocasionalmente. La mayor prevalencia ocurre entre los 4 y los 10 años con un pico de frecuencia entre los 5 y 6 años, posteriormente decrecen aunque pueden experimentarse toda la vida².

En general, ni los terrores ni las pesadillas deben tratarse farmacológicamente, salvo si realmente provocan una importante situación de angustia (si se presentan más de una o dos veces por semana). Dado que las pesadillas son frecuentes en los niños no debe considerarse su tratamiento a no ser que se produzca un malestar clínicamente significativo o un deterioro de suficiente gravedad como para merecer atención clínica independiente¹⁵.

Como tratamiento psicofarmacológico puede usarse el diazepam en dosis única nocturna en los terrores noctur-

nos. Las pesadillas tienen mejor respuesta a los tricíclicos ya que suprimen la fase REM. No obstante, hay que tener precaución ya que no debe olvidarse que al reducir el sueño REM posiblemente alteremos el aprendizaje y la memoria, procesos clásicamente relacionados con el sueño².

Sonambulismo

El sonambulismo y los terrores nocturnos ocurren en el 3% de los niños.

Con frecuencia los episodios de sonambulismo van precedidos por episodios de terrores nocturnos.

Se trata de episodios en los que el niño corre o anda mecánicamente durante la noche, desorientado, abandonando la cama en el sueño, aunque evita tropezarse, no responde cuando se le habla y cuesta despertarle.

A medida que van creciendo, estos episodios se van haciendo menos frecuentes y pueden considerarse normales.

La mayoría de los episodios suelen aparecer en niños con edades comprendidas entre los 4 y los 8 años con un pico de máxima prevalencia a los 12. Con frecuencia remiten de modo espontáneo alrededor de los 15 años¹⁵.

Se ha descrito la asociación entre enuresis en la infancia y sonambulismo en la adolescencia.

Puede aparecer en cualquier momento de la noche pero es más frecuente tras una hora de sueño, alcanzada la primera etapa 4 del sueño NREM.

Aproximadamente, el 50% tienen antecedentes familiares y es frecuente que los episodios ocurran en relación con acontecimientos estresantes^{1,2,3}.

La evolución suele ser favorable y suelen remitir bastante antes de la adolescencia.

En la anamnesis, es importante preguntar por el consumo de fármacos psicotrópicos: Fenotiacinas, tricíclicos, anti-convulsivantes, litio, opiáceos, etc.³.

Las benzodiazepinas (lormetacepam 1 mg por la noche o diacepam 2-5 mg) pueden ser útiles en el tratamiento ya que alteran la proporción de los estadios 3 y 4 del sueño NREM pero solo estarán justificadas si los episodios son frecuentes (dos o más episodios a la semana).

Despertar al niño es innecesario. Para evitar daños pueden seguirse unas normas de higiene como son: no utilizar literas o camas muy altas, cerrar ventanas y puertas con llave, eliminar objetos peligrosos de su habitación, acompañar al niño en su deambular, etc.⁵

Somniloquio

Consiste en la emisión de palabras durante el sueño sin que exista noción

subjetiva y simultánea por parte del sujeto. Pueden ser sonidos ininteligibles, palabras o frases. Su duración es generalmente de segundos y no existe recuerdo de lo ocurrido. Surgen en cualquier fase del sueño. Cuando aparece en el sueño NREM tiende a referirse a acontecimientos recientes sin contenido afectivo, al contrario de cuando ocurre durante el sueño REM².

Por sí solos, estos episodios no son indicativos de patología aunque pueden ser más comunes en períodos de tensión emocional o ansiedad⁵.

Se produce con relativa frecuencia durante los episodios de sonambulismo, aunque también pueden aparecer en solitario.

Bruxismo

Aparece en la fase 2 del sueño y se manifiesta por movimientos mandibulares laterales de pocos segundos de duración. Su curso puede ser transitorio o crónico. La incidencia en niños de 3 a 7 años es de un 2,3 a un 12,1%. No existen diferencias en cuanto al sexo y su incidencia es mayor cuando existen antecedentes familiares³.

En algunos casos parece tener una etiología emocional como respuesta a una tensión, frustración u hostilidad. También se han implicado como factores

etiológicos alteraciones mecánicas intra-bucales, aunque no hay datos concluyentes. En el 25% se asocia a movimientos corporales y taquicardia transitoria.

No existe un tratamiento específico. Se recomienda en algunos casos el uso de férulas para evitar daños dentales⁵.

