

# ASENARCO

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DEL SUEÑO

## GUÍA TRASTORNOS DEL SUEÑO INFANTIL



**CÓMO CUIDAR Y PREVENIR  
LAS PATOLOGÍAS DEL SUEÑO INFANTIL**

ASENARCO (Asociación Española del Sueño)

C/ Honorio García Conday nº 12 int. Local Teléfono 976 282 765



: [info@asenarco.es](mailto:info@asenarco.es)



: [www.asenarco.es](http://www.asenarco.es)

## ÍNDICE

- CONSIDERACIONES GENERALES	<i>Páginas 03-04</i>
- EL INSOMNIO INFANTIL	<i>Páginas 05-09</i>
- TRASTORNOS DEL MOVIMIENTO RELACIONADOS CON EL SUEÑO	<i>Páginas 10-12</i>
- PARASOMNIAS	<i>Páginas 13-15</i>
- HIPERSOMNIA. SOMNOLENCIA DIURNA EXCESIVA	<i>Páginas 16-17</i>
- NUTRICION EN EL SUEÑO INFANTIL	<i>Páginas 18-19</i>
- CONSEJOS PARA AYUDARTE A CONCILIAR EL SUEÑO.	<i>Páginas 20-21</i>
- FISIOTERAPIA EN EL SUEÑO INFANTIL	<i>Páginas 22-23</i>
- AOS INFANTIL	<i>Páginas 24-28</i>
- NARCOLEPSIA	<i>Páginas 29-30</i>
- SUEÑO Y EDAD INFANTIL DESDE EL PUNTO DE VISTA HORMONAL	<i>Páginas 31-33</i>
- LOS PROBLEMAS DEL SUEÑO EN LA INFANCIA	<i>Páginas 34-37</i>
- CUESTIONARIO BEARS	<i>Páginas 38-39</i>

**Dr. Ginés Sabater García**

*Director Médico  
Grupo Vitalia Home.*

**Dr. Gonzalo Oliván Gonzalvo**

*Especialista en Pediatría  
Centro de Pediatría y Adopción  
Internacional, Zaragoza.*

**Dr. Fernando Loscos Morato**

*Médico Especialista en Estomatología*

**Dra. Alicia Loscos Estaún**

*Odontóloga  
Especialista en Ortodoncia.*

**Dra. Isabel Dolz**

*Doctora en Medicina y Cirugía  
Especialista en Neurofisiología Clínica.*

**Dr. Angel Ferrández Longás**

*Director Gerente.  
Fundación Andrea Prader.*

**Dra. Ana Altabás del Río**

*Doctora Universidad Zaragoza  
Licenciada en Psicología. Master en Medicina*

**EQUIPO SANITARIO LUAH SALUD**

**Marta Redondo Relancio.** *Nutrición y Dietética*

**Patricia Viorreta Pintanel.** *Fisioterapeuta*

**Luis Pascual Guillén.** *CEO y Fisioterapeuta*

*Edita: ASENARCO*

*Asociación Española del Sueño  
C/ Honorio García Condoy nº 12 Int. Local  
ZARAGOZA 50007  
Teléfono: 976 282 765*

*Correo mail: [info@asenarco.es](mailto:info@asenarco.es)  
Página Web: [www.asenarco.es](http://www.asenarco.es)*

*Diseño y Maquetación: ASENARCO  
Imágenes de acceso libre recogidas en la  
página [www.FreePik.com](http://www.FreePik.com) cumpliendo con los  
requisitos de uso de la Compañía*

# ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DEL SUEÑO

En esta Guía ASENARCO sobre Trastornos del Sueño en la Infancia, el objetivo que perseguimos al editarla es darle la relevancia e importancia que tiene el Sueño en esta etapa de la vida. Los trastornos del sueño son un motivo de consulta cada vez más frecuente en niños y adolescentes, tanto en atención primaria como en especialistas.

El Sueño juega un papel esencial en el correcto desarrollo del niño y es un perfecto aliado en el crecimiento, memoria, secreción hormonal, inmunidad y en el descanso nocturno para preparar una jornada al día siguiente, activa y de valor para el niño. Sin un sueño correcto no hay descanso, al margen de otros problemas y si no hay descanso, no hay desarrollo normal.

Las enfermedades del sueño SON MÚLTIPLES pero quizá el padecimiento o situación común en todas ellas sea EL INSOMNIO.

Pero son muchas las circunstancias que alteran el Sueño normal y reparador del niño como:

- Insomnio, generalmente por modificación de la conducta y hábitos.
- Parasomnias, como Terrores Nocturnos, Sonambulismo, Enuresis. Hipersomnias, como la Narcolepsia con o sin Cataplejía
- Trastornos del sueño relacionados con la respiración, como el Síndrome de Apnea e Hipoapnea del Sueño, también importante padecimiento en edad infantil.
- Alteraciones del ritmo circadiano y alteraciones relacionadas con movimientos anómalos del sueño.

El insomnio en la infancia en gran parte se debe a factores conductuales como son aquellos que se producen por hábitos poco saludables o por higiene de sueño inadecuada que afectan tanto al niño y su desarrollo educacional, como a la familia cuando este insomnio se prolonga.

Los problemas relacionados con el sueño afectan en la infancia por distinta incidencia según la edad del niño, pero de manera global, uno de cada cuatro niños sufre alguna patología relacionada con el sueño y, como especial manifestación, su clínica es casi siempre el Insomnio.

Para llegar a conocer el problema de forma concreta es importante que en la consulta médica se haga un estudio pormenorizado de lo que el niño y los padres relatan. Hábitos, conductas relacionados con el mero hecho de ir a la cama. Una buena anamnesis y exploración física completa son fundamentales en el diagnóstico de los trastornos del sueño en la infancia, no siendo habitual la necesidad de realizar estudios complementarios, salvo el calendario de sueño.

Es imprescindible valorar los hábitos de sueño, como las rutinas a la hora de ir a la cama, el consumo de bebidas excitantes a base de cola o cafeína y las condiciones en el domicilio (ruidos, luz) así como otras consideraciones de esa higiene del sueño tan necesaria y tan interrumpida como causa de los problemas del Sueño en el niño y adolescente.

Veremos en esta guía que una vez diagnosticado y conocido el problema responsable de esa falta de Sueño, las medidas que debemos adoptar con los niños pasan por una re-educación en las costumbres saludables o en una concienciación en lo que llamamos higiene del sueño.

En la mayoría de los casos, sólo con aplicarla se corrige el problema y en pocos casos es necesario el uso de fármacos o de otras medidas psicológicas para aliviar el problema del niño, que lo sufre directamente, como de los padres y familia. En general, existe poca evidencia que avale el uso de terapia farmacológica en el tratamiento de los trastornos del sueño en la infancia, por lo que no se considera de primera línea. Este tratamiento queda reservado para los casos graves que no mejoran solo con terapia no farmacológica.

Así pues, en esta Guía ASENARCO de Trastornos del Sueño en la Infancia tendremos una visión global y actualizada del problema y de las diferentes posibilidades de tratamiento y, una vez más, el ofrecimiento a contar con los expertos de la Asociación para evaluar, dirigir y ayudar al paciente y, en este caso, a los padres.



## EL INSOMNIO INFANTIL

El insomnio infantil es uno de los motivos de consulta frecuente en pediatría, afectando a un tercio de la población pediátrica (6 meses y 14 años de edad). En un porcentaje amplio de las ocasiones la causa principal es los malos hábitos de sueño.

Aunque es el origen principal, el insomnio puede deberse en la infancia a procesos más importantes como enfermedades crónicas y a alteraciones neurológicas, estos suponen el menor porcentaje de las causas. Es el efecto del insomnio lo que nos preocupa más a padres, maestros y médicos.

La somnolencia diurna, el cansancio, el déficit funcional del día siguiente.

Dado que la horquilla de edad es muy amplia, el insomnio del que hablamos hoy es el que incide en niños con mayor autonomía. De los 3 a los 10 años de edad, pero la edad pediátrica en su extensión es igual de susceptible al insomnio a cualquier edad, con características muy similares.

Y es un hecho contrastado que el insomnio del niño afecta al protagonista y a la familia.



Es en muchos casos una actitud conductual que debe tratarse de forma multidisciplinaria.

