ENCICLOPEDIA
sobre el Desarrollo de
la Primera Infancia

CONDUCTA DEL SUEÑO

Trastornos del Sueño en Niños Pequeños: Impacto en el Desarrollo Socio-Emocional y Opciones de Tratamiento Comentarios sobre France, Wiggs y Owens

Timothy F. Hoban, MD, Ronald D. Chervin, MD

Michael S. Aldrich Sleep Disorders Center, University of Michigan, EE.UU.

Septiembre 2004

Introducción

Los primeros 5 años de vida van acompañados por cambios profundos en el carácter, distribución y duración del sueño. El variado panorama del desarrollo normal durante estos años plantea diferencias entre lo normal y anormal, benigno y resultante, causa y efecto, que a menudo se dan por supuestas, en áreas más establecidas de investigación en salud pública y que implican mayores desafíos. Sin embargo, la información inicial sugiere que una comprensión básica de estos temas podría, algún día, tener un impacto considerable en la salud pública. Entre los trastornos del sueño de los niños, hay algunos más predominantes, que en su mayoría pueden

©2004-2026 ABILIO | CONDUCTA DEL SUEÑO

ya haberse diagnosticado, y eventualmente todos pueden recibir tratamiento. Es probable que los resultados del tratamiento brinden beneficios sustanciales a los niños y sus familias, algunas veces durante muchos años e incluso en la adultez.

Los últimos 10 años han sido un período fértil de investigación relacionada a los trastornos del sueño en la primera infancia, su impacto sobre el desarrollo, la conducta y su tratamiento. Karyn France, Neville Blampied, Luci Wiggs, y Judith Owens han realizado contribuciones críticas y originales en estas áreas.[1-3] En sus textos actuales, estos autores resaltan la investigación reciente sobre el carácter y tratamiento de los problemas del sueño en bebés y niños pequeños.

Investigaciones y Conclusiones

En su visión general, France y Blampied brindan un panorama intuitivo y conciso de las características fundamentales que definen el “dormir bien” Posteriormente, describen la forma en que los cambios en el sueño que se producen con la edad y las interrelaciones complejas entre el niño, la familia, el medioambiente, y la cultura pueden influir en el logro de este objetivo. La división entre las interrupciones psicosociales del sueño y aquéllas con causas de tipo biológico, neurológico o de maduración son útiles en términos conceptuales y en la discusión actual, pero no deberían ocultar la existencia de decenas de diagnósticos de trastornos específicos del sueño en niños pequeños, o que las áreas importantes de superposición entre las dos amplias categorías pueden existir. En su discusión sobre la evidencia disponible, France y Blampied destacan correctamente la efectividad de las intervenciones conductuales, en contraste con la virtual ausencia de indicaciones demostradas para el tratamiento farmacológico. En forma similar, se justifica ciertamente el énfasis en la preparación de los padres para las intervenciones del sueño.

Wiggs proporciona información adicional de contexto que es esencial para comprender la importancia de los problemas del sueño en la infancia: estas enfermedades afectan a un cuarto o a la mitad de los niños pequeños, y el impacto adverso usualmente se extiende también a otros miembros de la familia. En contraste con France y Blampied, Wiggs pone mayor énfasis en el hecho que no se han realizado aún estudios longitudinales y prospectivos con mediciones independientes y objetivas para determinar “la relación causal entre los trastornos del sueño y el desarrollo patológico del niño”. Ella también señala correctamente que falta mucha información para comprender cualquier mecanismo psicológico subyacente que pueda vincular los trastornos del sueño con sus impactos en el desarrollo emocional, social y conductual. Los estudios a largo

plazo de intervenciones eficaces todavía no se han realizado, al igual que las investigaciones sobre las limitaciones de los tratamientos actuales. Sin estos estudios, los médicos prescriben medicamentos pese a las preocupaciones sobre la tolerancia a los fármacos, los efectos colaterales y el insomnio de rebote; los padres pueden rechazar tratamientos conductuales efectivos y seguros, como la extinción (el proceso de reducir o eliminar una respuesta condicionada al no reforzarla), debido a la percepción relacionada al daño que producirá a su hijo.