Jactatio capitis nocturna

Es un comportamiento relacionado con el sueño que consiste en el balanceo rítmico de la cabeza y, menos comúnmente, de todo el cuerpo por lo general antes de dormir. Suelen ser movimientos suaves aunque en algunos casos pueden ser muy violentos y parecen estar relacionados con períodos de tensión emocional. En algunos niños se presentan como una forma de aliviar la ansiedad e inducir el sueño o bien como una producción de placer⁷.

Aparece en el segundo semestre y desaparece en la mayoría de los casos alrededor de los 18 a 24 meses de edad. Pueden reaparecer años después coincidiendo con una época de tensión emocional. Su incidencia después de los dos años es muy baja. En principio, los movimientos ocurren antes del sueño, aunque en el 35% de los niños que presentan estos trastornos terminan presentándose también durante el sueño, preferentemente en las fases 1 y 2.

No existe un tratamiento específico. Se recomienda el uso de almohadas laterales y evitar barras en las camas para proteger al niño⁵.

Trastorno de apnea del sueño

Aunque es muy raro puede aparecer, siendo preciso un estudio polisomnográfico para su diagnóstico. Cuando se cronifica, suele asociarse a alteraciones neuropsicológicas en atención, concentración, eficiencia motriz y coordinación viso-motora, así, como memoria y aprendizaje. Asimismo, puede aparecer asociado a un enlentecimiento del crecimiento, mecanismo que puede ser consecuencia de las alteraciones apneicas en la fase 4 del sueño, estadio asociado a la liberación de hormona del crecimiento².

El tratamiento depende del tipo de di-

ficultad respiratoria y su gravedad pudiendo indicarse desde un tratamiento quirúrgico hasta entrenamiento con *biofeedback*.

Enuresis nocturna

Muchos autores la han clasificado como una parasomnia aunque generalmente se clasifica dentro de los trastornos de la eliminación¹⁵.

Existen autores que explican la enuresis como consecuencia de un fallo para despertarse debido a que el niño tiene un sueño demasiado profundo. Suele iniciarse al final de la fase 4 del sueño, para superficializarse a lo largo de su desarrollo a las fases 2 o 1, que es en general donde se produce, aunque puede ocurrir de manera fortuita en cualquiera de las fases del sueño (profundo o ligero)¹⁶.

Bibliografía

1. Neylan T, Reynolds Ch, Kupfer D. *Trastornos del sueño*. En: Tratado de Psiquiatría. Hales R, Yudofsky S, Talbott J. Ancora, Barcelona, 1996.
2. Cashman MA, McCann BS. *Trastornos del sueño en niños y adolescentes*. Martínez-Roca, Barcelona, 1991.
3. Barcia D, Morcillo L. *Alteraciones del sueño en la infancia y adolescencia*. Anales de Psiquiatría, 1997; 13: 21-39.
4. Fluchaine P. *El sueño de tu hijo. Los secretos del descanso nocturno*. Paidós, Barcelona, 1994.
5. Haslam D. *Trastornos del sueño infantil. Normas prácticas de tratamiento*. Martínez-Roca, Barcelona, 1985.
6. De Ajuriaguerra J, Marcelli D. *Psicopatología de las conductas de adormecimiento y sueño*. En: Manual de psicopatología del niño. Masson, Barcelona, 1987.
7. Graham P. *Child Psychiatry. A developmental approach*. Oxford University Press, New York, 1994.
8. Miller L. *Understanding your baby*. Rosendale Press, Ltd. Londres, 1992.
9. Schmidt Neven R. *Emotional milestones from birth to adulthood. A psychodynamic approach*. Kingsley Publishers Ltd, U.K., 1996.
10. Cabaleiro F. *Algunas consideraciones preventivas en el desarrollo afectivo del niño y del adolescente*. Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente, N° 15/16, 1993.
11. Bragado Álvarez C. *Terapia de conducta en la infancia: Trastornos de ansiedad*. Fundación Universidad Empresa, Madrid, 1994.
12. Ferber R. *Six year experience of pediatric disorders center*. Sleep Research, 1986; 15: 120.
13. Ferber R, Boyle MP. *Sleeplessness in infants up to the age of 12 months. Diagnosis and treatment*. Sleep Research, 1984; 13: 79.
14. Ajuriaguerra J. *Manual de Psiquiatría infantil*. Masson, Barcelona-México, 1983.
15. Asociación Americana de Psiquiatría. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DMS IV*. Masson, Barcelona, 1998.
16. Bragado Álvarez C. *Enuresis infantil. Un problema con solución*. Eudema SA. Salamanca, 1994.

