

El insomnio de inicio y mantenimiento en la infancia



E. Estivill, F. Segarra, N. Roure

Clínica del Son Estivill, USP Institut Universitari Dexeus. Barcelona

Resumen

El insomnio infantil afecta a un 30% de los niños entre los 6 meses y 5 años. En el 5% de los casos se produce por causas médicas y el 25% restante, por causas conductuales. A este último trastorno se le denomina insomnio infantil por hábitos incorrectos. Las repercusiones diurnas son importantes, tanto para los niños como para los padres. Estudios basados en la evidencia demuestran que los tratamientos conductuales son el tratamiento de elección en estos casos, ya que ayudan a reducir las resistencias que presentan los niños para irse a la cama y los despertares nocturnos con la incapacidad de dormirse otra vez solos. De los tratamientos conductuales, los más rápidos y eficaces son la extinción, las rutinas de sueño y la educación a los padres. En el presente capítulo, se aborda la etiología de este tipo de insomnio y las pautas terapéuticas para corregirlo.

Palabras clave

Aprendizaje; Hábito; Infancia; Insomnio; Sueño.

Abstract

ONSET INSOMNIA AND MAINTENANCE IN CHILDHOOD

Childhood insomnia affects about 30% of children between 6 months and 5 years old. In 5% of the cases the cause is medical, and in the other 25% the cause is behavioral. The latter is known as childhood insomnia because of incorrect habits. The daytime repercussions are important for both the children and the parents. Research based studies show that behavioral treatments are the best choice in those cases. They help to reduce children's resistance to going to bed, as well as nighttime awakenings, and consequent inability to go back to sleep alone. The fastest and most effective behavioral treatments are extinction, sleep routines and parent education. This paper discusses the etiology of this type of insomnia and the therapeutic patterns of treatment to correct it.

Key words

Learning; Habit; Childhood; Insomnia; Sleep.

Pediatr Integral 2010; XIV(9): 701-706

INTRODUCCIÓN

Está ampliamente reconocido como un hito significativo de desarrollo temprano el establecimiento de patrones organizados de vigilia-sueño en los bebés. El correcto desarrollo depende de factores madurativos, constitucionales y genéticos sobre los que el ambiente ejerce un papel modulador. Así, Heath y cols. observaron que las diferencias genéticas explican un 33% de la variancia en la calidad y trastornos del sueño; mientras que, un 40% de la variancia se explica por patrones de sueño. Durante la infancia, los bebés tienen que empezar a ajustar sus patrones de vigilia-sueño a los determinantes familiares y culturales. Por ese motivo, cabe señalar que el sueño es un claro ejemplo de evento biopsicosocial. No establecer este ciclo de vigilia-sueño puede llevar a problemas del sueño, el

más común de todos es la dificultad para que los niños vayan a la cama y se duerman solos y los despertares durante la noche con la incapacidad de volver a conciliar el sueño sin la presencia de los padres. Este trastorno se denomina Insomnio Infantil por Hábitos Incorrectos (IIHI).

Blampied y France, en el año 1993, ya establecieron un modelo conductual para explicar el sueño y sus trastornos. Este modelo defiende que no establecer estímulos de control apropiados a conductas relacionadas con el sueño y reforzar las conductas incompatibles con hábitos de sueño correctos pueden modular y mantener los trastornos de sueño.

Los bebés empiezan a responder a los estímulos hacia los 3-4 meses de edad. Es por ese motivo, que esta edad es un determinante importante para el inicio de los pro-

blemas del sueño. Cada vez tenemos más evidencias que sugieren que la organización del sueño infantil se produce más rápidamente en condiciones de una estimulación contingente, con un ambiente de estimulación contingente, con un ambiente de estímulo medido, coordinado y rítmico, que ocasiona unos estados mejor definidos de sueño y vigilia, mayor cantidad de sueño tranquilo y menor inquietud y llanto y mejor desarrollo psicosocial.

EPIDEMIOLOGÍA

El insomnio infantil es frecuente ya que ocurre en aproximadamente un 25-40% de los bebés y niños hasta los 5 años.

