

1124/
1 of 35

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA MEDICA, PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL

TITULO DE LA TESIS:

"EPIDEMIOLOGIA DE LOS TERRORES NOCTURNOS
EN EL CENTRO COMUNITARIO DE SALUD MENTAL
DE LA SECRETARIA DE SALUD Y ASISTEN-
CIA," Mexico, D. F.

*Es propiedad del
Instituto de Psiquiatria y Psicología*

TESIS CON
FALTA DE ORIGEN

1124/

Aljau B A

Aljau



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

CONTENIDO

| | |
|---------------------------------------|----------|
| INTRODUCCION | Página 1 |
| JUSTIFICACIONES | " 4 |
| ANTECEDENTES | " 6 |
| PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | " 31 |
| OBJETIVOS | " 33 |
| HIPOTESIS | " 35 |
| VARIABLES | " 36 |
| UNIDAD DE INVESTIGACION | " 37 |
| DISEÑO DE LA INVESTIGACION | " 38 |
| INSTRUMENTO | " 40 |
| PROCEDIMIENTO | " 41 |
| ANALISIS E INTERPRETACION DE DATOS | " 42 |
| CALENDARIO DE ACTIVIDADES | " 49 |
| ANALISIS ESTADISTICO | " 50 |
| GRAFICAS | " 53 |

(Contenido....)

| | | |
|-----------------|--------|----|
| CONCLUSIONES | Página | 63 |
| RECOMENDACIONES | " | 65 |
| BIBLIOGRAFIA | " | 66 |

I N T R O D U C C I O N

Partiendo del conocimiento y los alcances que en la actualidad se han dado en el campo de la psiquiatría, cada día se hacen indispensables y obligados los estudios a regirse por el método científico, a pesar de que actualmente se considera que cualquier investigador que se guíe por un método, estará realizando conocimientos en el área de las ciencias. En este estudio particularmente se tratará de encausarse por las tres fases indispensables en cualquier investigación formal: a) planeación; b) ejecución; y c) evaluación que se basa en el conocimiento del método científico que es la posesión de explicaciones objetivas y confirmadas, siempre verificables, de los procesos existentes en el campo de la investigación y la ciencia.

El método científico parte de conocimientos previos para llegar a conocimientos nuevos. Por lo tanto, en el estado actual de la ciencia, ni los hechos ni las hipótesis están aislados; existen dentro del cuerpo general del conocimiento científico. En tanto decir que un hecho es significativo, en ciencia es decir que ayuda a establecer o refutar alguna ley general, ley que es indispensable de estar validando con los avances de la actualidad. (1)

Ya que hablamos de investigación, será pertinente el ubicar nuestro estudio en una de las áreas de investigación, en este caso de la investigación clínica, cuya contribución es el conocimiento a pesar de que la única

ciencia que se aproxima a la perfección es la física, se intenta mediante la sistematización del método científico introducir a la medicina y con ello a la psiquiatría, rama de la medicina que se ha mantenido inmersa en la subjetividad y por ende en la mediocridad, siendo necesario en el momento actual sustentarla con estudios en diversas áreas que a su vez, se valgan de las demás ciencias para contribuir a su solidez.

En este momento ya se habrá notado uno de los intereses primordiales del presente estudio con el cual se espera aportar un pequeño grano de arena al vasto mar del desconocimiento en que se encuentra la psiquiatría en este momento.

Dado por múltiples limitaciones, dicho estudio se enfocará hacia el conocimiento de una pequeña parte de la población, sin ser la más o menos importante, se buscará establecer con claridad y significancia dentro de estas mismas limitaciones clínicas a los Terrores Nocturnos, entidad psiquiátrica de la cual no se cuenta con datos propios y que afecta a un número no establecido de la población infantil, así como tampoco se conocen sus implicaciones de correlación con otras entidades nosológicas, el sexo, la edad, etc.

Siendo necesaria la sustentación de los datos obtenidos, existió la necesidad de valerse de la estadística y la epidemiología, ciencias afines a la actual búsqueda del conocimiento.

Pasee pues en materia desde este momento sin desestimar la aportación que se podrá hacer en el campo del sueño,

area que apenas en el aspecto normal, se está conociendo y que su patología no es conocida a ciencia cierta por el mismo desconocimiento de su fisiología.

Entrese entonces a este campo tan vasto y de tanta enigmática.

JUSTIFICACIONES

El presente trabajo está enfocado mas directamente al campo de la Salud Publica, sin desestimar que el conocimiento obtenido parte de la elaboración detallada de la clínica y ella misma será la beneficiada. Existe el conocimiento que los Terrores Nocturnos afectan a la población infantil mas directamente, aunque en reportes recientes se habla de personas adultas. Al momento de efectuar este estudio, como unica fuente de datos nacionales se encontro el estudio epidemiológico de las alteraciones del sueño del Dr. Hector Lara Tapia del año 1974, el cual aunque no especifica sobre Terrores Nocturnos, permitio tener un indicio y/o un panorama general sobre el tema que se abordaría en ese campo.

Encontrandome en la rotación del tercer año de la carrera de especialización en psiquiatría por el Centro Comunitario de Salud Mental de la Secretaría de Salubridad y Asistencia en la colonia Santa María la Ribera y contando con la afluencia al centro de pacientes para ser atendidos en la Unidad Terapeutica de Niños y Adolescentes (UTNA), fue facil percetarse de la disponibilidad de material humano para la realización de estudios sobre estos sujetos, por lo que se decide realizar un reconocimiento parcial de cinco meses de duración, encaminados hacia los desórdenes oníricos y específicamente hacia los Terrores Nocturnos.