En general, el insomnio se define por la dificultad o incapacidad para iniciar (conciliación) y/o mantener el sueño (insomnio de madrugada) impidiendo un descanso óptimo y provocando cansancio al día siguiente.

En pediatría, esa subjetividad se modifica a objetividad por parte de padres y cuidadores que ven las dificultades para ir a la cama del niño o el rechazo a dormir solo, despertares nocturnos, pesadillas, piernas inquietas, la necesidad de presencia parental para volver a conciliar el sueño tras los despertares es lo que caracteriza este problema en la mayoría de los casos.

## CLASIFICACIÓN

### 1.- INSOMNIO POR INCORRECTA HIGIENE DEL SUEÑO:

Generado por prácticas y actividades que frenan la correcto desarrollo del sueño, de forma impositiva. El niño tiene malos hábitos durante el tiempo de sueño, mermando la duración necesaria y calidad al mismo y provocando distorsión al día siguiente. Cansancio y falta de fuerzas para el colegio.

Como por ejemplo:

- No tener un hábito estable en horarios de ir a dormir y despertar.
- No hacerlo en ambiente de silencio y calma.
- Dejar que los fines de semana se alargue la noche mermando el descanso.
- Gimnasia o actividad vigorosa próximas a las horas de ir a la cama.
- Uso inadecuado de teléfono, PAD's, videoconsolas, TV, PC's, o cualquier punto de emisión de luz que actúa sobre la propia liberación de la Melatonina natural.
- Consumo de alimentos que contienen cafeína como café, té, cola, bebidas energizantes, chocolate y por supuesto el abuso alcohol y drogas, cada vez más expuesto en pediatría incluso a nivel pasivo.

### 2.- INSOMNIO CONDUCTUAL:

Es este tipo de insomnio el más usual en la consulta en Pediatría (AP). El niño no puede dormirse solo y reclama la presencia de un adulto. La conducta se caracteriza por resistencia a acostarse, hiperactividad inusual, miedo o ansiedad antes de ir a dormir, llanto e irritabilidad.

Se ha comprobado que esa conducta de incapacidad de iniciar el sueño, se repite en los despertares nocturnos en cuanto a que el niño vuelve a pedir la presencia del adulto por miedos o pesadillas. Este comportamiento altera tanto el sueño del niño y su comportamiento diurno como el correcto funcionamiento familiar.

El insomnio conductual de la infancia se produce por actuaciones deficitarias tanto en el inicio del sueño como por falta de horarios establecidos, siendo frecuente que las dos circunstancias se asocien. El inicio del sueño debe ser el de respetar el silencio, la conciliación, una higiene dirigida a preparar el sueño (luces, aparatos, ruidos). Lo mismo que ocurre cuando no hay un respeto a los límites horarios. Dormir a la misma hora y con una duración total establecida, tanto en el día a día como en fines de semana y vacaciones. Hay que educar al cuerpo.

### **3.- INSOMNIO PROVOCADO POR OTRAS ENFERMEDADES:**

Cuando el insomnio se produce como efecto secundario al padecimiento de otras enfermedades que o bien no permiten conciliar el sueño o bien provocan despertares nocturnos. Son enfermedades de ámbito general (infecciones, tumores, enfermedades o situaciones psicológicas, mentales...) que son en sí mismas la que provocan el insomnio o por el tratamiento aplicado para paliarlas (corticoides, neuro-lépticos..).

### **MANEJO DEL NIÑO CON INSOMNIO**

La pauta es comenzar con un estudio pormenorizado del niño para descartar procesos de salud que sean los que provoquen insomnio secundario, ya sean enfermedades comunes o por trastornos específicos del sueño.

Los tiempos de sueño varían mucho cuando se habla de recién nacido, lactante o niño pequeño. No son necesarias las mismas hora para que el sueño sea reparador, desde la 18 horas de sueño al día del recién nacido hasta las 10 horas del niño pequeño.

El sueño es un acto esencial para el crecimiento, la cicatrización, la memoria, para el descanso reparador. Y las horas necesarias para conseguirlo, son diferentes según la edad del paciente.

El sueño es un acto esencial para el crecimiento, la cicatrización, la memoria, para el descanso reparador. Y las horas necesarias para conseguirlo, son diferentes según la edad del paciente.

Y en muchas ocasiones, los malos resultados académicos del niño o su especial irritabilidad o nerviosismo son los que nos delatan que puede haber insomnio. Es decir, llegamos a identificar un problema por el efecto del mismo y en el niño está muy relacionada la evolución en el colegio con los problemas del insomnio. Así pues, en niños mayores es importante conocer el rendimiento académico y posibles causas de estrés ambiental (problemas familiares, bullying, depresión, ansiedad, etc.), consumo de medicamentos o alimentos que puedan interferir con el sueño.

El examen físico no es habitual que revele las claves del insomnio, excepto para algunas formas de insomnio secundario a enfermedades crónicas (prurito, asma, problemas osteomusculares, etc.). Para poder diagnosticar con acierto, es necesaria la colaboración con los padres. Se debe anotar el modo del sueño y del insomnio en al menos 10-14 días seguidos.

Radical importancia tiene el Ronquido a cualquier edad, pero con más énfasis en el niño. No hay ronquido que no esconda alteración del sueño. Y en no pocas ocasiones esconde un SAHS (Síndrome de apnea o hipo apnea del sueño). Si en edad pediátrica, que es el objetivo de esta guía, el ronquido cobra una especial evidencia, hay que tratarlo desde el primer día en que se hace visible.

## TRATAMIENTO

En el insomnio por higiene de sueño deficiente el enfoque terapéutico se basa en las siguientes recomendaciones:

**Horarios estables de sueño:** la hora de acostarse y de levantarse debería ser igual todos los días, incluidos los días sin actividad escolar, aunque en estos casos se puede ser un poco más flexible pero sin que exista más de una hora de diferencia horaria.

**Rutina a la hora de acostarse:** Desde la higiene y la cena el niño tiene que pensar que estas rutinas anticipan el sueño. Antes de acostarse permitir que el niño destine unos 20-30 minutos a leer o hablar de las cosas que le han ocurrido durante el día.

**Habitación confortable:** ordenada, silenciosa (ruido ambiental escaso), oscura (se puede dejar un piloto luminoso) y a una temperatura agradable (20-22°C) y nunca por debajo de los 18°C o por encima de los 24°C.

**Alimentación:** Deberá cenar una cantidad no excesiva de alimento (las comidas copiosas dificultan el sueño), no abusando de líquidos pero no deberá acostarse con sensación de hambre. No debe tomar café, té, bebidas refrescantes que contengan cafeína o chocolate en las 3 a 4 horas previas a acostarse.

**Ejercicio:** Es recomendable que el niño haga ejercicio de manera habitual, preferentemente al aire libre pero nunca de manera vigorosa en la hora previa a acostarse.

#### **Televisión y dispositivos electrónicos.**

No debería permitirse aparatos de televisión u ordenadores en la habitación. La exposición lumínica de estos dispositivos alteran notablemente el sueño. La misma consideración debe aplicarse para los teléfonos móviles.

**Siestas.** En niños menores de 5-6 años las siestas pueden ser normales o fisiológicas, sobre todo si son habituales en periodos no escolares o vacacionales. Las siestas en niños mayores de 5-6 años no son normales y pueden indicar una privación crónica de sueño u otros trastornos del sueño. En cualquier caso, las siestas no deberían ser prolongadas.

El Tratamiento del insomnio conductual es sin duda el más controvertido pues en no pocas ocasiones, el origen del mismo no es tanto el niño sino las costumbres inculcadas desde la familia.

Como pauta general, aplicar la Higiene del sueño expuesta antes sería el primer paso antes de dirigirnos a la farmacología. Que se extiende desde la Melatonina hasta hipnóticos de diferente potencia. Pero como regla general, el tratamiento farmacológico cuando el insomnio es conductual, debe tener un tiempo de exposición corto.



*Dr. Ginés Sabater García  
Director Médico Grupo Vitalia Home*

## TRASTORNOS DEL MOVIMIENTO RELACIONADOS CON EL SUEÑO

### 1.- MOVIMIENTOS RÍTMICOS DURANTE EL SUEÑO

Son movimientos rítmicos repetitivos y estereotipados de grandes grupos musculares (cabeza, cuello, tronco, extremidades, generalizados). En ocasiones se combinan dos o más tipos de movimientos y pueden acompañarse de sonidos inarticulados.