Los trastornos del sueño en la infancia son frecuentes ya que ocurren en aproximadamente un 25-40% de los bebés y niños hasta los 5 años. Estudios longitudinales

TABLA I.
Principales causas médicas del insomnio infantil

- Cólicos
- Otitis
- Dolor
- Prurito
- Eccemas
- Fármacos
- Reflujo gastroesofágico (RGE)
- Síndrome de apnea/hipopnea del sueño (SAHS)
- Ronquido
- Síndrome de piernas inquietas (SPI)

han demostrado que los problemas del sueño pueden persistir hasta la pre-adolescencia y adolescencia e, incluso, llegar a ser crónicos. Numerosos estudios coinciden en que los trastornos del sueño o el sueño insuficiente tienen efectos negativos, tanto en el desarrollo cognitivo (aprendizaje, consolidación de la memoria, funciones ejecutivas), regulación del humor (irritabilidad crónica, pobre modulación del afecto), atención y conducta (agresividad, hiperactividad, falta de control de impulsos) así como en la salud (funciones metabólicas e inmunes) y en la calidad de vida.

Su importancia en la infancia se incrementa por tres razones: 1) los bebés duermen una media de 16 horas al día. La privación del sueño a esa edad tan temprana puede llevar a consecuencias muy negativas en su desarrollo, como ya se ha mencionado y, además, puede llevar a sufrir otras patologías del sueño; 2) existe una estrecha relación entre los problemas nocturnos y las alteraciones del comportamiento diurnas; y 3) las alteraciones de los patrones del sueño del niño producen disconfort familiar y disfunciones escolares.

Un estudio realizado por Pin y cols. con niños hasta los 6 años en familias españolas mostró: una alta incidencia de interrupciones del sueño durante el primer semestre de la vida (53,3%) que, a partir del tercer año de vida, se producía un importante descenso de los despertares nocturnos. A pesar de ello, a los 6 años, un 18,6% de los niños interrumpían el sueño familiar al menos tres veces por semana, un elevado porcentaje de niños de 6 años que no habían aprendido a dormirse por sí mismos (12,1%).

Estudios más recientes, como el de Touchette en el 2005, con niños de familias del Quebec, muestran resultados parecidos: a los 5 meses de edad, un 23,5% de los

niños no duermen 6 horas seguidas; de estos niños, un 32,9% todavía no lo hacen a los 29 meses de edad, que la principal causa de no dormir las 6 horas seguidas a los 5 meses era el comer después de los despertares, y que la presencia de los padres hasta el inicio del sueño fue el factor más fuertemente asociado a no dormir más de 6 horas seguidas a los 17 y 29 meses de edad. Estos resultados demuestran: que la consolidación del sueño evoluciona rápidamente en la infancia, que las conductas de los padres a la hora de acostarlos y las respuestas a los despertares nocturnos están altamente asociadas a la consolidación del sueño de los niños y que estos efectos probablemente sean bidireccionales y que pueden llegar a crear problemas a largo plazo. Por lo tanto, una intervención prematura puede romper este círculo.

DIAGNÓSTICO

Las causas conductuales son las más prevalentes en el insomnio infantil.

Causas médicas

El sueño de los niños puede estar alterado por múltiples causas médicas. Son las primeras que debemos descartar antes de llegar a un diagnóstico de insomnio por hábitos incorrectos. El sueño, en estas circunstancias, suele estar alterado, tanto de noche como de día, con múltiples fraccionamientos, y sueño superficial. Además, el niño presentará irritabilidad durante el día y pérdida de apetito.

Causas muy frecuentes que llevan a una alteración de los hábitos de sueño durante los primeros meses de vida son los cólicos y la otitis media y, más a medio plazo, el ronquido y el síndrome de apnea-hipopnea del sueño.

El tratamiento, en este caso, no es para el insomnio, sino para la causa médica que lo está provocando. Hay que vigilar, ya que algunos medicamentos pueden provocar somnolencia o insomnio como efectos secundarios.