Esto permite una gran factibilidad ya que los recursos humanos estan a la mano y lo unico necesario es estandarizar los metodos para la recolección de datos de los pacientes que acuden a consulta al CECOSAM, en tanto que se

obtendría para el mismo centro un conocimiento propio y fidedigno de una entidad nosológica como lo serían los Terrores Nocturnos, dado el enfoque del CECODAM con su postura hacia la psiquiatría social, de ser necesario se implementaría la atención directa sobre los pacientes que acudieran a este centro de salud, centro que teóricamente está encargado de la zona norte de la ciudad para aquellas personas que no cuentan con recursos económicos o asistenciales tanto estatales como privados.

INTRODUCCIONES

Una tercera parte de nuestra vida aproximadamente, transcurre durmiendo, este hecho en sí es motivo suficiente para que el sueño despierte intereses y curiosidad por conocer mas profundamente su naturaleza y de ahí todas aquellas alteraciones que se aunan a esta etapa.

Todas las personas dormimos sin haberlo aprendido y casi siempre se puede distinguir cuando una persona está bien dormida o se encuentra despierta. Sin embargo, si se preguntara por la naturaleza del sueño, qué es lo que lo motiva, por qué mecanismos se regula, cómo estan los órganos mientras se duerme, qué funciones realiza las alteraciones oníricas, etc. encontraríamos que es muy poco lo que se puede responder y aun sería en forma parcial.

No obstante el numero ilimitado de trabajos realizados al respecto, Kleitman, investigador dedicado a los sueños que en sus 4,337 trabajos solo puede hacer diferencias y proporcionar datos muy generales sin mayor especificidad, en el momento en que se encontraba para el año de 1963, indicando que los avances en las proximas decadas serían mayores pero aun inespecíficos.

Hace referencia a las alteraciones del sueño que en efecto constituyen uno de los trastornos mas frecuentes que sufre el hombre de hoy, muy correlacionado con los ruidos, el ritmo de vida, las preocupaciones e innumerables causas que hacen que un numero de personas padezcan alteraciones de este tipo.

A continuación tratando de abarcar las principales con-

tribuciones sobre la naturaleza del sueño, se establecen dos grandes períodos. El primero se extiende hasta los comienzos del presente siglo, el segundo desde los inicios de siglo hasta la actualidad. Al principio se establece como conocimientos empíricos, su continuación da pie a conocimientos considerados como los de la época científica. Del período empírico se tienen referencias que se extienden a la época aurea de la medicina y filosofía griega. Una de las primeras hipótesis sobre la causa del sueño procede de Alcméon de Crotona (siglo VI A. de C.) que sostiene que el sueño se producía por el acumulo de sangre en las venas. Al normalizarse al cabo de cierto tiempo, el drenaje venoso, el sujeto se despertaba. Con Aristoteles comenzo a considerarse el sueño como algo que priva la vigilia, por tanto, como algo negativo, decía: "una cosa es clara, la vigilia y el sueño pertenecen a la misma parte animal en cuanto que son opuestos, pues evidentemente el sueño es una privación del estado de vigilia". Philip hace siglo y medio fue el primero en abandonar esta opinion diciendo: "no se puede apreciar una causa final en la alternancia sueño vigilia, sino que se tiene su origen en una imperfección de nuestra naturaleza". Entre tantas hipótesis, existen muchas que no tienen bases científicas y en algunos casos, ni siquiera proceden del sentido comun; en cambio otras, demuestran finos dotes de observación como lo es la de Hartley de 1748 que describía: "los adultos duermen cuando se suprimen las impreciones de los objetos externos y el cuerpo se mantiene en reposo", daba explicación también sobre el porqué los adultos duermen menos que los niños y suponía que en los adultos las ideas fluyen más constantemente.

te produciendo vibraciones suficientemente enérgicas para mantener el estado de vigilia.

En la época moderna sino todas, la mayoría de las hipótesis giran en torno a los cambios de circulación cerebral como motivo específico del sueño. Willis en 1664 por ejemplo, admitía que la atonía de los órganos de la sensibilidad y la motilidad voluntaria eran a consecuencia de la congestión cerebral que se producía durante el sueño.

En la época contemporánea, los trabajos de Pieron de 1913 marcan la transición entre el período que se ha considerado como empírico y el científico. Expone sus hipótesis sin basarse en intuiciones o elucubraciones, buscando una comprobación a sus ensayos de trabajo.

Un notable avance en el conocimiento científico del sueño se debe en forma especial a Berger ya que en 1929 logra registrar las variaciones de potencial eléctrico que ocurren en el cerebro humano, y él mismo con sus colaboradores, comenzó el estudio del electroencefalograma durante el sueño en 1930, con lo que se consigue una observación objetiva de las diferentes fases del sueño por primera vez.

En 1933 Hess mediante la estimulación con electrodos implantados en distintos centros del tronco encefálico y del diencefalo, pudo provocar experimentalmente estados de vigilia y de sueño en el gato.