Aparecen a la hora de acostarse (por la noche o durante las siestas diurnas), cuando permanece despierto, en el transcurso del adormecimiento o durante cualquier fase del sueño. La duración habitual no supera quince minutos pero puede prolongarse varias horas, no recordando nada de lo sucedido el día siguiente.

En la mayoría de los casos se inician antes del año de edad y son muy frecuentes hasta los nueve meses (60%). A partir de ahí la prevalencia disminuye paulatinamente, variando en función de la edad (9% de 2-6 años; 3% de 6-17 años). La causa es desconocida y se han propuesto varias hipótesis: estimulación vestibular, despertares nocturnos, estrés ambiental, falta de estimulación del entorno, auto estimulación, comportamiento para llamar la atención, conducta aprendida.



Los vídeos domésticos recogidos por la familia son útiles para el diagnóstico y la videopolisomnografía se reserva para casos dudosos. El diagnóstico diferencial incluye trastornos del desarrollo, trastornos médicos (neurológicos, dolor, reflujo gastroesofágico, infección de oído), comportamientos auto estimulatorios, convulsiones, parasomnias y otros trastornos del movimiento relacionados con el sueño.

El pronóstico es benigno y no se considera un trastorno a menos que altere la calidad del sueño, afecte las actividades diurnas o provoque autolesiones. Por ello, la primera medida que se recomienda es tranquilizar a la familia. Se debe instruir a los padres sobre medidas de seguridad para evitar que el niño se haga daño como colocar chichoneras en la cuna o barras protectoras en la cama. Aunque no existen tratamientos eficaces, en algunos casos mejoran con técnicas de modificación de la conducta, restricción de sueño o medidas farmacológicas.

## 2. SÍNDROME DE PIERNAS INQUIETAS

Es un trastorno neurológico crónico sensitivo-motor, caracterizado por la necesidad urgente de mover las piernas en situaciones de reposo o inactividad y generalmente acompañada por sensaciones desagradables por debajo de las rodillas. Estos síntomas aparecen o empeoran al final del día y se alivian con el movimiento. Con frecuencia se asocia con el trastorno de movimientos periódicos de las extremidades.

Tiene un gran impacto en la calidad de vida ya que provoca insomnio (no pueden iniciar el sueño), inquietud vespertina, irritabilidad, fatiga diurna, dificultad de concentración y dificultad para realizar las tareas escolares y, en casos graves, somnolencia diurna excesiva.

La prevalencia es de un 2-4%, suele comenzar entre los 4-8 años y es más frecuente si hay antecedentes de dolores de crecimiento y trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Su causa es desconocida, aunque se barajan varias hipótesis: la herencia autosómica dominante, la disfunción del receptor de la dopamina y el déficit de hierro/ferritina.

El diagnóstico se realiza a través de la historia clínica, los antecedentes personales y familiares (habitualmente presente en familiares de primer grado), la exploración física y el estudio de laboratorio (hematológico, bioquímico y del metabolismo del hierro). Puede ser útil la información recogida por las familias en las agendas/diarios de sueño y los vídeos caseros.

El diagnóstico diferencial hay que hacerlo con dolores del crecimiento, trastorno por déficit de atención e hiperactividad, tics motores, disconfort posicional, dolores y calambres musculares, acatisia, enfermedad de Osgood-Schlatter, condromalacia rotuliana y polineuropatía periférica. Para su tratamiento hay que eliminar los factores que empeoran o precipitan el síndrome, limitar el consumo de chocolate y bebidas con cafeína, y aplicar las prácticas de la higiene del sueño. Se debe apoyar al niño cuando está en clase.

En el colegio deben entender que el niño se mueve porque "necesita moverse" y no por un desajuste comportamental. Por ello, medidas como permitirle que salga a dar un paseo durante una clase, alguna actividad física en los recreos o que cambie de posición con frecuencia si lo necesita son suficientes para reducir el malestar en las piernas.

Aunque no existen suficientes evidencias científicas, algunos grupos de expertos recomiendan el tratamiento con suplementos de hierro oral durante 3 meses si se detecta déficit de hierro y/o ferritina. El tratamiento farmacológico queda restringido para casos graves.

### **3. MOVIMIENTOS PERIÓDICOS DE LAS EXTREMIDADES**

Son sacudidas bruscas, pseudorrítmicas y estereotipadas de las extremidades que aparecen en el transcurso del sueño y, en ocasiones, durante la vigilia. Son más habituales en las piernas, manifestándose con una extensión del primer dedo del pie, dorsiflexión del tobillo y, en ocasiones, de la rodilla y cadera.

La prevalencia es del 1-2% y con frecuencia se asocia con el síndrome de piernas inquietas (70%), síndrome de apnea-hipopnea obstructiva del sueño (50%), parasomnias (40%) y trastorno por déficit de atención e hiperactividad (20%).

El diagnóstico requiere la realización de una polisomnografía. Se considera un verdadero trastorno cuando el índice de movimientos periódicos de las extremidades es superior a 5 por hora de sueño y se produce un trastorno de sueño significativo o fatiga diurna. Las hipótesis sobre su causa y la terapéutica son similares al síndrome de piernas inquietas.

*Dr. Gonzalo Oliván González  
Centro de Pediatría y  
Adopción Internacional,  
Zaragoza*

## PARASOMNIAS

Son trastornos que implican la aparición de fenómenos físicos o conductas no deseables que ocurren durante el sueño. Las características más destacadas son la aparición de actividad músculo-esquelética y cambios en el sistema nervioso autónomo. Se distinguen las parasomnias en sueño NREM o trastornos del arousal (sonambulismo, terrores nocturnos, despertar confusional) y las asociadas al sueño REM (pesadillas).

### SONAMBULISMO

La prevalencia es del 15% entre los 3-15 años. Durante los episodios se levanta de la cama y camina sin ser completamente consciente de lo que le rodea. También puede realizar tareas complejas como abrir puertas, salir de casa o al balcón, sacar alimentos de la nevera y comer, o bajar escaleras. Suele mantener los ojos abiertos y puede murmurar o dar respuestas ininteligibles o carentes de significado. Es difícil despertarlo y raramente recuerda lo sucedido al día siguiente.

### TERRORES NOCTURNOS

La prevalencia es del 1-5% entre los 3-6 años. Los episodios se caracterizan por un despertar brusco durante el primer tercio de la noche, acompañados de una conducta de intenso miedo (mostrándose muy agitado, asustado y confuso, gritando o llorando) y síntomas autonómicos (hiperventilación, taquicardia, sudoración y midriasis), no respondiendo a estímulos externos y no recordando lo sucedido al día siguiente. Duran unos minutos y terminan de manera espontánea volviendo a dormir. La frecuencia oscila entre 1-4 episodios por mes.



## DESPERTAR CONFUSIONAL

Es frecuente en menores de 5 años. Los episodios se caracterizan por un despertar durante el primer tercio de la noche, mostrándose confuso (desorientación temporo-espacial), lentitud en la ideación y el habla, alteración de la memoria) y en ocasiones agresivo (similar a una rabieta). Al intentar consolarlo empeoran los síntomas y se prolonga el episodio. Se inician y finalizan de forma progresiva, no repentina, y suelen durar entre 5-15 minutos.

\* Entre los factores predisponentes a los trastornos del arousal destacan: historia familiar de primer grado, privación de sueño, enfermedad febril, ansiedad, síndrome de apnea obstructiva del sueño, TDAH y síndrome de la Tourette.

\* El diagnóstico diferencial debe realizarse con: trastorno del comportamiento durante el sueño REM, pesadillas, ataques de pánico nocturnos y epilepsias nocturnas (epilepsia nocturna del lóbulo frontal).

\* Los trastornos del arousal suelen ser benignos, tienden a desaparecer con el tiempo y no requieren tratamiento específico. Sólo se derivará a una unidad especializada en trastornos del sueño los casos de parasomnias atípicas, complicadas y que han causado lesiones.

\* La principal medida a tomar debe ser la mejora de la higiene del sueño: dormir las horas suficientes, no suprimir las siestas, mantener un horario regular y evitar posibles desencadenantes. Se debe aconsejar a los padres sobre cómo actuar cuando se produce un episodio (conducirlo de vuelta a la cama, evitar despertarle e interferir, y evitar discutir sobre el episodio al día siguiente) y sobre las medidas de seguridad oportunas que se deberían tomar en el hogar.



