ENCICLOPEDIA
sobre el Desarrollo de
la Primera Infancia

CONDUCTA DEL SUEÑO

Servicios Efectivos y Programas para el Manejo de los Trastornos del Sueño de Bebés/Problemas para dormir del Niño y su Impacto en el Desarrollo Social y Emocional de los Niños Pequeños (0-5)

Luci Wiggs, DPhil

University of Oxford Section of Child and Adolescent Psychiatry, Reino Unido

Marzo 2004

Introducción

Durante el desarrollo temprano, la principal actividad de un bebé es dormir. Al momento de ingresar a la escuela, un niño ya ha ocupado significativamente más tiempo durmiendo que participando en cualquier otra actividad. Como este es un aspecto tan fundamental en la primera infancia, es importante enfocarse en cualquier anomalía de esta actividad y sus consecuencias para el niño, ya que los trastornos del sueño parecen ser muy frecuentes en los más pequeños.

Cerca del 25 al 50% de los niños entre los 6 y los 12 meses de edad tienen dificultades para conciliar el sueño o dormir en la noche, y estas cifras no disminuyen drásticamente durante el crecimiento: a los 3 años de edad, entre el 25% al 30% de niños tiene trastornos de sueño, y se ha informado de porcentajes similares en el grupo de 3 a 5 años.[1] Las cifras son notablemente más altas en los niños con “necesidades especiales” (trastornos neurológicos, psiquiátricos o discapacidad intelectual) [2].

El término “trastornos del sueño” abarca condiciones diversas: la Clasificación Internacional de Trastornos del Sueño[3] menciona más de 80 trastornos del sueño. Pese a que muchos tipos de problemas para dormir pueden producirse en el grupo de bebés de 0 a 5 años, el insomnio parece ser el problema más común y difícil de tratar al que se enfrentan los padres y médicos, y también es el tipo de trastorno al que se dedica la mayor parte de la literatura especializada. Por lo tanto, este artículo se enfocará en los servicios y programas para el insomnio. Al respecto, France y Blampied[4] proporcionan modelos útiles sobre los diversos procesos relacionados con el desarrollo del insomnio infantil.

Materia

Progresivamente, con los avances de la medicina, la eficacia de cualquier intervención no se valora solamente por el impacto sobre la enfermedad que se esté tratando. Otras variables, como la aceptabilidad, la conformidad y los efectos en otras áreas de funcionamiento/de la vida viaria, han llegado a ser aspectos primordiales que afectan las opciones de tratamientos; lo mismo ocurre con los tratamientos para el insomnio. Es importante establecer asociaciones positivas entre una intervención y el desarrollo emocional y social de un niño, no sólo para su bienestar sino también para convencer a los padres, profesionales, y organismos financiadores de la investigación/el servicio que es deseable tratar clínicamente estos problemas tan frecuentes, pese a que posiblemente estos tratamientos sean costosos (en términos emocionales, de tiempo y dinero), especialmente si es posible de lograr beneficios a largo plazo y reducir quizás la probabilidad de otras patologías.

Problemas

Existen diversas formas en las que se debiera esperar que las intervenciones para el insomnio que han sido exitosas afecten el desarrollo socioemocional de un niño. En primer lugar, revirtiendo los efectos directos de la pérdida del sueño que se han mostrado en otros contextos y que tengan un

efecto grave y ampliamente difundido en la conducta, el rendimiento escolar y la función cognitiva de los niños.[5,6]

En segundo lugar, las dificultades para dormir de un niño obviamente no lo afectan sólo a él, sino con frecuencia a toda la familia, quienes tienen que vivir bajo el estrés de este problema pues se altera también su propio sueño. Se considera que las madres de niños con trastornos del sueño tienen una menor calidad de vida e incluso el funcionamiento familiar puede estar tan alterado que se han señalado repercusiones en problemas conyugales e incluso posibles abusos físico hacia el niño.[7,8]

En tercer lugar, algunas de las intervenciones incluyen capacitación respecto de técnicas y habilidades que los padres deberían aplicar al tratar a sus niños en otros contextos, para que se produzca algún mejoramiento posterior gracias a los cambios de las habilidades más generales en los estilos de paternidad.