Bremner en 1935 publica los resultados obtenidos tras la sección del nervio del tronco encefálico justamente por detrás del nervio oculomotor. Provocaba un estado permanente de sueño que según el autor, era atribuido a la desafección que sufrían los centros superiores del sistema nervioso central. Es decir, a la supresión de

todas las sensaciones exceptuando la visual y olfativa. Moruzzi y Magoun en 1949 interpretan los resultados de Bremer en forma distinta poniendo de manifiesto la importancia de la formación reticular troncoencefálica para el mantenimiento del estado de vigilia.

En el año de 1937, Loomis distingue en el sueño cinco diferentes fases nombrandolas con las primeras letras del abecedario.

Dement & Kleitman en 1957 distinguieron solamente cuatro estadios y los representaron con los cuatro primeros numeros romanos.

Jouvet en 1965 describio un nuevo tipo de sueño que denominó paradójico, ya que en algunos aspectos era un sueño profundo, tanto que en otros parecía ser un sueño muy superficial. (2)

En Mexico para 1960, Hernandez Peon hace diversas e innumerables aportaciones en el area del sueño, así como en sus trastornos, realizando diferentes estudios como Mecanismos Reticulares de Control Sensorial, Comunicación Sensorial, Estudio sobre el Circuito Colinérgico, Hipnogeno del Sistema Límbico y Cerebro Anterior, Mecanismos Neurofisiológicos de Vigilia y Sueño, etc. etc. (3)

De todos es conocido que el sueño que es parte importante de la vida, es de las primeras manifestaciones sino la inicial, en la patología de diversas afecciones, en la ubicación del presente trabajo, no se puede desligar el hecho de sustentar cualquier tipo de alteración en el conocimiento de lo que sería el sueño normal, partiendo de este principio, el abordaje que hacen diferentes autores a la patología del sueño, es complejo y diverso. Autores como J. de Ajuriaguerra establecen comportamientos en el sueño, automatismos hipnóticos, así como el

presueño lo identifica como el miedo que esta presente en distintas etapas de la vida, mas especificamente, entre los 2 y 3 años de edad manteniendo esta sintomatología hasta los 5 o mas. El niño pide luz encendida, hacia los 3 años y medio tendrá talvez miedo de ver animalitos en la cama, mientras que a los 5 creará ver animales salvajes en la habitación; hacia los 6 especialmente las niñas, temen que alguien se oculte bajo la cama, a los 7 tienen miedo a las sombras que les parecerán espías o fantasmas o bien ladrones escondidos en el armario. Los rituales de adormecimiento se crean entre los 2 y 3 años y medio, en algunos casos llegan a ser un autentico ceremonial; el rechinar de dientes del niño se presenta antes de los 3 años y puede durar incluso hasta la escolaridad. Se habla de antecedentes hereditarios en estos últimos cuadros. (4)

J. Piaget considera difícil señalar en qué momento del desarrollo aparecen los sueños, ya que antes del habla solo podría analizarse la conducta. En algunos casos se ha establecido claramente sueños entre 1 y 2 años, ya que habiendo hablado en sueños el niño, al despertar trata de contarlos, en su estudio sobre el simbolismo, el autor describe diversos tipos de sueños intentando comparar el símbolo con el juego en la misma edad y establece: los sueños realizadores de deseos por simple evocación del resultado deseado, sin muestra del simbolismo aparente. Los sueños que conscientemente representan como en el simbolismo elemental del juego, unos objetos por otros.

Los sueños que configuran un acontecimiento penoso dándole una salida favorable, como ocurre en el juego.

Las pesadillas con pánicos voluntarios como ocurre en

el juego, y que provocan un placer proporcionado a la inquietud, una involuntaria tristeza ansiosa de poner punto final, mientras que en el juego existe un control mas o menos consciente, en el sueño el control es más difícil, ya que los sucesos se asimilan a esquemas más profundos, a un pasado más lejano.

Los sueños de castigo o autocastigo, los sueños que son una simple traducción simbólica de un estímulo orgánico real. (5)

En la niñez además del sueño se habla de la imaginación en el niño, esta se establece durante el día, pero también se habla de la existencia durante los períodos oníricos. Corresponde a una fantasmaticación positiva o a una exclusión del mundo de la realidad que hay que diferenciar a pesar de que tiene sus leyes propias. Existen también lo que han sido denominadas según E. B. Leroy como visiones del entresueño, siendo esquemas sin realidad, que se transforman según la atmósfera en que transcurren.

Leonhard las denomina post imágenes de fatiga y considera que son revivencias de una actividad pasada, pero que conserva un carácter estático. Los fenómenos hipnagógicos han sido encontrados con bastante frecuencia en los niños que están entre los 6 y 15 años de edad. Se tratan de escenas estáticas o movidas, no coloreadas, sobre fondo neutro con visiones de personajes o animales, raramente existen fenómenos auditivos. La visión en algunos casos es nebulosa, casi siempre en forma caricaturizada.

H. Gastaut los describe como fenómenos de adormecimiento propios de la fase I.

Dentro de las perturbaciones del sueño, se encontrará el insomnio y la somnolencia. El primero trata de la dificultad de conciliar el sueño, pudiéndose convertir en los ni-

ños en un campo de batalla sobre el cual los padres expresan sus tensiones. La somnolencia así como la narcolepsia frecuentemente van acompañadas de infecciones tóxicas o infecciosas del sistema nervioso central.

La narcolepsia es excepcional en el niño, así como también la catalepsia.