Causas conductuales

El insomnio infantil por hábitos incorrectos (IIHI) es el trastorno del sueño infantil más frecuente, la prevalencia se sitúa entre un 20-30% y puede afectar desde lactantes de 6 meses a niños de 5 años. Es impor-

tante a la hora de definir las características del sueño normal, las necesidades en el sueño y los trastornos del sueño en los niños, tener en cuenta el desarrollo y maduración física y psíquica que existe desde la infancia a la adolescencia, así como las influencias sociales, culturales y medioambientales en las que están inmersos. La Clasificación Internacional de Trastornos del Sueño de 2005 (ICSD-II) clasifica este trastorno, que se caracteriza por la resistencia de los niños para irse a la cama y los despertares nocturnos con incapacidad de volver a conciliar el sueño solos, en tres categorías distintas: 1) insomnio por malas asociaciones con el inicio del sueño; 2) insomnio por falta de límites; y 3) insomnio por ambas causas. Las conductas de rechazo a la cama son, generalmente, descritas como gritos, protestas verbales, lloros, pegarse al cuerpo, vómitos, salir de la cama, conductas para llamar la atención y demanda de comida, bebida y cuentos. Todas estas conductas se incluyen en la categoría de insomnio por falta de límites. Por otra parte, los despertares durante la noche se incluyen en la categoría de insomnio por malas asociaciones con el inicio del sueño, en los que la mayoría de niños para volver a iniciar el sueño necesita de asociaciones (como mecerlos, darles comida o la presencia de los padres) establecidas en el momento de irse a la cama.

Los padres en consulta suelen manifestar que el niño "nunca" ha dormido bien y que, desde el primer día, los despertares nocturnos han sido muy frecuentes; más raramente, refieren períodos de normalidad, los cuales, después de un estímulo externo (enfermedad, permanencia en casa de abuelos o familiares, etc.) reaparece la problemática citada. Los fenómenos clínicos que caracterizan este tipo de insomnio son: la dificultad para que el niño inicie el sueño sin la presencia de los padres y los frecuentes despertares durante la noche. Suelen interrumpir su sueño de 5 a 15 veces y les es imposible volver a conciliarlo de forma espontánea y sin ayuda. Estos despertares suelen percibirse como problemáticos para los padres, que suelen probar todos los métodos existentes para lograr dormirlos, aunque con escaso éxito. Con ello, sólo consiguen asociaciones de estímulos inadecuados que refuerzan y perpetúan el problema del sueño en el niño. Los padres llevan a

cabo conductas inadecuadas, como reacción a las dificultades del sueño existentes. Además, una temprana aparición de problemas del sueño en los niños predice mayores conductas inadecuadas en los padres. La causa que origina este problema es la deficiente adquisición del hábito del sueño; es decir, existe una distorsión y desestructuración por asociaciones inadecuadas que el niño hace con su sueño, normalmente debidas a los numerosos cambios realizados por los padres para intentar que el niño se duerma. Ciertas conductas que llevan a cabo los niños en el momento de acostarse, así como las características de las madres, pueden entorpecer los hábitos del sueño. En las culturas occidentales, el "colecho" es una variante significativa en la etiología de los trastornos del sueño en los niños. Son muchos los estudios que demuestran que el colecho tiene repercusiones negativas, tanto en el desarrollo del niño, como para la madre. Asimismo, hay estudios que lo muestran como un factor de riesgo de la muerte súbita del lactante.

TRATAMIENTO

El tratamiento conductual ha demostrado su eficacia en el insomnio infantil por hábitos incorrectos.

En psicología, el hábito es cualquier comportamiento repetido regularmente, que requiere de un pequeño o ningún raciocinio y es aprendido, más que innato. El hábito, en íntima conexión con el aprendizaje, se define como una modificación de la conducta que persiste en el tiempo y es función del número de veces que se han presentado contiguamente los estímulos. En los experimentos tradicionales llevados a cabo para estudiar la formación de hábitos, el resultado, generalmente obtenido, ha sido la constatación de una relación curvilínea positiva entre los intentos realizados (fuerza del hábito) y la conducta que se deseaba obtener. Dicho con otras palabras: la fuerza del hábito aumentaba progresivamente pero de modo negativamente acelerado hasta llegar a un límite máximo.

La Academia Americana de Medicina del Sueño realizó un metaanálisis para conocer la evidencia de la eficacia de las terapias conductuales como tratamiento al insomnio infantil por hábitos incorrectos. Se seleccionaron 52 estudios, los resulta-

dos de los cuales demostraron que los tratamientos más eficaces a este trastorno son la extinción (y la extinción gradual), las rutinas previas al sueño y la educación de los padres/prevención.