ASENARCO | Asociación Española del Sueño

C/ Honorio García Costel y nº 12 Int. Local | Teléfono 976 282 765

info@asenarco.es | www.asenarco.es

## PESADILLAS

La prevalencia es del 10-50% entre los 3-10 años. Son ensoñaciones largas, elaboradas, complicadas, con aumento progresivo de sensación de terror, miedo o ansiedad. Ocurren principalmente en la segunda mitad del sueño nocturno y provocan un despertar muy asustado y totalmente alerta, describiendo con detalle la ensoñación. Los síntomas autonómicos son mínimos. Suelen ser de corta duración, aunque después del despertar sigue con miedo y dificultad para volver a dormir, aunque es posible calmarlo fácilmente. El mecanismo causal se desconoce. El diagnóstico diferencial debe realizarse principalmente con epilepsia nocturna, terror nocturno, onirismo, parálisis del sueño y síndrome de estrés postraumático.

La principal actuación para reducir la aparición de pesadillas es mantener una higiene del sueño adecuada, incidiendo en que el momento de acostarse debe estar precedido de un período tranquilo y relajante, evitar ver películas u oír historias de terror antes de acostarse, reducir aquellos factores que puedan ser estresantes, restringir la ingesta de líquidos después de la cena y orinar antes de acostarse.

Tras una pesadilla, con el fin de calmarlo y vuelva a dormirse, los padres deben permanecer calmados y tranquilizarlo sin prestarle excesiva atención recalcando que ha sido sólo una pesadilla. La discusión sobre la pesadilla debe posponerse al día siguiente.

Dejar encendida una luz tenue por la noche puede ser de utilidad. Las intervenciones psicológicas para el tratamiento de las pesadillas frecuentes y recurrentes se agrupan en terapias conductuales, cognitivas, de desactivación y de ensayo en imaginación. El tratamiento farmacológico no suele ser necesario si no se asocian a otros trastornos.



*Dr. Gonzalo Oliván Gonzalvo  
Centro de Pediatría y  
Adopción Internacional,  
Zaragoza*

## HIPERSOMNIA SOMNOLENCIA DIURNA EXCESIVA

Es un trastorno caracterizado por una somnolencia diurna excesiva, una disminución de la alerta durante la mayor parte del episodio de vigilia diurno y/o una duración excesiva del episodio de sueño nocturno, que interfieren con las actividades normales diarias.

Está presente en el 11% de los niños y el 53% de los adolescentes.

Los síntomas son diferentes según la edad. En los menores de cinco años se manifiesta por dormir varias horas más que los padres, necesitar siestas una vez iniciado el periodo escolar, estar somnoliento mientras sus compañeros están activos y alertas, comenzar bruscamente a dormir mucho más, atención deficitaria e hiperactividad.

En los escolares se manifiesta por una tendencia a un menor nivel de alerta al final del día, disminución del rendimiento escolar, hiperactividad y alteración de la conducta.

En los adolescentes se manifiesta por somnolencia diurna, cambio del carácter, agresividad y/o alteración de la conducta y disminución del rendimiento escolar.

Hay que distinguir entre las hipersomnias primarias (excesiva necesidad de sueño) y las secundarias (situaciones o patologías que cursan con un sueño insuficiente y provocan somnolencia diurna excesiva). Para ello hay que realizar una historia clínica (antecedentes médicos, hábitos, consumo de fármacos o drogas) y exploración física completas, estudiar la agenda/diario del sueño y aplicar escalas específicas de evaluación.



Las hipersomnias primarias o de origen en el sistema nervioso central (narcolepsia, síndrome de Kleine-Levin, hipersomnia idiopática) son poco frecuentes, pero tienen una importante repercusión en la calidad de vida.

De las hipersomnias secundarias, la más frecuente y principal causa de somnolencia diurna excesiva en niños y adolescentes es la **privación crónica de sueño** provocada por factores ambientales y sociales (horarios de sueño inadecuados, utilización de nuevas tecnologías antes de acostarse, ruido, luz, etc.). Con menor frecuencia puede estar provocada por enfermedades y fármacos que afectan al sueño (diabetes mellitus, fiebre, asma, hipotiroidismo, dolor, corticoides, antihistamínicos, etc.), trastornos neurológicos (tumores, traumatismos craneales), trastornos psiquiátricos (afectividad, ansiedad, depresión) o trastornos primarios de sueño (síndrome de apnea obstructiva de sueño, síndrome de piernas inquietas, movimientos periódicos en las extremidades, trastornos del ritmo circadiano, parasomnias).

En función de la sospecha diagnóstica podrá ser necesario realizar exploraciones complementarias y/o derivaciones a médicos especialistas.



## NUTRICION EN EL SUEÑO INFANTIL

### La importancia de la alimentación en el sueño infantil

La relación entre la alimentación y el sueño en la infancia es un tema crucial que los padres y cuidadores deben tener en cuenta para garantizar un buen desarrollo físico y cognitivo en los niños.

En este artículo, exploraremos cómo los nutrientes pueden afectar el sueño en la etapa infantil y cómo una dieta adecuada puede contribuir a mejorar la calidad del sueño y el bienestar general del niño.

### ¿Cómo afecta la alimentación en el sueño infantil?

"Una dieta equilibrada, rica en nutrientes específicos, puede ayudar a los niños a dormir mejor y estar más alerta durante el día".

Diversos estudios han demostrado la importancia de la relación entre una alimentación adecuada y la calidad del sueño en los niños. Los nutrientes que contienen los alimentos pueden afectar directamente a factores como la duración del sueño, la intensidad y la fase REM del mismo.

### Nutrientes que favorecen el sueño infantil

**Triptófano:** Es un aminoácido esencial que nuestro cuerpo necesita para producir serotonina, una sustancia que ayuda a regular los patrones de sueño y vigilia.

**Vitamina B6:** B6 es un nutriente clave para la producción de serotonina y melatonina, dos hormonas implicadas en la regulación del sueño.

**Magnesio:** El magnesio ayuda a relajar el sistema nervioso y los músculos, lo que puede ser beneficioso para mejorar la calidad del sueño.



ASENARCO (Asociación Española del Sueño)

C/ Antonio García Condey nº 12 int. Local | Teléfono 976 282 765

E-mail: info@asenarco.es | Web: www.asenarco.es

## Alimentos que deben ser evitados para una buena calidad de sueño.

<b>Alimentos ricos en grasas y proteínas</b>	Estos alimentos requieren una digestión más lenta, lo que puede dificultar la conciliación del sueño.
<b>Bebidas estimulantes</b>	Bebidas como el café, las bebidas energéticas o refrescos con cafeína pueden dificultar la conciliación del sueño y afectar la calidad del mismo.
<b>Azúcares refinados</b>	Los alimentos con alto contenido en azúcares refinados pueden provocar cambios en los niveles de azúcar en sangre, lo que puede dificultar la conciliación del sueño y producir despertares nocturnos.

## Una dieta adecuada para promover el sueño infantil

Incluir **alimentos ricos en triptófano**, como leche, huevos, frutos secos y plátanos.

Añadir a la dieta **alimentos ricos en magnesio**, como el aguacate, espinacas, carne de cerdo y arroz integral.

Optar por **carbohidratos complejos** como el pan integral o el arroz integral en lugar de harinas refinadas.

**Evitar** en la medida de lo posible los **alimentos procesados y ricos en grasas saturadas**.

## Recomendaciones para mejorar la dieta y el sueño en la infancia

1. Establezca un **horario regular** para las comidas. Un horario estable ayuda a regular el apetito del niño y a mantener su metabolismo en equilibrio.

2. **Evite ofrecer aperitivos** con alto contenido en azúcares y grasas. Los niños que tienen acceso a este tipo de alimentos pueden tener dificultades para conciliar el sueño.

3. Estimule el **consumo regular de agua**. El agua es fundamental para mantener el ritmo circadiano del cuerpo y asegurar una adecuada hidratación.

4. En caso de tener dudas o problemas en esta etapa, la atención multidisciplinar temprana es fundamental, **busca ayuda profesional** para obtener una dieta personalizada.