Dentro de la patología propiamente dicha y de interés para el estudio, encontramos que existen los Terrores Nocturnos, las pesadillas, el sonambulismo y la epilepsia nocturna. Los Terrores Nocturnos y pesadillas también se conocen como sueños angustiosos, sueños desagradables, e indistintamente los términos de Terrores Nocturnos, pesadillas o pavor nocturno, algunos otros los distinguen únicamente por el grado de intensidad con que se presenten y otros hacen la diferenciación entre cada uno de ellos que trataremos de describir detalladamente. Durante la pesadilla, el niño hace algunos movimientos, despierta, gime y al alcanzar su claridad de consciencia, es capaz de expresar su ansiedad y puede dejarse consolar fácilmente por los padres, o bien persistir en un determinado ansioso estado porque tiene miedo de volverse a dormir.

Los Terrores Nocturnos después de algunos pequeños gritos se levanta el niño o se sienta en su cama, su cara está angustiada, grita, gesticula, se agita, hace como si se defendiera, como si viviese una representación terrorífica, no reconoce a las personas que le entornan, pero reacciona en grado variable a los intentos que realizan los adultos por tranquilizarle, cuando el terror llega a su fin, el niño vuelve a dormirse. Al día siguiente, por la mañana y al despertar, no recuerda nada del fenómeno acontecido, estos terrores pueden persistir varias

noches consecutivas y en forma excepcional en una misma noche mas de uno. Se habla de la posible existencia de un horario fijo para su presentación. Algunos otros autores explican la posibilidad de que estos mismos sujetos presenten lo conocido como terrores diurnos.

Las pesadillas son bastante frecuentes en los niños, los terrores son considerados como más raros. La pesadilla es aceptada como un fenomeno normal, los otros como fenomenos patológicos.

Anthony cita que estas perturbaciones se presentan con mayor frecuencia entre los periodos comprendidos de los 4 a los 14 años con predominio de los Terrores Nocturnos entre los 4 y 7 años, mientras que las pesadillas entre los 8 y 10 años. Para Anthony & Mack como para otros autores, las pesadillas parecerían ser una exageración de un sueño angustiante, para Gastaut la pesadilla del adulto está cerca de caracterizarse en el Terror Nocturno del niño. (4, 6)

Para Carmelo Monedero en los niños puede estudiarse muy bien el papel angustiante de las vivencias reprimidas, acepta la frecuencia de que los niños padezcan crisis mas o menos críticas de Terrores Nocturnos. En los casos típicos el niño se despierta por la noche asustado, llamando a la madre, cuando ella llega se le encuentra preso de una extraordinaria angustia, temblando y sudando como si estuviera presenciando escenas persecutorias. Se refiere a hombres, personas o animales que pueden hacerle daño. Los padres quedan muy impresionados de ver a su hijo envuelto en un terror tan intenso, la madre toma al niño en brazos y pretende consolarle, pero el niño aunque se abraza a ella no la reconoce, por el contrario, la sigue llamando. Poco a poco su terror empieza a disminuir has-

ta que llega un momento en el cual el niño se tranquiliza y se duerme nuevamente. A la mañana siguiente no recuerda nada. No siempre es tan típico, pero puede llegar a levantarse e ir al dormitorio de los padres y sufrir de un fenómeno amnésico al día siguiente.

Las representaciones terroríficas en la infancia están ligadas a procesos que habitualmente se encuentran reprimidos que durante el sueño no pueden ser reprimidos por más tiempo y aparecen en forma de crisis típicas de Terrores Nocturnos con amnesia consecuente. También estos procesos reprimidos pueden aparecer como sueños angustiosos que impiden el sueño del niño, teniendo como ganancia secundaria el conseguir que la madre duerma con él, o para pasar a la cama de los padres. Según el autor, se dan su máxima incidencia entre los 9-10 años, pero su inicio puede estar dado desde los 4. El lo atribuye principalmente al hecho de que durante el sueño el niño no puede controlar sus procesos inconscientes y tiene vivencias persecutorias, estas fantasías están relacionadas con sus teráticas edípicas, la figura del padre se convierte en aterrizante para el niño, así como persecutoria. Se habla también de que se encuentran ligadas a vivencias angustiantes interrelacionadas con el consciente colectivo. En las niñas se presentan generalmente perseguidas por figuras masculinas en los niños suelen ser monstruos y si el niño es muy pequeño, la figura de un lobo que le va a morder.

Partiendo del hecho que el sueño es un intento de realización de deseos, en la crisis de Terrores Nocturnos se desencadena una angustia incontrolable que el niño se ve preso de intenso temor, en los cuadros de angustia simple a diferencia de los Terrores Nocturnos, siendo considera-

dos como pesadillas, el niño sí recuerda lo acontecido la noche anterior, pudiendo utilizar el que la madre acuda a él como una ganancia secundaria para separar a la madre del padre, por lo que continua fingiendo estos temores que son el miedo a realizar sus deseos, cuando esto es descubierto y los padres ya no acuden a su llamado, el niño recurre a los abuelos o bien a los hermanos. Cuando se hace consciente este temor en algunos casos durante el día, el niño se muestra temeroso, miedoso de lo que le pueda suceder a él, el mundo es algo peligroso y se niega a entrar en una habitación oscura. (7)