No obstante, se necesitan más estudios longitudinales prospectivos en grandes cohortes de niños para determinar la relación causal entre las dificultades para dormir y el desarrollo de patologías infantiles. También es difícil desentrañar el mecanismo de acción de cualquier impacto positivo de la intervención exitosa sobre el funcionamiento del niño y su familia, en parte debido a que los estudios realizados han dependido de la información subjetiva de los padres (tanto sobre el sueño del niño como sobre cualquier factor social y emocional asociado) y también porque los informes de estas variables han sido realizados por la misma persona (la madre), permitiendo un sesgo reiterado.

Contexto de la Investigación

Debido a que el término “trastornos del sueño” es muy amplio y a que la medicina del sueño es transversal a muchas especialidades clínicas y otras asociadas, el carácter del tratamiento adecuado varía ampliamente.[9] Para problemas de insomnio en niños pequeños, las intervenciones farmacológicas han sido los tratamientos utilizados más frecuentemente[11] ;la sedación, por lo general a través de la administración de sedantes antihistamínicos o de hidrato de cloral, la melatonina es una alternativa relativamente novedosa, pero cuyo uso y eficacia siguen siendo cuestionables[10] La terapia conductual es actualmente la que tiene más aceptación: enseñar a los padres diversas estrategias que puedan utilizar para ayudar a que sus hijos aprendan una conducta del sueño adecuada y que a la vez abandonen un comportamiento inapropiado. Las

revisiones sugieren que ambas formas de intervención son eficaces a corto plazo, pero que los efectos de los enfoques conductuales son más permanentes.[12-14]

Se han utilizado técnicas conductuales para la prevención, con resultados que sugieren que es posible “enseñar” una mayor consolidación del sueño,[15-18] aunque se requiere de estudios de seguimiento a largo plazo para establecer tratamientos preventivos que sean realmente eficaces. Es importante establecer el impacto de las intervenciones, sobre todo porque las técnicas en sí no están exentas de críticas; se han planteado ciertos supuestos, que revelan ignorancia, en relación a que las técnicas conductuales serían potencialmente dañinas para el niño,[19] aunque no hay respaldo empírico sobre esta afirmación.[20-22] En forma similar, la mayor inclinación por la sedación causa preocupación por los efectos adversos, la tolerancia y el efecto rebote del insomnio posterior al suministro del medicamento.[11] La resistencia parental al tratamiento clínico del problema puede ser un tema común a las diferentes modalidades.

Preguntas de Investigación Clave

Al analizar la eficacia de las intervenciones para los trastornos de sueño en niños pequeños, los investigadores han explorado los efectos en las dificultades en el sueño del niño fundamentalmente en base a informes de los padres (registros diarios o cuestionarios) como fuente principal; aunque ha habido algunos estudios que utilizan mediciones objetivas, se necesita de estudios adicionales. Se ha evaluado tanto el funcionamiento del niño (generalmente preescolares, evaluando la conducta) como la vida familiar a través de cuestionarios, respondidos por las madres. Nuevamente, se requiere de mediciones independientes y objetivas, como los datos de seguimiento a largo plazo. Debido a la aceptación de la eficacia de las intervenciones, la atención se ha desplazado recientemente a la forma de suministro de estos tratamientos (cantidad y características necesarias de la terapia, el uso de información escrita).[23,24]

Resultados de Investigaciones Recientes

Las terapias conductuales exitosas para el insomnio infantil se han vinculado reiteradamente a las reducciones de las conductas problemáticas de los niños[8,22,25] y el mejoramiento de la salud mental de los padres o su satisfacción conyugal.[8,26-28] Incluso utilizadas en forma preventiva, se ha informado de efectos significativos en los casos de estrés parental.[18.] Los padres[8] y observadores independientes han informado de interacciones positivas con los niños en algunos momentos específicos (por ejemplo, durante las comidas)[29]. Sin embargo, un número menor de estudios no

ha logrado encontrar cambios derivados de la situación anterior[30] o respaldo para los cambios positivos tanto en los grupos de control como de tratamiento,[31] lo que indica la necesidad de realizar más investigaciones para entender a cabalidad las relaciones complejas entre los trastornos del sueño en el niño, su tratamiento y el funcionamiento de los miembros de la familia. Es posible que aún no se encuentren los factores de predisposición o protectores que afecten los resultados o la reacción al tratamiento.