# 12 CONSEJOS A CONCILIA

## **1.- MANTÉN UN HORARIO CONSTANTE PARA IR A DORMIR Y DESPERTARSE TODOS LOS DÍAS. LOS SIETE DÍAS DE LA SEMANA.**

La rutina crea seguridad en el niño, ya que el sabe que es lo que va a pasar en todo momento.

## **2.- INTENTA QUE HAGA SIESTA TODOS LOS DÍAS.**

Varían según la edad. Es una necesidad para los niños.

Sin periodo de descanso es muy difícil que aguanten todo el día, llegando a la noche agotados y de mal humor.

## **3.- AJUSTA EL RELOJ BIOLÓGICO DE TU HIJO.**

Puedes ayudar a conciliar el sueño de tu hijo, bajando la intensidad de las luces de tu casa y de la habitación una hora antes de acostarse.

## **4.- DESARROLLA UNA RUTINA A LA HORA DE DORMIR.**

Las rutinas crean sentimiento de seguridad y ayuda de manera natural a la conciliación del sueño.



# PARA AYUDARTE R EL SUEÑO.

## **5.- CREA UN ENTORNO AGRADABLE PARA DORMIR.**

Hay que conseguir que la habitación del dormitorio sea acogedora y ordenada, con una temperatura ambiental correcta y con los mínimos ruidos exteriores.

## **6.- ALIMENTACIÓN SANA PARA LA CONCILIACIÓN DEL SUEÑO.**

Hay que dar un tiempo prudencial entre la ingesta de la cena y la hora de dormir.

Los alimentos ricos en carbohidratos tienen un efecto calmante en el cuerpo.

## **7.- AYUDA A TU HIJO A ESTAR SANO Y EN FORMA.**

Los niños que practican ejercicio físico durante el día se duermen más rápidamente, su sueño es de mejor calidad, dura más tiempo y se despiertan más frescos.

## **8.- ENSEÑA A TU HIJO A RELAJARSE Y A DORMIR.**

Tienes que conseguir que el niño se vaya a la cama con seguridad.

Acompañarlo con la luz baja y contar algún cuento. Hará que poco a poco favorezca cierta somnolencia que puede ayudarles.



## FISIOTERAPIA EN EL SUEÑO INFANTIL

### La importancia de la fisioterapia en el sueño infantil

El sueño es un aspecto fundamental en el desarrollo y bienestar de los niños. Los trastornos del sueño en la infancia pueden tener un impacto significativo en la calidad de vida de los pequeños y sus familias.

La fisioterapia, a menudo asociada con la rehabilitación física, desempeña un papel crucial en abordar las condiciones médicas subyacentes que pueden estar interfiriendo en la calidad y cantidad del sueño en los niños.

### Relación entre fisioterapia y calidad/cantidad del sueño

La fisioterapia puede influir positivamente en la calidad y cantidad del sueño en niños al abordar diversas afecciones físicas. A continuación, se exploran algunas formas en que la fisioterapia puede impactar el sueño infantil:

**Alivio del Dolor:** La fisioterapia puede ayudar a reducir el dolor muscular, articular o crónico, permitiendo que los niños se sientan más cómodos al acostarse, lo que favorece un sueño más reparador.

**Mejora de la Movilidad:** La fisioterapia trabaja en mejorar la movilidad, lo que puede contribuir a una mayor comodidad en la cama y a una menor probabilidad de interrupciones del sueño debido a la incomodidad física.

**Relajación muscular:** Las técnicas de fisioterapia, como el masaje terapéutico, la liberación miofascial y los ejercicios de estiramiento, pueden ayudar a relajar los músculos tensos. La relajación muscular puede contribuir a un mejor sueño, ya que los músculos relajados favorecen una posición cómoda y menos propensa a causar molestias durante la noche.

**Respiración y Apnea del Sueño:** La fisioterapia respiratoria puede ser beneficiosa para mejorar la función pulmonar y reducir la apnea del sueño en niños con problemas respiratorios.

**Ejercicio y actividad física:** La fisioterapia a menudo implica ejercicios y actividades físicas específicas para mejorar la fuerza, la flexibilidad y la función de diferentes áreas del cuerpo. El ejercicio regular y adecuado puede tener un efecto positivo en la calidad del sueño al ayudar a regular el ritmo circadiano y mejorar la salud en general.

### **Consejos a tener en cuenta**

- **Consulta con Profesionales:** Es esencial buscar la orientación de fisioterapeutas y especialistas en trastornos del sueño al enfrentar problemas relacionados con el sueño y la salud física de los niños. Los fisioterapeutas pueden evaluar la condición física del niño y diseñar un plan de tratamiento adaptado, que podría incluir ejercicios específicos y terapias manuales para abordar las cuestiones físicas que podrían estar afectando el sueño.

- **Cumplimiento del Tratamiento:** Seguir diligentemente las indicaciones y recomendaciones del fisioterapeuta es fundamental para lograr mejoras en la calidad del sueño. La participación activa en el tratamiento, que podría involucrar ejercicios terapéuticos y técnicas específicas, puede tener un impacto positivo en la comodidad del niño durante el sueño y en su bienestar general.

### **Conclusiones**

La fisioterapia despliega un rol significativo en mejorar la calidad y cantidad del sueño en niños al abordar aspectos físicos que podrían estar interfiriendo con un sueño adecuado. Sin embargo, es esencial un enfoque integral, trabajando en colaboración con otros profesionales de la salud y adaptando las intervenciones a las necesidades individuales de cada niño.

En última instancia, el objetivo es mejorar la salud y el bienestar general del niño, lo que a su vez contribuirá a un sueño más reparador y un desarrollo saludable en todas las áreas de su vida.

## AOS INFANTIL

### DEFINICIÓN:

El síndrome de apnea obstructiva del sueño (AOS) infantil es un tipo de Trastorno Respiratorio del Sueño (TRS) caracterizado por una obstrucción parcial y/o completa de la vía respiratoria superior.

La prevalencia del AOS infantil varía del 1 al 3%, siendo el pico de incidencia entre los 2 y 8 años. También puede aparecer durante la adolescencia, con la obesidad como principal factor de riesgo.

Por todo ello se le considera un trastorno diferente al de los adultos y se describen 3 tipos de fenotipos.

#### FENOTIPOS:

Existen 3 tipos:

Tipo I: Son niños respiradores bucales y con amígdalas hipertróficas.

Tipo II: Son niños obesos (el 34% de los niños obesos presentan alteraciones del sueño).

Tipo III: Son niños con alteraciones craneofaciales.



Por todo ello el tratamiento es multidisciplinar y puede ser tratado por diversos especialistas: pediatras, otorrinolaringólogos, neumólogos, odontólogos, cirujanos maxilofaciales, nutricionistas. Aunque todo dependerá de la causa fundamental que la produzca.

En el caso del fenotipo tipo I, el otorrino es el que juega el papel más importante, en el del tipo II el nutricionista y en el tipo III el odontólogo y el cirujano maxilofaciales (con la expansión rápida del maxilar o el avance mandibular)

## CLÍNICA:

El síntoma de alerta más importante lo detectan los padres cuando observan que su hijo ronca y tiene pausas en la respiración durante el sueño lo cual suele acompañarse de otros síntomas nocturnos y diurnos.

Estas pausas consisten en episodios cortos, aproximadamente de 3 segundos, de respiración superficial o de ausencia de respiración (apnea). Estos episodios van seguidos de periodos de respiración normal que duran de 10 a 18 segundos

### SÍNTOMAS NOCTURNOS

- Ronquidos (intensos y continuos)
- Respiración ruidosa y laboriosa
- Pausas respiratorias
- Sueño intranquilo, agitado
- Respirador bucal
- Posturas anómalas con hiperextensión de la cabeza
- Sudoración profusa
- Enuresis
- Parasomnias (terrores nocturnos)

### SÍNTOMAS DIURNOS

- Somnolencia diurna excesiva
- Fatiga
- Cefaleas matutinas
- Falta de concentración
- Hiperactividad
- Bajo rendimiento escolar
- Problemas de conducta, agresividad
- Problemas de audición
- Respiración bucal
- Problemas de crecimiento (disminución de la GH)

## DIAGNÓSTICO:

Como hemos dicho el diagnóstico inicial de sospecha lo realizan los padres al observar que su hijo ronca y tiene pausas respiratorias durante el sueño, que incluso las pueden grabar y enseñar al pediatra. El cual le realizará la correspondiente exploración clínica, avalada por los especialistas que crea oportuno, haciéndole una exploración completa extraoral e intraoral: en ella se valorará sobre todo la situación de las amígdalas/adenoides (por parte del otorrino) y la presencia de paladares estrechos y mordidas cruzadas (por parte del dentista)

Pero el diagnóstico definitivo y de confirmación nos lo da la polisomnografía hospitalaria (PSG) y un registro video gráfico hospitalario.