Henry Ey ubica los problemas de los Terrores Nocturnos como la primera manifestación de angustia la cual ha sido interpretada por distintos autores tanto psicoanalíticos como psicodinamistas, como la iniciadora de la neurosis. Trata de establecer que los primeros comportamientos de miedo se establecen en el temor al extraño alrededor de los 8 meses de edad, luego bajo la forma de Terrores Nocturnos de los 18 a 20 meses, lo considera como un síntoma trivial que consiste en una pesadilla terrorífica, tras la cual el niño se despierta y se niega a dormir nuevamente, sino es tranquilizado por alguien que le rodea, de preferencia la madre. Estas pesadillas infantiles han sido especialmente estudiadas por Louise Despert quien ha mostrado la frecuencia en las pesadillas de las alucines a grandes animales devoradores como lo son leones, perros, etc., por lo tanto se trata de una forma primitiva y onírica, de una fobia, con elección de un objeto (leon), evitación (el despertar) y apoyo (la madre). La interpretación a que se adhieren los autores que han estudiado estos hechos, está ligada a las percepciones

por parte del niño de sus actividades orgánicas, que pueden estar toleradas en el estado de vigilia, gracias a la actividad visual y a la motriz, pero resultan intolerables en el sueño, probablemente más durante las fases marginales al inicio o al final del sueño.

La experiencia que se vive en este momento cuando las necesidades y los estímulos corporales son sentidos oscuramente y no pueden ser descargados por medio de actividades sensoriomotrices, no pueden dominarse: desencadenan una angustia con un estado emotivo y a veces objetivamente observables como son los sudores, la salivación, a veces micción y defecación. Es un Terror Nocturno que aparece pues ya no como una reacción verdaderamente patológica sino como una respuesta normal a una experiencia insuperable. No será superada más que progresivamente y gracias a la repetición de la secuencia "pesadilla tranquilización". La fobia a los grandes animales no es más que la permanencia frecuente en el niño de 2 a 5 años, rara en el adulto de una respuesta simbólica a un miedo infantil.

Los miedos a los sitios oscuros interpretado como fobia a la obscuridad se encuentran en edades parecidas y parecen responder a las necesidades de defensa visual, pero esta vez en el estado de vigilia. (8)

Vallejo Nagera en su obra Introducción a la Psiquiatría plantea que la angustia es compañera permanente de la existencia humana y en la infancia no existe aun la diferenciación entre el miedo y la angustia del adulto, todo temor infantil está cargado de angustia, de incertidumbre, y a la vez cada experiencia ansiosa se matiza de una imagen temerosa, en la infancia sería más exacto hablar de miedo angustioso.

Lopez Ibor ha destacada el error de que supone interpretar toda angustia infantil como de origen psicogeno, sin establecer la angustia vital que también puede existir. La crisis de angustia infantil entre los 3 y 7 años adopta frecuentemente la forma de Terrores Nocturnos, una crisis aislada no tiene importancia, su reiteración es patológica. Suele atribuirse la crisis a una pesadilla, a un ensueño de contenido angustioso, derivado de los acontecimientos diurnos, pero en muchos casos tanto el contenido temeroso del sueño como la crisis de angustia, son manifestaciones simultaneas de un acceso de angustia vital.

Cuando la crisis se hace muy frecuente en un período de meses y el niño aparece en el día ojeroso, delgado y desgastado, pueden interpretarse todos estos fenomenos como una expresión de una fase timopática endogena. (9)

Las crisis infantiles de pavor nocturno son en unos casos, crisis neuróticas de angustia vital, en el sentido de Lopez Ibor y en otros, estados crepusculares epilépticos. El analisis fenomenológico de la sintomatología y el registro EEG aportan los elementos suficientes para efectuar el diagnóstico diferencial entre ambos tipos nosologicos. El niño suele estar confuso e incoherente. La casuística de pavor nocturno infantil se distribuye exclusivamente entre neurosis y epilepsias. Prevalecen notoriamente en ella los enfermos de epilepsia temporal profunda. Su presentación se produce segun Gastaut & Broughton (1965) en los estadios III y IV del sueño lento (profundo), mientras que los sueños terroríficos y las pesadillas aparecen durante el sueño paradójico. (10)

Diversos autores en los ultimos años han tratado de realizar estudios comparativos entre distintas entidades, por lo que en un estudio donde se investigan 40 personas adul-

tas que padecieron Terrores Nocturnos, correlacionan los mismos y el sonambulismo con factores genéticos y del desarrollo en la presencia de estos trastornos, pero determinados los primeros por la etapa de inicio ya que en etapas adultas se establecen como factores de tipo psicológico. Describen los Terrores Nocturnos como episodios de terror extremo y pánico asociado con vocalizaciones intensas y altos niveles de descarga autonómica.

Los episodios son de corta duración y varían de uno a varios minutos; durante el episodio típico, el paciente está confuso y desorientado y tiene poco o nada de recuerdo del suceso inmediatamente después de él o a la mañana siguiente. Los Terrores Nocturnos han sido confundidos con pesadillas y las variaciones en el uso de estos dos términos en la literatura han agregado a esto una confusión. Los eventos de Terrores Nocturnos son a menudo acompañados por sonambulismo y algunos autores han propuesto que los Terrores Nocturnos y el sonambulismo son ambos parte de la misma fisiopatología.