La extinción, que consiste en dejar a los niños en la cama e ignorarlos hasta la mañana siguiente, presenta una alta efectividad, pero el gran obstáculo que presenta es la dificultad de los padres para dejar a los niños con sus lloros, chillidos, etc., durante toda la noche. Por este motivo, surgió la extinción gradual, que consiste en entrar en la habitación a intervalos periódicos cada vez más largos.

Todos los artículos estudiados muestran mejoría significativa, reduciendo los problemas para ir a la cama y los despertares durante la noche. Este protocolo lo popularizó en EE.UU. Ferber con su libro de autoayuda en el 1985 y en España E. Estivill lo adaptó en su libro *Duérmete niño*. Otros libros, así como varios estudios, demuestran la eficiencia de este método. Este autor manifiesta que es imprescindible que los padres acudan a intervalos regulares al lado del niño para enseñarle a dormir solo. Así disminuimos la angustia del niño y la de los padres. En muchas ocasiones, si nosotros "dormimos" a nuestro hijo, en brazos, meciéndole, cantando, etc., el niño asociará el sueño a estos elementos y cuando se despierte por la noche reclamará lo que a él le parece que va asociado con su sueño, como la canción, los brazos de los padres o el agua del biberón por la teoría de la asociación de estímulos después comentada. Los padres deben abandonar la habitación del niño cuando está todavía despierto y el niño debe entrar en sueño sin la presencia de los padres. Los niños no deben asociar a sus padres con el inicio del sueño.

Las rutinas o hábitos del sueño son todas aquellas normas que los adultos podemos enseñar a un niño para que configure correctamente el hábito de dormir. Un hábito se configura mediante la repetida asociación de los mismos elementos externos y la actitud que transmiten los padres al enseñar el hábito. Al repetir el mismo tipo de actividad, sin modificaciones, los padres transmiten su seguridad, haciendo que el niño entienda como la correcta la conducta que le estamos enseñando. Las rutinas del sueño (o actividades repetitivas antes de ir a la cama) o el

tiempo fuera de cama tienen como objetivo reforzar las conductas apropiadas (para que tiendan a aumentarse) e ignorar las conductas inapropiadas (para que tiendan a reducirse). Tanto las rutinas del sueño como el pasar tiempo fuera de cama también han sido confirmados como tratamientos rápidos y efectivos en los artículos seleccionados. Con los hábitos del sueño, debemos esperar que el niño aprenda a iniciar el sueño solo, asociando el acto de dormir con unos "elementos externos", como son su cama, elementos transicionales, como un osito de peluche, unos chupetes y los demás elementos ornamentales de su habitación. Watson, en 1920, comenzó a basar la explicación de aprendizaje en el reflejo condicionado como el mecanismo esencial para la modificación de la conducta. Asimismo, la asociación de estímulos defiende que, si a un estímulo que provoca una conducta, lo asociamos con otro estímulo cualquiera, cuando se produzca éste, también se seguirá aquella conducta o una muy parecida.

Todo aquel elemento externo (estímulo condicionado) que esté presente en el momento de iniciar el sueño, será necesario para iniciarlo otra vez cuando se despierte a medianoche.

Otro objetivo para afrontar los trastornos del sueño es prevenir su aparición. Los tratamientos conductuales han ido incorporando los programas de educación a los padres, con el objetivo de establecer hábitos positivos del sueño y evitar así la aparición de asociaciones inadecuadas. Esta prevención es eficaz si se lleva a cabo durante el período prenatal y hasta los 6 meses del bebé. Muchos libros de autoayuda antes descritos tienen como objetivo educar a los padres y así prevenir la aparición de alteraciones del sueño en niños.

Los fármacos inductores del sueño tienen escaso efecto beneficioso en este trastorno, y los pediatras recurren a ellos normalmente por presión de los padres. La mayoría de los niños no notan ninguna mejoría cuando los utilizan para conciliar el sueño; algunos presentan un ligero sopor que ayuda a sedarlos ligeramente, pero no curan la alteración. El grupo de expertos de la Asociación Americana del Sueño defienden que los tratamientos farmacológicos sólo deberían pautarse como complemento a la terapia conductual.