Además existen diferentes cuestionarios, como el de Chervin, BEARS,... que pueden apoyar este diagnóstico.

El diagnóstico clínico:

Los valores de la PSG en niños son muy inferiores a los de los adultos, ya que un niño con un IAH mayor de 10, se considera un AOS grave:

AOS leve: IAH entre 3 y 5

AOS moderado: IAH entre 5 y 10

AOS severo: IAH mayor de 10



## **TRATAMIENTO:**

Es interdisciplinar y debe contar con la participación de diversos especialistas como pediatras, neumólogos, nutricionistas, otorrinos, psicólogos, logopedas, odontólogos.

Existen múltiples tratamientos que dependerán del diagnóstico realizado, entre los cuales pueden ser:

Medidas generales y dietéticas, por el nutricionista

Tratamiento médico, generalmente el pediatra

CPAP (presión positiva), por el neumólogo

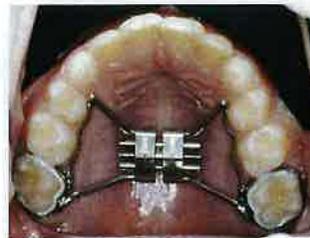
Extirpación de adenoides (adenoidectomía) y amígdalas (adenotonsilectomía). Otorrinolaringólogo

Tratamiento ortopédico-ortodóncico: Como el avance mandibular (en el caso del retrognatismo mandibular) y la expansión rápida del maxilar (ERM)

### **Tratamiento ortodóncico:**

El AOS infantil puede tener grandes repercusiones negativas en la salud y desarrollo craneofacial del paciente. La compresión del maxilar o paladares muy estrechos pueden aumentar la resistencia del flujo de aire nasal, cambiando la posición de la lengua en una posición baja y provocando una respiración oral.

Existen múltiples tratamientos: desde la cirugía, ortopedia y/o rehabilitación muscular.



Uno de ellos es la expansión rápida del maxilar (ERM) que mediante la fuerza transpalatal que se ejerce, se produce la apertura de la sutura palatina media, aumentando así el diámetro transversal de la arcada, teniendo como efectos un aumento del volumen de la cavidad nasal y una disminución a la resistencia del paso de aire en las vías aéreas superiores (VAS).

Según diferentes artículos y estudios demuestran que la expansión maxilar rápida es un método eficaz para disminuir el IAH en pacientes con saos infantil y aumentar la saturación de oxígeno en sangre, ayudándonos a modificar las estructuras anatómicas implicadas, mejorando la posición de la lengua, el sellado labial y favoreciendo a tener una respiración nasal.

### **CONCLUSIONES:**

- ***El AOS es una patología infradiagnosticada con gran prevalencia y con graves consecuencias para el desarrollo del paciente infantil.***
- ***El ortodoncista debe formar parte del tratamiento multidisciplinar de la apnea obstructiva del sueño.***
- ***Tiene la responsabilidad de poder realizar una detección precoz de AOS y para ello debe incluir en la historia clínica del paciente infantil datos sobre la calidad del sueño y respiración.***
- ***Se han visto resultados positivos en niños que al realizar una expansión rápida del maxilar se han reducido las apneas, ronquidos y mejorando el sueño REM, y la respiración nasal.***
- ***En ocasiones se debe combinar adenomigdalectomías***
- ***Se requieren más estudios a largo plazo sobre el efecto de Expansión rápida del maxilar sobre el paciente infantil con aos, pero sí que se ha demostrado que es un ayuda a mejorar este tipo de patologías.***

**Dr. Fernando Loscos Morato**  
Médico especialista en Estomatología  
**Dra. Alicia Loscos Estaún**  
Odontólogo  
Especialista en ortodoncia  
**CLINICA DENTAL LOSCOS**

## NARCOLEPSIA

La Narcolepsia es un trastorno neurológico crónico que se presenta típicamente en la adolescencia y los primeros años de la edad adulta. Su síntoma principal es la somnolencia diurna excesiva y una secundaria alteración funcional significativa, comprometiendo la calidad de vida del paciente. Existe una alteración del sueño REM.

La tétrada de síntomas clásica es:

\* **Excesiva somnolencia diurna:** es el síntoma principal y puede manifestar tanto por una elevada somnolencia durante el día como por la aparición repetida de episodios de sueño bruscos e impredecibles ("ataques de sueño").

\* **Cataplejía:** se caracteriza por una pérdida brusca del tono muscular (parcial o completa), sin pérdida de conciencia, clásicamente desencadenada por una emoción intensa (por ejemplo, risa, sorpresa). Los ataques son típicamente breves (segundos-minutos) y son completamente reversibles.

\* **Alucinaciones hipnagógicas/ hipnopómpicas (inmediatamente antes de dormir/al despertarse).** De características visuales, auditivas o táctiles que se presentan durante las transiciones entre el sueño y el despertar.

\* **Parálisis de sueño:** es la incapacidad para moverse o hablar durante unos pocos segundos o minutos al inicio o al final del sueño, acompañándose con frecuencia de alucinaciones y un estado de vigilia.

La narcolepsia tipo 1 asocia cataplejía. La tipo 2 no asocia cataplejía.

Son frecuentes comorbilidades como depresión, ansiedad, trastornos del humor, obesidad, pubertad precoz y síntomas de atención deficiente con o sin hiperactividad e impulsividad.

No se conoce la fisiopatología de la enfermedad, que tiene una predisposición genética y un posible mecanismo inmunológico. Están implicadas las hipocretinas-orexinas. Se ha encontrado la ausencia de células secretoras de hipocretina en pacientes con narcolepsia tipo 1.

Por ello resulta útil para el diagnóstico realizar la medición de estas sustancias en Líquido cefalorraquídeo. Cerca del 90 % de los casos de narcolepsia tipo 1 y el 40-50% del tipo 2 tienen el haplotipo HLA-DQB1\*0602.



## TRATAMIENTO

La narcolepsia no tiene actualmente tratamiento curativo.

El tratamiento va orientado a mejorar los síntomas y la calidad de vida.

Es necesario ajustar el estilo de vida, con buena higiene del sueño y cambios conductuales, tanto en el ámbito domiciliario como el ámbito escolar. Es aconsejable en el colegio adecuar los horarios y las tareas escolares a las necesidades del paciente, como, por ejemplo, exámenes o pruebas importantes a primeras horas de la jornada.

Las siestas breves programadas (15-20 minutos) pueden controlar parcialmente la somnolencia excesiva durante el día, y deben ajustarse en número, momento y duración a cada paciente.

Debe evitarse el sobrepeso y realizar ejercicio físico diario que puede mejorar la hipersomnia

Evitar actividades potencialmente peligrosas, deben realizarse bajo supervisión.

Los tratamientos farmacológicos deben dirigirse en primer lugar a los síntomas más molestos y/o discapacitantes para el paciente. Raramente se controlan los síntomas con sólo un fármaco, y habitualmente es necesario combinar fármacos para la hipersomnia diurna y para la cataplejía, y con frecuencia otros fármacos para mejorar el sueño nocturno u otras comorbilidades. Es habitual que la mejoría de los síntomas sea parcial.

La narcolepsia debe ser aceptada, lo que al principio no es fácil, como una enfermedad crónica y aprender a vivir con ella. Muchos pacientes pueden realizar una vida normal.

Se debe ajustar el estilo de vida, los horarios de sueño, ejercicio físico y los tratamientos farmacológicos según sus beneficios y efectos secundarios.

**Dra. Isabel Dolz**  
*Doctora en Medicina y Cirugía*  
*Neurofisióloga Clínica*  
*Hospital Universitario Miguel Servet*

## SUEÑO Y EDAD INFANTIL DESDE EL PUNTO DE VISTA HORMONAL

El sueño es un tiempo de actividad hormonal muy importante en la infancia. Varios tejidos como el hígado, el cartilago de crecimiento de los huesos, el tejido adiposo etc., y varias glándulas hormonales son activados por llamada Hipófisis glándula cerebral, maestra, central, a su vez estimulada por distintos factores segregados en la parte inferior del cerebro, justo por encima de la hipófisis, o hipotálamo.