Dentro del desarrollo y curso clínico de los Terrores Nocturnos, se ha establecido como promedio de inicio para la población estudiada la de 12.5 años mas alta que la de sonambulismo que fue de 9.9 años. Un porcentaje elevado de 92% en Terrores Nocturnos contra 80% en sonambulismo, reportaron que el stress mental aumentaba con la presencia de patología nocturna. También se asocio aumento de fatiga como cambio de medio ambiente donde dormía, como fenomenos desencadenantes de los episodios. Asociado a la patología de Terrores Nocturnos, se ha encontrado que un 75% habla dormido, un 72% de los pacientes investigados presentan sueños ansiosos, un 52% padece de insomnio, un 40% presenta enuresis y un 55% de las veces, los sonambulos tuvie-

ron la sensación de presentar Terrores Nocturnos, así como un 72% de los que padecían Terrores Nocturnos, al menos en una ocasión presentaron sonambulismo. Dentro de las características de los Terrores Nocturnos se encontró que el tiempo promedio de presentación fue de 106.6 minutos para el primer ataque. Se habla en estos artículos de la posibilidad del recuerdo del episodio en un 42%, conductas violentas durante el mismo en un 55%. A los pacientes se les realizó algunas características de su personalidad mediante el estudio clínico del MMPI, encontrándose $p < 0.01$ en las 8 escalas clínicas con promedios más altos para los pacientes con Terrores Nocturnos. Se encontró una escala elevada por lo menos en forma patológica dentro de la hipocondriasis, depresión, histeria conversiva, psicastenia y esquizofrenia. La característica predominante de la prueba fue ansiedad obsesiva, fobias y depresión, varios perfiles tuvieron inusitadas elevaciones en espiga en la psicastenia. Las entrevistas psiquiátricas establecieron un diagnóstico psiquiátrico en un 85% de los pacientes con Terrores Nocturnos. Los descubrimientos realizados por estas investigaciones muestran que los Terrores Nocturnos comienzan temprano en la vida, al final de la niñez o en la adolescencia. En el estudio se establecieron los hechos de que los pacientes que presentan Terrores Nocturnos aun en la edad adulta, comenzaron a tener el padecimiento a una edad más tardía que los que padecen sonambulismo. El Terror Nocturno persiste más tiempo que el sonambulismo. Ambos padecimientos son considerados como enfermedades del despertar que ocurren en las etapas 3 y 4 del sueño al inicio de la noche, hay presencia de historia familiar en ambas patologías. (11, 12)

El grupo de la Escuela de Medicina de Pensilvania que ha realizado varios estudios sobre trastornos del sueño, en su trabajo sobre los factores hereditarios y Terrores Nocturnos y sonambulismo, establecen que dichos fenomenos se presentan a temprana hora del sueño, ubicandolos mas especificamente dentro de las fases de sueño III y IV y describen a los Terrores Nocturnos como episodios eventuales caracterizados por vocalizaciones con multitud de descargas siendo mas frecuentes en los niños que en los adultos, creyendo que exista un retardo en la maduración del sistema nervioso central que impida un buen desarrollo en el soñar, indican que si esto no se llega a corregir puede continuar hasta edades adultas, asi como también existen psicopatologías asociadas a estos padecimientos.

La incidencia de Terrores Nocturnos en la población general no se conoce, pero en la población que acude a clínicas psiquiatricas se presenta en 1.5% de los asistentes niños. Otras características particulares es que los Terrores Nocturnos ocurren en multiples miembros de la familia.

Hallstrom en 1972 reporto el caso de tres pacientes con generaciones consecutivas y sugiere un patron dominante autosómico hereditario.

La hipótesis de que el sonambulismo y los Terrores Nocturnos pueden ser expresiones variables del mismo tipo clínico es apoyada por los hechos siguientes: 1) ambos son desordenes de excitación que ocurren durante el sueño de las ondas lentas; 2) ambos comparten las mismas manifestaciones comunes clínicas y 3) ambos parecen estar relacionados con la inmadurez del sistema nervioso central en niños y psicopatología en adultos. Este estudio reporta investigaciones llevadas a cabo de familias en donde se ha encontrado un 96%

de antecedentes de uno o mas miembros que caminan dormidos o padecen Terrores Nocturnos, así como también el hecho de que coexisten ambas entidades y son difíciles de diferenciar.

Dentro de otro de sus estudios sobre los patrones y características de la personalidad en pacientes que sufren pesadillas, se destaca el hecho de que las mismas son consideradas como pavor nocturno en niños y en adultos ataques de pánico.

Las pesadillas suelen empezar en la niñez prevalenciando hasta la edad adulta, establecen que las pesadillas son más frecuentes en mujeres. Se relacionan las pesadillas con las fases del crecimiento. La persistencia de las mismas en los adultos habla de presencia de algún aspecto psicopatológico, lo que ha sido reportado por el estudio con el IMPI.

Dentro de los sujetos estudiados, se encontraron características de tipo esquizoide, pero ninguno psicótico (13, 14, 15) Reynolds establece dos tipos de clasificación para los desórdenes del sueño. Uno es el Desorden de Iniciación y Mantenimiento del Sueño (DIMS) y el otro es el Desorden del Dormir Excesivo (DOES), y menciona también una Asociación de Centros para los Desórdenes del Sueño (ASDC). De los estudios realizados el 68.1% presentan diagnóstico del DIMS con características psiquiátricas particularmente en desórdenes afectivos y el 37.8% de diagnóstico para el DOES que presentaba síntomas de narcolepsia y apnea. Establece también que el abuso de drogas y alcohol se asocio más fuertemente con el DIMS, mientras que se encontró que los desórdenes médicos estaban más asociados con el DOES. (16)

Berner P. & Papotoczky H. G. establecen que el tratamiento de desórdenes del sueño se estudia la neurofisiología y las conductas a modificar, mediante la utilización de insights en los desórdenes del sueño. Los procesos neurofisiologi-

cos juegan un papel muy importante en los desórdenes del sueño presentados en niños. Habla de la utilización de agentes antidepressivos como Imipramina en sonambulismo, enuresis. (17)

Benoit O., Goldenberg-Leygonie F., Lacombe, J. Marc M.E. describen el sueño en niños con un fenómeno de episodio de sueño: Una comparación con niños normales.