Owens también comenta el alto predominio de los problemas de sueño en la primera infancia, y respecto de la evidencia relacionada a que estos problemas pueden persistir y volverse crónicos en años posteriores. Ella señala que el punto crítico de estos trastornos del "insomnio" infantil (estado que se produce por dormir en forma insuficiente o inadecuada) está asociado a cambios de humor, conducta, y funciones cognitivas mediadas por la corteza pre-frontal. Ella señala que las alteraciones del sueño o la somnolencia *pueden* producir estos resultados. La mayoría de los especialistas del sueño estaría de acuerdo con esta afirmación, pero el énfasis puesto en este aspecto debería estar probablemente en la palabra "*pueden*". Ensayos aleatorios, controlados con placebo y de doble ciego no han comprobado la relación causa y efecto ni la efectividad de la intervención. Owens continúa haciendo diversas observaciones críticas pero originales. Los niños que sean más vulnerables a los trastornos del sueño podrían ser aquéllos al menos propensos a ser identificados o tratados. El sueño "problemático" no ha sido aún definido adecuadamente en los niños pequeños, en parte porque los rangos de "normal" y "patológico" parecen ser tan amplios y susceptibles a los contextos culturales, familiares o socioeconómicos. Owens se atreve a exponer un resumen razonable e importante de la investigación existente señalando que la educación de los padres y la extinción son enfoques efectivos y establecidos a los problemas del sueño. Como fue determinado por el criterio de Chambless (criterio para tratamientos psicológicos de evaluación empírica), la extinción gradual y los despertares establecidos son rutinas probablemente eficaces, en tanto que las rutinas positivas constituyen una intervención prometedora.

Implicancias

En forma conjunta, French, Blampied, Wiggs, y Owens crean un argumento convincente para fomentar las políticas y servicios que traten esta clase de enfermedades (trastornos del sueño de la primera infancia) ya que pueden tener gran preponderancia, ser diagnosticables, y tener tratamiento. Todas las recomendaciones específicas realizadas por cada uno de los autores son

justificadas. Los niños entre 0 a 5 años de edad ocupan cerca de la mitad de su tiempo satisfaciendo la necesidad de de dormir de su cerebro en desarrollo .No causa sorpresa alguna que cuando el ritmo de sueño se interrumpe, también pudiera ocurrir lo mismo con la regulación emocional, la interacción social, la cognición y el desarrollo de la conducta. La evidencia disponible respalda fuertemente la efectividad de las intervenciones que se basen en la conducta para las causas más comunes de los insomnios de la infancia. Los autores están en lo cierto al recalcar que los esfuerzos de amplio alcance para prevenir la aparición de estos problemas, fácilmente a un tercio de los niños, lo que merece estudio y puede probar el costo-beneficio. La prevención, como el tratamiento, probablemente requerirá más educación de profesionales y de padres sobre la importancia del sueño, los hábitos para dormir bien y las interacciones padres-hijo orientadas a reforzar un buen sueño. La mayoría de los padres ya ha discutido sobre el sueño con sus pediatras o médicos de la familia, pero sólo en el contexto de enfermedades clínicas agudas. Los síntomas de trastornos del sueño crónicos rara vez se mencionan y los diagnósticos del sueño primario están pocas veces establecidos, y por lo general, no se ha instaurado la práctica del tratamiento efectivo.[4] La educación de la medicina del sueño casi no existe en los currículos de las escuelas de medicina ni en los programas de residencia y entrenamiento.[5-7] No obstante, una encuesta a cerca de 1.500 padres estadounidenses realizada por la Fundación Nacional del Sueño (National Sleep Foundation) en el 2003 encontró que 2/3 identificaban algún trastorno de sueño en su hijo, y que 3/4 de ellos cambiaría algo en el sueño de su hijo, si pudiera, según la Encuesta 2004 del Sueño en Estados Unidos *(2004 Sleep in America Poll)* realizada por la Fundación Nacional del Sueño en la ciudad de Washington. Cuando se mencionan los trastornos del sueño a los pediatras o a los médicos de la familia, muchos responden prescribiendo fármacos no autorizados que tienen escaso respaldo publicado para su administración a niños.[3]

Los artículos de French, Blampied, Wiggs, y Owens limitan sus descripciones de los “servicios y programas” mencionados en el título a la interacción individual entre el pediatra y el paciente. Desgraciadamente, los esfuerzos programáticos a gran escala para orientar los problemas del sueño en los niños han sido escasos. No obstante, las excepciones incluyen la Campaña De Espalda para Dormir (*Back to Sleep Campaign*) que redujo drásticamente la incidencia del síndrome de muerte súbita infantil, y la recomendación del 2002 de la Academia Estadounidense de Pediatría (American Academy of Pediatrics) que señalaba que se consultara a todas las familias si sus niños roncaban. La efectividad de las intervenciones conductuales para los problemas comunes “psicosociales” necesita investigación de programas a gran escala, de