### HIPÓFISIS:

Así sucede con el indispensable factor de crecimiento IGF-1 producida en el hígado a instancias de la hormona de crecimiento hipofisaria o GH en su denominación inglesa, la TSH que controla la función del tiroides, el ACTH estimulante de la síntesis de Cortisol en las glándulas suprarrenales, las gonadotropinas LH y FSH responsables de la de la función testicular y de la ovárica etc etc .

Glándula situada en el centro de la base del encéfalo cerebral aunque fuera de él, unida al hipotálamo por el llamado tallo hipofisario. Esta glándula se localiza anatómicamente detrás de la raíz nasal y tiene 2 partes: la anterior o adenohipófisis donde se producen las hormonas antes citadas y otras más y la posterior o neurohipófisis que controla la diuresis con la vasopresina.

Estas hormonas del lóbulo anterior de la hipófisis dependen a su vez del hipotálamo cuya actividad puede verse alterada en diversas situaciones como las que vamos a considerar a continuación.

Tan importante es la hipófisis que se aloja en un hueso cóncavo, muy consistente llamado silla turca, que la protege de posibles agresiones como traumatismos exteriores o lesiones intracerebrales.

## **CRECIMIENTO:**

El sistema hormonal relacionado con el crecimiento es ya activo desde la época fetal. Pero me voy a referir a aquellos niños que en los primeros años de su vida crecen con normalidad y entre los 5 y 14-15 años aproximadamente dejan de crecer normalmente y empiezan a notar que sus compañeros crecen más que ellos y que terminan siendo de los más bajos de la clase.

Esta diferencia visible les hace sufrir porque hay quien o quienes se lo recuerdan con chistes, burlas y comentarios hirientes, siendo frecuentemente compañeros de clase. En estos casos la alimentación es la de siempre, el niño no presenta anomalías visibles, pero no duerme bien, llora frecuentemente, pierde el apetito y sufre por tener que ir a la escuela o al colegio.

Por qué le pasa todo esto?. No cabe ninguna duda que distintas situaciones pueden contribuir a ello, como la separación o problemas audibles, visibles o claramente perceptibles de los padres, el fallecimiento de algún ser querido, algún rasgo físico que se va manifestando como un rostro poco común, un trasero llamativo, un abdomen prominente, unas mamas llamativas a unas edades precoces, un bajo rendimiento escolar pueden serlo. Ya desde unos años antes del inicio de la pubertad, edades medias según datos propios: 12,5 años en varones, el volumen testicular pasa de 3 a 4 cc o ml, 10,5 años en mujeres las mamas pasan de no notarse o estadio I al II que ya se notan, estos niños ya sufrían esta mala atmósfera que empeora sensiblemente al no presentar los signos típicos de la pubertad.

Toda esta muy negativa situación anímica-psicológica del niño que la sufre es lo que conocemos como ACOSO ESCOLAR, que se caracteriza desde el punto de vista hormonal y del crecimiento por una disminución o ausencia de los picos secretorios nocturnos de la GH que tienen lugar el primera mitad de la noche 3-4 veces, aparecen después de que el Electroencefalograma detecte unas ondas lentas y son de corta duración para luego volver a la fase basal.

Esta situación es fácil de demostrar y de tratar con administración de GH. Este auténtico déficit de GH sería el motivo fundamental para que no se produzca el estirón de la pubertad en quien lo sufre. Cómo evitar esta situación?

En primer lugar detectando y comprobando que ese niño sufre acoso escolar. Esa situación de tristeza, depresión, lloro, rechazo a ir al colegio, mal sueño, inapetencia..., todo ello progresivo y unido a la ausencia de pubertad debe hacer pensar lo antes posible a los padres en que los educadores lo sepan y buscar la ayuda de especialistas en este tema de fuerte impacto psicológico. Muy importante es que si hay un proceso de separación de los padres, éstos deben evitar en lo posible expresar y menos en voz alta sus desacuerdos y desavenencias optando siempre por una segunda opinión de personal especializado.

Hay que tener en cuenta que el niño es como una cámara de recepción de todo tipo de sensaciones auditivas, visuales, sensoriales en una palabra que empeoran aún más su deteriorada situación. Hacerlo visible y evaluarlo permite actuar en consecuencia dentro de lo posible el acoso escolar.

No es fácil devolver la autoestima a estos niños objeto de burlas y desprecios. Es vital que el niño recupere la confianza en sí mismo, su propia valoración y que intente abstraerse de lo que algunos desalmados le hacen. Tienen que saber que ellos son como son, que se acepten por ser así y que no les importen las opiniones de algunas malas personas, en general en grupo.

Los padres tienen que ayudar a conseguir esta resistencia los malos compañeros y a recuperar su autoestima. Para esto la ayuda de profesionales en Medicina y Psicología- Psiquiatría es indispensable pero siempre tras acordarlo con los docentes. Esta actuación conjunta es indispensable para sacar a esos niños de su auténtico infierno. No siempre se consigue esto y tenemos casos en los que el tormento insufrible terminó desgraciadamente con ellos.

Va por ellos y por todos los que han sufrido o sufren este calvario, mi ánimo, ilusión y consejo de que hagan oídos sordos de quienes parecen disfrutar haciendo sufrir. Ánimo, podéis con estos malvados y no les déis opción para que aún se metan más con vosotros porque vuestro malestar y sufrimiento es su venenoso alimento.

Pasad de ellos, es difícil pero intentadlo. Ánimo y adelante. No rebléis como decimos en Aragón.

## LOS PROBLEMAS DEL SUEÑO EN LA INFANCIA

Dado que alrededor de un 50% de los niños experimenta trastornos o problemas del sueño (sonambulismo, hablar dormido, apnea, terrores nocturnos), su identificación temprana puede prevenir consecuencias negativas, como somnolencia diurna, irritabilidad, problemas de conducta, dificultades de aprendizaje, bajo rendimiento académico y accidentes.

Los trastornos del sueño afectan a la salud mental en la infancia. No descansar bien afectará la capacidad de aprendizaje, de memoria y de comportamiento, a las relaciones familiares, sociales y escolares, hasta el funcionamiento del organismo se ve comprometido,... por eso al sueño hay que prestarle atención y cuidado desde la infancia, ya que si no se detecta y se trata durante esta etapa temprana de la vida, en la adolescencia aumenta la sintomatología.

Los niños que se resisten a irse a dormir o se despiertan durante la noche requiriendo la intervención del adulto son candidatos a padecer insomnio conductual.

Hay ciertos factores, tanto del propio niño como del ambiente, que favorecen que muchos de estos problemas perduren a lo largo de toda la infancia e incluso en la edad adulta. Los problemas del sueño se pueden prevenir, informando sobre las medidas conductuales y de higiene del sueño.

El miedo a la oscuridad es muy común en la infancia. Uno de cada tres niños de 5 a 8 años teme la oscuridad.

El miedo es una emoción adaptativa. Es normal tener miedo e incluso es una ventaja que nos ha llegado de nuestros antepasados. Pero el miedo a la oscuridad si le impide descansar será un inconveniente en su vida. El niño no podrá atender en clase, ni rendir apropiadamente en el colegio porque no habrá dormido lo suficiente.



Cuando el miedo infantil pierde su utilidad como sistema de seguridad, se llama fobia. La fobia a la oscuridad es menos habitual, se sitúa en torno al 2 por 100, siendo más frecuente en el género femenino, y en niños de 7 a 10 años.

La fobia a la oscuridad es un patrón de respuestas en situaciones de oscuridad que resultan desproporcionadas y desadaptadas, que causa malestar y repercute negativamente a nivel personal, familiar, escolar o social.

Estas respuestas ante la oscuridad son:

1.- emocionales negativas: miedo o temor.

2.- psicofisiológicas: sudor en las palmas de las manos, el corazón late con fuerza y deprisa, tensión en los músculos, respiración agitada y entrecortada, etc.

3.- motoras: el niño enciende la luz para asegurarse de que no se esconde ningún monstruo debajo de la cama o dentro del armario, aprieta con fuerza los párpados, se tapa la cabeza, etc.