Los autores establecieron un patrón de sueño de 23 niños que se encontraban entre los 5 y 12 años de edad y que padecían episodios nocturnos (Terroros Nocturnos, sonambulismo, movimientos rítmicos). La parte que juegan estas modificaciones durante las primeras horas de sueño en la ocurrencia de los Terroros Nocturnos y sonambulismo es discutida. (18)

Simonds J. F., Parraga H. Nos hablan de Desórdenes y Conductas de Sueño en Niños y Adolescentes evaluados en una clínica psiquiátrica. Hacen la correlación de trastornos de sueño con presencia de desórdenes afectivos y ansiedad en la patología del sueño. (19)

Jones D. P., Verduyn C. K. establecen el Manejo Conductual de Problemas de Sueño. Los autores describen el resultado de 19 niños que fueron referidos como pacientes con desórdenes de sueño y manejados con métodos conductuales.

Un 84% se reporta con éxito, el cual fue mantenido día a día durante 6 meses y el resultado va asociado con la ausencia de discordia marital al asistir ambos padres a las sesiones de tratamiento. (20)

Hernandez Peon identifica el trastorno como pavor nocturno. El pavor nocturnus, que aparece generalmente en el niño, está caracterizado por intensas manifestaciones emocionales de terror que ordinariamente no se recuerdan.

Estas crisis se deben probablemente a una actividad paroxística en estructuras límbicas del lóbulo temporal. En recientes estudios electroencefalográficos practicados en niños con pavor nocturno, se han demostrado alteraciones electroencefalográficas localizadas en el lóbulo temporal. Siguiendo el nuevo concepto postulado anteriormente, descargas paroxísticas originadas en estructuras temporales relacionadas con la conducta emocional de temor se liberarían durante el sueño fisiológico profundo, originando ensueños desagradables con intensas manifestaciones subjetivas y objetivas de terror. (3)

Ernest Hartmann, nos da a conocer que la patología de los sueños se considera desde su punto de vista muy diferente al conocimiento general dado que estos lo consideran como pequeños desarreglos en el sueño sin que lleguen a causar ningún mal mayor. El autor presenta dos casos demostrando la potencialidad de estos desórdenes siendo muy similares en muchas formas. Nos indica que la etiología de los Terrores Nocturnos es aun desconocida, pero que se presenta en los estudios de laboratorio de sueño en el estado cuatro sin reportar la personalidad o la patología de los sujetos, aunque hay quienes indican que se trata de pacientes borderline por los numerosos estudios de personalidad del MMPI.

Un déficit neurológico o predisposición se sugiere por la continua tendencia familiar reportada, la alta incidencia a los 2 y 5 años de edad y el hecho de que algunos pacientes con epilepsia del lóbulo temporal describen sonidos típicos de los Terrores Nocturnos dentro de sus síntomas. Es cierto que la mayoría de personas que padecen Terrores Nocturnos y/o sonambulismo muestra anomalías no discernibles del EEG en los exámenes normales. (21)

Es meritorio referir que de las pocas publicaciones epidemiológicas encontradas en México, está la del Dr. Hector Lara Tapia, quien nos indica que en el Distrito Sanitario I del D. F., cerca del 60% de la población atendida en los servicios de higiene mental, está formada por niños, los que son canalizados por alteraciones de sueño, a su vez en un 15%, fundamentalmente por enuresis o sonambulismo. El estudio que realiza es en pacientes que acuden al ISSSTE para su atención, siendo abordados desde el punto de vista neurológico y psiquiátrico.

Los datos referentes al tipo y frecuencia de las alteraciones de sueño estudiadas nos indican que la noctilalia ocurre en un 17.09% de la muestra total y en orden decreciente están enuresis con 12.14%, el bruxismo con un 10.54% y los Terrores Nocturnos y el sonambulismo con 9.54% y 8.14% respectivamente. El resto de las alteraciones en proporciones mínimas.

Nos indica además que mas del 50% de la muestra con alteraciones de sueño fueron presentadas en forma familiar.