CONCLUSIÓN

Las consecuencias del insomnio infantil pueden ser muy graves a largo plazo si no se trata correctamente.

El trastorno infantil por hábitos incorrectos afecta en nuestro país entre un 20-30% de los niños de 6 meses a 5 años. Las consecuencias son graves tanto para el bebé como en su relación con los padres y entre ellos. Según la Academia Americana de Medicina del Sueño, los niños que manifiestan resistencias para ir a la cama y despertares nocturnos responden favorablemente a los tratamientos conductuales. El 94% de los artículos estudiados manifestaron que los tratamientos conductuales mejoran el sueño de los niños con menos resistencias para ir a dormir y descenso de despertares nocturnos.

BIBLIOGRAFÍA

Los asteriscos reflejan el interés del artículo a juicio del autor.

- 1.*** Blampied N, France K. A behavioral model of infant sleep disturbance. *J Appl Behav Anal.* 1993; **26**: 477-92.
Se discuten las estrategias del tratamiento y de la prevención del trastorno crónico del sueño y se identifican las necesidades de la investigación. Los factores biológicos, particularmente los *arousals* asociados al sueño REM, hacen a los niños vulnerables los repetidos despertares. La falta de un contingente control de los padres frente a estos comportamientos puede formar y mantener el trastorno del sueño infantil.
- 2.** Estivill E, Cilveti R, Barraquer A, et al. Ferber's progressive approach. Results when applied to 47 children with 'sleep onset association disorder'. *Sleep Res.* 1991; **20**: 310.
Explicación sobre el resultado de la aplicación del método Ferber en 47 niños con trastorno del sueño.
- 3.*** Estivill E, de Béjar S. Duérmete niño. Barcelona: Ed. Plaza y Janés; 1997.
Libro-guía donde se enseña a los padres cómo tratar el insomnio infantil por hábitos incorrectos.
- 4.*** Estivill E, Doménech M. Vamos a la cama. Barcelona: Ed. Plaza y Janés; 2003.
Libro-guía donde se enseña a los padres cómo tratar el insomnio infantil por hábitos incorrectos.
- 5.** Estivill E. Método Estivill: Guía Rápida. Barcelona: Ed. Plaza y Janés. 2002.
Libro-guía donde se enseña a los padres cómo tratar el insomnio infantil por hábitos incorrectos
- 6.** Estivill, E. Insomnio infantil por hábitos incorrectos. *Rev Neurol.* 2000; **30** (2): 188-91.
Artículo donde se define el insomnio infantil por hábitos incorrectos. Se cita la epidemiología, las causas y su tratamiento.
- 7.** Ferber R, Kryger M, eds. Principles and practice of sleep medicine in the child. Philadelphia: PA Saunders; 1995.
Manual médico donde se definen los principios básicos y clínicos de la medicina del sueño en niños.
- 8.** Ferber RA. Solve your child's sleep problems. New York: Simon & Schuster; 1985. p. 55-80.
Libro-guía para conseguir que los niños aprendan a dormir solos gracias al método Ferber.
- 9.*** Goodlin-Jones BL, Burnham MM, Gaylor EE, Anders TF. Night waking, sleep-wake organization and self-soothing in the first year of life. *J Dev Behav Pediatr.* 2001; **22**: 226-33.
Este estudio transversal examinó a 80 niños en uno de cuatro grupos de la misma edad (3, 6, 9, ó 12 meses) durante cuatro noches usando vide-osomnografía para medir los despertares durante la noche y las intervenciones del padre con el niño. Los resultados muestran la importancia de los factores individuales y del contexto que modulan el comportamiento durante el primer año de vida de los padres frente al sueño del niño.
- 10.** Idiazábal MA, Estivill E. Treatment of insomnia in children: pharmacological aspects. *An Pediatr (Barc).* 2003; **59** (3): 239-45.
Artículo que estudia los efectos de la medicación en niños con trastornos del sueño.
- 11.*** Mindell JA, Kuhn B, Lewin DS, et al. Behavioral treatment of bedtime problems and night wakings in infants and young children. *Sleep.* 2006; **29** (10): 1263-76.
Este artículo repasa la evidencia de la eficacia de los tratamientos conductuales para los problemas de insomnio de inicio y de mantenimiento en niños jóvenes. Está basado en una revisión de 52 estudios por un grupo de trabajo designado por la Academia Americana de Medicina del Sueño para desarrollar parámetros en la práctica clínica del insomnio infantil mediante los tratamientos conductuales.
- 12.* Mindell JA, Meltzer LJ. Behavioral Sleep Disorders in Children and Adolescents. *Ann Acad Med Singapore.* 2008; **37**: 722-8.
Los estudios indican que los problemas del sueño en niños y adolescentes son altamente frecuentes, entre el 25 hasta el 40%.
- 13.*** Morgenthaler TI, Owens J, Alessi C, et al. Practice parameters for behavioral treatment of bedtime problems and night wakings in infants and young children. *Sleep.* 2006; **29** (10): 1277-81.
Los problemas de inicio del sueño y los *awakings* frecuentes durante la noche son altamente frecuentes en niños y preescolares. La evidencia sugiere que la interrupción del sueño y/o la privación del sueño tienen efectos potencialmente negativos sobre el desarrollo cognoscitivo del niño, la regulación del afecto, sobre la atención, la salud y la calidad de vida, así como efectos secundarios sobre el funcionamiento parental y de la familia.
- 14.** Pin G, Lluch A, Borja F. El pediatra ante los trastornos del sueño. *An Esp Pediatr.* 1999; **50**: 247-52.
Este artículo aconseja a los pediatras cómo actuar frente a los trastornos del sueño infantil en la práctica diaria.
- 15.*** Stein MA, Mendelsohn J, Obermeyer WH, Amromin J, Benca R. Sleep and behavior problems in school-aged children. *Pediatrics.* 2001; **107** (4): E60.
El propósito de este estudio es examinar el predominio de los trastornos del sueño en niños escolares y comparar las asociaciones entre el profesor con la opinión parental de los problemas del sueño, del historial médico y de la psicopatología de la niñez.
- 16.** Zuckerman B, Stevenson J, Bailey V. Sleep problems in early childhood: continuities, predictive factors and behavioral correlates. *Pediatrics.* 1987; **80**: 664-71.
Estudio longitudinal con 308 madres que fueron entrevistadas para conocer los problemas de sueño de sus hijos.