Conclusiones

Diversos estudios han encontrado vínculos entre el tratamiento conductual exitoso (y, a menor escala, en la prevención) del trastorno de sueño del niño y el mejoramiento del funcionamiento del niño y su familia, por vías que probablemente tendrán un impacto considerable en las interacciones sociales y emocionales del niño. En este artículo no se aborda otros tipos de trastornos del sueño (somnolencia excesiva durante el día, terrores del sueño y parasomnias intensas), que también pueden afectar el desarrollo infantil (limitando sus actividades debido a sentimientos de vergüenza, lo que produce ansiedad y reduce sus oportunidades para tener experiencias, etc.). Goodlin-Jones y Anders[32] resaltan la necesidad de la investigación para analizar si hay “tiempos críticos” que puedan predisponer particularmente una patología a más largo plazo para un niño en particular.

Para completar la información, vale la pena reconocer que las prácticas de sueño de los niños responden a modelos culturales y que las expectativas culturales afectarán las percepciones de lo que significa una conducta normal o anormal del sueño.

Implicaciones

El manejo del insomnio infantil es un área clínica importante, por su frecuencia y porque puede superarse con relativa rapidez y facilidad logrando beneficios aparentemente positivos y ampliamente difundidos. La evidencia empírica respalda la utilización de estrategias conductuales (tanto en lo inmediato como a largo plazo) como la primera opción de tratamiento para enfrentar el insomnio infantil. Para garantizar que los niños reciban tratamiento adecuado a la brevedad (o en forma preventiva), se requiere de mayor capacitación en esta área tanto a profesionales como a los padres para que los problemas del sueño puedan ser reconocidos, evaluados y diagnosticados. Actualmente, la educación profesional, a nivel mundial, en los trastornos del sueño es precaria.[33-36]

Se debería reconocer que las intervenciones conductuales necesitan tanto de recursos emocionales de los padres como de ayuda terapéutica, y que los resultados de los proyectos de investigación pueden no necesariamente extrapolarse a una situación clínica general. Así, la prioridad es una mayor comprensión de la parte “activa” de cualquier intervención y de medios para simplificar su suministro e implementación.

Referencias

1. Mindell JA, Owens JA. *A Clinical Guide to Pediatric Sleep: Diagnosis and Management of Sleep Problems.* Philadelphia, Pa: Lippincott Williams & Wilkins, 2003.
2. Stores G, Wiggs L, eds. *Sleep Disturbance in Children and Adolescents with Disorders of Development: its significance and management.* London, England: MacKeith Press; 2001.
3. American Sleep Disorders Association. *The International Classification of Sleep Disorders, Revised: Diagnostic and Coding Manual.* Rochester, Minn: American Sleep Disorders Association; 1997.
4. France KG, Blampied NM. Infant sleep disturbance: description of a problem behaviour process. *Sleep Medicine Reviews* 1999;3(4):265-280.
5. Lavigne JV, Arend R, Rosenbaum D, Smith A, Weissbluth M, Binns HJ, Christoffel KK. Sleep and behavior problems among preschoolers. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics* 1999;20(3):164-169.
6. Meijer AM, Habekothé HT, Van Den Wittenboer GJH. Time in bed, quality of sleep and school functioning of children. *Journal of Sleep Research* 2000;9(2):145-153.
7. Chavin W, Tinson S. The developing child: Children with sleep difficulties. *Health Visitor* 1980;53(11):477-480.
8. Quine L. Helping parents to manage children’s sleep disturbance. An intervention trial using health professionals. In: Gibbons J, ed. *The Children Act 1989 and Family Support: Principles into Practice.* London, England: HMSO; 1992;101-141.
9. Stores G. *A Clinical Guide to Sleep Disorders in Children and Adolescents.* Cambridge, England: Cambridge University Press; 2001.
10. Stores G. Medication for sleep-wake disorders. *Archives of Disease in Childhood* 2003;88(10):899-903.
11. France KG, Hudson SM. Management of infant sleep disturbance: a review. *Clinical Psychology Review* 1993;13(7):635-647.
12. Mindell JA. Empirically supported treatments in pediatric psychology: bedtime refusal and night wakings in young children. *Journal of Pediatric Psychology* 1999;24(6):465-481.
13. Owens JL, France KG, Wiggs L. Behavioural and cognitive-behavioural interventions for sleep disorders in infants and children: a review. *Sleep Medicine Reviews* 1999;3(4):281-302.
14. Ramchandani P, Wiggs L, Webb V, Stores G. A systematic review of treatments for settling problems and night waking in young children. *British Medical Journal* 2000;320(7229):209-213.
15. Adair R, Zuckerman B, Bauchner H, Philipp B, Levenson S. Reducing night waking in infancy: a primary care intervention. *Pediatrics* 1992;89(4):585-588.
16. Kerr SM, Jowett SA, Smith LN. Preventing sleep problems in infants: a randomised controlled trial. *Journal of Advances in Nursing* 1996;24(5):938-942.
17. Pinilla T, Birch LL. Help me make it through the night: behavioral entrainment of breast-fed infants’ sleep patterns. *Pediatrics* 1993;91(2):436-444.