preescolares y comunitarios para educar a los padres sobre la prevención y el tratamiento. Es necesario recabar mucha más información para determinar si el “desarrollo social y emocional” de los niños pequeños de hecho está dañado *debido a* los trastornos del sueño; de ser así, qué aspectos están dañados; con qué frecuencia; mediante qué mecanismos, y debido a cuáles diagnósticos específicos del sueño. La epidemiología y el impacto potencial señalado en estos artículos sugieren que estas investigaciones deberían ser una prioridad. Las políticas públicas deberían apoyar investigaciones en el sueño humano normal y en los trastornos clínicos del sueño. La medicina del sueño es un campo joven, y en su interior, la medicina del sueño pediátrico es todavía más joven. Algunas interrogantes fundamentales, aún sin respuesta, son:_¿cuántas horas de sueño necesitan los jóvenes?, ¿cómo se puede determinar mejor esta cantidad en un niño en particular?. Se cree que no dormir las horas necesarias produce un impacto fundamental en los adultos, pero este impacto en los niños pequeños no se ha investigado suficientemente, incluso a pesar que las preocupaciones del desarrollo a largo plazo sean propensas a aumentar las relativas a las funciones inmediatas o del día siguiente. La encuesta de la Fundación Nacional del Sueño ha generado una atención considerable cuando ha informado que los bebés, párvulos y preescolares, en promedio, tuvieron 1 o 2 horas menos de sueño que la cantidad de horas generalmente consideradas como necesarias. Pese a que los trastornos del sueño pediátrico son menos frecuentes que los del sueño conductual, el impacto sin tratamiento puede incluir ramificaciones generalizadas e irreversibles en la etapa adulta. Las investigaciones de trastornos del sueño pediátrico pueden afectar en líneas generales áreas esenciales del bienestar social, oscilando desde la frecuencia de extracción de las amígdalas en los niños a rendimiento escolar9 y agresión infantil.[10]

En la Universidad de Michigan (University of Michigan), el reconocimiento de las interacciones complejas entre el sueño y la conducta ha resultado en que muchos niños sean derivados a la Clínica de Conducta y Sueño Pediátrico Multidisciplinario (Multidisciplinary Pediatric Sleep and Behaviour Clinic). Durante la mañana, los niños y sus familias ven tanto a un especialista en sueño clínico (neurólogo y medicina pulmonar) y a un especialista en sueño conductual (psicología infantil o un pediatra conductual). Las juntas médicas al final de cada cita médica brindan una oportunidad para los especialistas de todas las disciplinas para evaluar y resumir la información obtenida. Los resultados a menudo incluyen enfoques multifacéticos que idealmente aborden las complicadas patologías cruzadas que la mayoría de los niños ha desarrollado. Los sistemas de salud a menudo no compensan estos esfuerzos clínicos intensivos de una forma rentable. Considerando los diversos beneficios que el tratamiento efectivo de los trastornos del

sueño en la infancia pueden tener, los sistemas de salud deberían inventar formas innovadoras para apoyar los enfoques disciplinarios cruzados necesarios que son más propensos a probar el costo–beneficio a la sociedad a largo plazo.

Referencias

1. France KG, Balmpied NM. Infant sleep disturbance: Description of a problem behaviour process. *Sleep Medicine Reviews* 1999;3(4):265-280.
2. 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):622-635.
3. Owens JA, Rosen CL, Mindell JA. Medication use in the treatment of pediatric insomnia: Results of a survey of community-based pediatricians. *Pediatrics* 2003;111(5):e628-e635.
4. Chervin RD, Archbold KH, Panahi P, Pituch KJ. Sleep problems seldom addressed at two general pediatric clinics. *Pediatrics* 2001;107(6):1375-1380.
5. Rosen RC, Rosekind M, Rosevear C, Cole WE, Dement WC. Physician education in sleep and sleep disorders: A national survey of United-States medical schools. *Sleep* 1993;16(3):249-254.
6. Mindell JA, Moline ML, Zendell SM, Brown LW, Fry JM. Pediatricians and sleep disorders: training and practice. *Pediatrics* 1994;94(2 Pt 1):194-200.
7. Rosen R, Mahowald M, Chesson A, Doghramji K, Goldberg R, Moline M, Millman R, Zammit G, Mark B, Dement W. The Taskforce 2000 survey on medical education in sleep and sleep disorders. *Sleep* 1998;21(3):235-238.
8. Weatherly RA, Mai EF, Ruzicka DL, Chervin RD. Identification and evaluation of obstructive sleep apnea prior to adenotonsillectomy in children: a survey of practice patterns. *Sleep Medicine* 2003;4(4):297-307.
9. Gozal D. Sleep-disordered breathing and school performance in children. *Pediatrics* 1998;102(3):616-620.
10. Chervin RD, Dillon JE, Archbold KH, Ruzicka DL. Conduct problems and symptoms of sleep disorders in children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 2003;42(2):201-208.

©2004-2026 ABILIO | CONDUCTA DEL SUEÑO