Caso clínico

Niña de 2 años y 8 meses que acude a consulta con su madre. La madre explica que la niña "siempre ha tenido problemas de sueño" y que ahora la situación es "desesperada", "ya no puede más". Refiere dificultades de conciliación, con despertares nocturnos frecuentes (entre 5-10 por noche). Suelen acostarla a las 22:00 h ("antes no se duerme") y tienen que dormirla acariciándola y haciéndole compañía (latencia aprox., 15-20 min). Cada vez que se despierta la niña llora, grita... hasta que acuden a su habitación a calmarla. Repiten el proceso (la cogen en brazos, la can-

tan, la acarician...) hasta que, finalmente, se duerme. Una vez dormida, la dejan en su cama. Por la mañana se despierta definitivamente sobre las 07:00 h de la mañana. La sacan de la cama y le dan el desayuno. Suele hacer una siesta de aproximadamente 1 hora después de comer (en el salón acompañada de su abuela).

La niña no presenta antecedentes patológicos de interés. Tuvo cólicos del lactante pero, en general, ha sido una niña sana. Actualmente no tiene ninguna patología relevante y en las revisiones con su pediatra no se detectan alteraciones médicas que pudieran interferir con el sueño de la niña. Desarrollo de peso-talla adecuado para su edad.

Durante el día es una niña activa, alegre, aunque con cambios de humor frecuentes y algo dependiente de los adultos. La madre la define como una niña con "personalidad fuerte" y, posiblemente, "algo consentida". En el momento de la consulta, la madre explica que le ha dado "homeopatía" para intentar mejorar el sueño pero no mejora significativamente.

En la consulta y para complementar la historia clínica, se le pasa a la madre el cuestionario BEARS, donde se descartan en principio ronquidos y problemas respiratorios y se objetivan dificultades a la hora de acostarse con despertares nocturnos y un tiempo total de sueño nocturno aproximado de 9 horas.

**ALGORITMO
TERAPÉUTICO:
INSOMNIO
INFANTIL**