18. Wolfson A, Lacks P, Futterman A. Effects of parent training on infant sleeping patterns, parents' stress, and perceived parental competence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1992;60(1):41-48.

19. France KG. Handling parents' concerns regarding the behavioural treatment of infant sleep disturbance. *Behaviour Change* 1994;11(2):101-109.

20. France KG. Behavior characteristics and security in sleep-disturbed infants treated with extinction. *Journal of Pediatric Psychology* 1992;17(4):467-475.

21. Reid MJ, Walter AL, O'Leary SG. Treatment of young children's bedtime refusal and nighttime wakings: a comparison of 'standard' and graduated ignoring procedures. *Journal of Abnormal Child Psychology* 1999;27(1):5-16.

22. Sanders MR, Bor B, Dadds M. Modifying bedtime disruptions in children using stimulus control and contingency management techniques. *Behavioural Psychotherapy* 1984;12(2):130-141.

23. Eckberg, B. Treatment of sleep problems in families with small children: is written information enough? *Acta Paediatrica* 2002;91(8):952-959.

24. Montgomery P, Stores G, Wiggs L. The relative efficacy of two brief treatments for sleep problems in young learning disabled (mentally retarded) children: a randomised controlled trial. *Archives of Disease in Childhood* 2004;89(2):125-130.

25. Seymour FW, BayfieldG, Brock P, During M. Management of night waking in young children. *Australian Journal of Family Therapy* 1983;4(4):217-222.

26. Durand VM, Mindell JA. Behavioral treatment of multiple childhood sleep disorders: effects on child and family. *Behaviour Modification* 1990;14(1):37-49.

27. Hiscock H, Wake M. Randomised controlled trial of behavioural infant sleep intervention to improve infant sleep and maternal mood. *British Medical Journal* 2002;324(7345):1062-1065.

28. Wiggs L, Stores S. Behavioural treatment for sleep problems in children with severe intellectual disabilities and daytime challenging behaviour: effect on mothers and fathers. *British Journal of Health Psychology* 2001;6(3):257-269.

29. Minde K, Faucon A, Falkner S. Sleep problems in toddlers, effects of treatment on their daytime behaviour. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1994;33(8):1114-1121.

30. Richman N, Douglas, J, Hunt H, Lansdown R, Levere R. Behavioural methods in the treatment of sleep disorders – a pilot study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 1985;26(3):581-590.

31. Wiggs L, Stores G. Behavioural treatment for sleep problems in children with severe learning disabilities and challenging daytime behaviour: effect on daytime behaviour. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines* 1999;40(4):627-635.

32. Goodlin-Jones BL, Anders TF. Relationship disturbances and parent-child therapy. Sleep problems. *Child and Adolescent Clinics of North America* 2001;10(3):487-499.

33. Rosen R, Mahowald M, Chesson A, Doghrami K, Goldberg R, Moline M, Millman R, Zammit G, Mrak B, Dement W. The Taskforce 2000 survey on medical education in sleep and sleep disorders. *Sleep* 1997;21(3):235-238.

34. Salzarulo P. Workshop on education about sleep in Europe: chairman's summary. In: Horne JA, ed. *Sleep '90, proceedings of the Tenth European Congress on Sleep Research.* Bochum, Germany: Pontenagel Press; 1990:475-478.

35. Stores G, Crawford C. Medical student education in sleep and its disorders. *Journal of the Royal College of Physicians of London* 1998;32(32):149-153.

36. Stores R, Wiggs L. Sleep education in clinical psychology courses in the UK. *Clinical Psychology Forum* 1998;119:14-18.