4.- cognitivas: oye golpes inquietantes, siente unos ojos mirándole fijamente, ve sombras sospechosas, se preocupa por si los padres lo han abandonado, piensa que alguien malvado ha entrado en casa, etc.

Los bebés no temen la oscuridad. El miedo surge en torno a los dos años y se incrementa en los años siguientes debido a una serie de experiencias. En el origen y mantenimiento intervienen múltiples procesos de aprendizaje, como la asociación de la oscuridad con estímulos de respuesta de miedo que originan reacciones emocionales.



Por ejemplo, la asociación de la oscuridad con sueños terroríficos, que provocan en el niño emoción de miedo y llanto. La reacción de los cuidadores que acuden rápidamente a la habitación del niño y encienden la luz para tranquilizarlo, origina en el niño un aprendizaje discriminativo.

Los niños con miedo a la oscuridad intentan retrasar la hora de ir a dormir. Por un lado, la orden de acostarse, en ocasiones, se parece más a un castigo porque se le obliga al niño a dejar un medio reforzante como ver la televisión, jugar, o la atención de sus padres, para pasar a una actividad aburrida y que le genera las emociones de miedo. El niño recurrirá a diferentes respuestas de evitación o escape que en ocasiones será reforzada por los padres que reaccionan con una conducta permisiva y de sobreprotección permitiéndole que continúe con ellos. Esto retrasará la hora de dormir y disminuirá las horas que el niño necesita para estar descansado al día siguiente, por lo que será probable que se encuentre somnoliento, cansado y no quiera despertarse.

Otro mecanismo de aparición del miedo es la observación de experiencias aterradoras. Los niños observan el comportamiento temeroso de otros niños en la oscuridad, por ejemplo, de otro hermano. También ven películas de miedo o dibujos en los que aparece una escena con imágenes violentas que ocurren en la oscuridad.

La aparición del miedo se atribuye a la asociación de información terrorífica con la oscuridad. Ejemplo de ello lo encontramos en la literatura infantil, donde los buenos viven a la luz del día y los malos viven en sitios oscuros. Los adultos utilizan historias de niños encerrados en cuartos oscuros para controlar el comportamiento infantil.

Esta es una práctica educativa inadecuada porque origina problemas más serios de los que pretende resolver.



Una técnica para vencer el miedo a la oscuridad es leer un cuento en el que el protagonista se enfrenta a sus propios miedos y acaba dominándolos. Si el niño persiste con sus miedos, existen diversos abordajes psicoterapéuticos dependiendo de la edad y de las características del trastorno. En los programas de intervención psicoterapéutica, los niños aprenden las normas básicas de higiene de sueño que consiste en el establecimiento de una rutina previa a la hora de dormir, el cumplimiento de un horario regular apropiado a la edad, proporcionar un ambiente confortable para dormir, y evitar actividades o sustancias estimulantes antes de acostarse, entre otras.

Una de las razones que justifican la necesidad del abordaje de los problemas del sueño en los niños, es por la repercusión que tiene sobre la salud del menor y también de la familia.

Si alteran el sueño del conjunto familiar y si se prolongan en el tiempo pueden ser el origen de trastornos y estrés. El sueño afecta a aspectos del desarrollo físico, psíquico, emocional, cognitivo y social del niño. Las funciones cerebrales como la habilidad para razonar y pensar de manera abstracta, o el aprendizaje, son muy sensibles a la falta de sueño o a un sueño poco reparador.

La clave del tratamiento está en adaptar la estrategia psicoterapéuticas a la particularidad de cada caso.



**D<sup>a</sup> Ana Altabás del Río**  
**Doctora Univ. Zaragoza**  
**Licenciada en Psicología**  
**Master en Medicina**

## CUESTIONARIO BEARS

Los cuestionarios estructurados son una de las herramientas básicas para evaluar los trastornos del sueño en la consulta, tanto en niños y adolescentes sanos como en los que tienen algún trastorno del comportamiento, ayudando al diagnóstico. Si no se realiza rutinariamente un despistaje de los trastornos del sueño en las revisiones pediátricas rutinarias, puede derivar en un infradiagnóstico.

Uno de los cuestionarios de cribado rápido de utilidad en niños de 2 a 18 años es el **Cuestionario BEARS**, que valora 5 aspectos del sueño (B = Bedtime Issues [Problemas a la hora de acostarse]; E = Excessive Daytime Sleepiness [Somnolencia diurna excesiva]; A = Night Awakenings [Despertares nocturnos]; R = Regularity and Duration of Sleep [Regularidad y duración del sueño]; S = Snoring [Ronquidos]).

Este cuestionario establece tres grupos de edad: 2 a 5 años, 6 a 12 años y 13 a 18 años, con preguntas dirigidas a niños y padres. Si alguna de las preguntas es positiva deberá investigarse más detenidamente, pudiendo utilizar un cuestionario más amplio y específico (**Escala de trastornos del sueño para niños de Bruni**) que pueda orientar hacia trastornos más concretos del sueño pediátrico



**Dr. Gonzalo Oliván Gonzalvo**  
**Centro de Pediatría y**  
**Adaptación Internacional, Zaragoza**

## BEARS. CRIBADO DE TRASTORNOS DE SUEÑO EN LA INFANCIA

La escala "BEARS", esta dividida en la cinco áreas principales del sueño, facilitando el cribado de los trastornos del sueño, en niños de 2 a 18 años. Cada área tiene una pregunta para cada grupo de edad.

B: Problemas para acostarse.

**(P)** preguntas dirigidas a los padres

E: Excesiva somnolencia diurna.

**(N)** preguntar directamente al niño

A: Despertares durante la noche

R: Regularidad y duración del sueño

	2-5 años	6-12 años	13-18 años
<b>1.- Problemas para acostarse</b>	- ¿Su hijo tiene algún problema a la hora de irse a la cama o para quedarse dormido?	- ¿Su hijo tiene algún problema a la hora de acostarse? <b>(P)</b>  -¿Tienes algún problema a la hora de acostarte? <b>(N)</b>	-¿Tienes algún problema para dormirte a la hora de acostarte? <b>(N)</b>
<b>2.- Excesiva somnolencia diurna</b>	-¿Su hijo parece cansado o somnoliento durante el día?  - ¿Todavía duerme siestas?	-¿Su hijo le cuesta despertarse por las mañanas, parece somnoliento durante el día o duerme siestas? <b>(P)</b>  -¿Te sientes muy cansado? <b>(N)</b>	-¿Tienes mucho sueño durante el día, en el colegio?. <b>( N)</b>
<b>3.- Despertares durante la noche</b>	-¿Su hijo se despierta mucho durante la noche?	-¿Su hijo parece que se despierte mucho durante la noche?  ¿Sonambulismo o pesadillas? <b>(P)</b>  -¿Te despiertas mucho por la noche?( <b>N)</b>  -¿Tienes problemas para volverte a dormir, cuando te despiertas?( <b>N)</b>	-¿Te despiertas mucho por la noche?  -¿Tienes problemas para involucrarte a dormir, cuando te despiertas?( <b>N)</b>
<b>4.- Regularidad y duración del sueño</b>	-¿Su hijo se va a la cama y se despierta más o menos a la misma hora?  - ¿A que hora?	-¿A que hora se va su hijo a la cama y se despierta los días que hay colegio?  - ¿Y los fines de semana?  -¿Usted piensa que duerme lo suficiente?( <b>P)</b>	-¿A que hora te vas a la cama los días que hay colegio?  -¿Y los fines de semana?  -¿Cuánto tiempo duermes habitualmente? <b>(N)</b>
<b>5.- Ronquidos</b>	- ¿Su hijo ronca mucho por las noches o tiene dificultad para respirar?	-¿Su hijo ronca fuerte por las noches o tiene dificultad para respirar? <b>(P)</b>	-¿Su hijo ronca fuerte por las noches?( <b>P)</b>



# LA VIDA ES SUEÑO Y LOS SUEÑOS, SUEÑOS SON.



**ASE  
NAR  
CO** ASOCIACIÓN  
Española  
del Sueño

Asociación Española del Sueño

**ASENARCO**

C/ Honorio García Condoy nº 12 int. Local  
Teléfono 976 282 765

mail: [info@asenarco.es](mailto:info@asenarco.es) [www.asenarco.es](http://www.asenarco.es)