El caracter fuertemente familiar aumenta cuando se ve que solo en los casos de niños normales se presentaron en forma individual. Plantea que esto permite discriminar cuando las alteraciones del sueño pueden ser consideradas como "enfermedad" perse y cuando deberán ser observadas tan solo como un síntoma dentro de las entidades patológicas, en forma similar a su presentación en los adultos. (22)

Simonds & Parraga nos indican en su estudio que el DSM-III desde 1980 reorganiza los grupos de sueño y despertar como trastornos independientes y plantea cuatro grupos: 1) desórdenes de iniciación y mantenimiento de sueño; 2) desórdenes de somnolencia excesiva; 3) desórdenes del horario de sueño y despertar y 4) disfunciones asociadas con sueño, eta-

pas de sueño y despertares parciales, tales como el sonambulismo, terror de sueño, sueño relacionado con enuresis y sueño relacionado con bruxismo. Un numero mayor de desórdenes de sueño en niños ha sido reconocido y se ha aplicado un sistema funcional de clasificación. Este estudio mostro que la prevalencia de las conductas del sueño y los desórdenes de sueño dependen continuamente de la edad, sexo, estado socioeconómico y condiciones medicas del sujeto. Únicamente unas pocas conductas de sueño difieren en frecuencia entre niños y niñas. Se encontraron muchas conductas en un numero significativo de niños menores lo que podría sugerir un fenomeno de desarrollo o madurez. Sin embargo, esta frecuencia iba asociada significativamente con dos o tres variantes al mismo tiempo, sugiriendo factores de desarrollo biológico y medio ambiente que podrían actuar como multiples variantes. La prevalencia de las conductas de sueño en la población psiquiatrica debería ser comparada con poblaciones normales antes de que se lleven a cabo conclusiones definitivas a cerca de conductas de sueño particulares las cuales son mas prevalentes en poblaciones con disturbios emocionales. El porcentaje de ocurrencia de los pacientes estudiados es del 2.66% para los Terrores Nocturnos. (23)

Por otro lado, el grupo de Pensilvania al cual se ha referido con anterioridad, y en varias oportunidades reporta los primeros efectos de psicoterapia en pacientes con Terrores Nocturnos que autores anteriores no nos habían evidenciado tal forma terapeutica.

Previamente aclaran la existencia de posibles factores genéticos en la etiología de los desórdenes del sueño, así como los hallazgos del inventario multifacético de la personalidad de Minnesota con perfiles que expresan agresión, predominio de la ansiedad, depresión, fobias, personalidad es-

quizoide como rasgos frecuentemente presentes en pacientes con Terrores Nocturnos. Como tratamientos antes utilizados hablan de las benzodiazepinas como el diazepam como droga para suprimir los sueños de ondas lentas con lo que se conseguía suprimir frecuentemente el Terror Nocturno. Sin embargo, se vuelven a presentar los cuadros con el retiro de la droga.

La imipramina ha sido sugerida también para el tratamiento de estos desórdenes, pero su efectividad no ha sido comprobada en los grupos controles. Este estudio mencionado trata sobre la psicoterapia que muestra ser efectiva en el tratamiento de adultos que padecen Terrores Nocturnos. Dos pacientes con Terrores Nocturnos completaron una serie de 20 y 23 meses de sesiones semanales y mostraron eventualmente la eliminación completa de sus episodios nocturnos. Un tercer paciente que no asistió con regularidad a las sesiones y terminó prematuramente con la terapia, no mejoró.

En los casos de Terrores Nocturnos parecen relacionar una inhibición en cuanto a la expresividad de la agresión y una tendencia muy fuerte hacia la internalización de emociones. Tratando pacientes con Terrores Nocturnos, la flexibilidad, amplitud y respuestas emocionales del terapeuta, permiten una expresividad sin temores por parte del paciente. Esto conlleva una decesión en los episodios de Terrores Nocturnos y hacia el insight del paciente con relación a eventos específicos de stress que van asociados con la internalización de emociones. Por consiguiente, la terapia es más explorativa en naturaleza. (24)

Por su lado Rutter en su obra indica una serie de datos ya establecidos por autores anteriores sin hacer una aportación propia diferente y de importancia ante el pavor nocturno.

Menciona los datos de Kales et al de 1968 con una incidencia de 1 - 3% en niños, que van desde los 5 a los 12 años así como los estudios de Gastaut donde los Terrores Nocturnos raramente se presentan durante el día y van acompañados de ansiedad, siendo considerados normales psiquiátricamente. Dentro de sus aportaciones propias nos habla de que existe con claridad el hecho de que a pesar de presentar trastornos de identidad en el rol sexual propios de su identificación, no se pueden relacionar hasta el momento con los Terrores Nocturnos. (25)

En sus últimos estudios realizados Ajuriaguerra y Marcelli hablan de que los Terrores Nocturnos sobrevienen en los inicios del período edípico (3-4 años) y aparecen en el primer ciclo del sueño, al día siguiente es habitual no recordar nada de lo acaecido.

Los registros electroencefalográficos durante la noche han permitido precisar el episodio que se establece en el estadio cuatro del sueño lento y se caracteriza por la aparición de ondas lentas, monomorfas como las observadas en las reacciones de despertar en el niño, su frecuencia de aparición es variable y se ubican la mayor cantidad de casos entre los 3, 5-6 años y luego desaparecen.

Más raramente se dan en forma cotidiana y se pueden asociar en algunas ocasiones a naturalezas fóbicas.

En el plano psicopatológico el Terror Nocturno cuya aparición coincide con el conflicto edípico, parece ser la expresión de emergencia de una angustia extrema no elaborable que afecta al aparato psíquico (Houzel), su aparición intermitente podría considerarse como la traducción de las primeras y torpes tentativas de elaboración frente a las angustias edípicas. Por el contrario, la persistencia de los Terrores Nocturnos significa generalmente la imposibilidad del niño para elaborar mejores defensas psíquicas y puede señalar el retorno a posición pre-edípica. (26)

L. Kanner establece que tanto las pesadillas (efialtes, incubo) como los Terrores Nocturnos (pavor nocturnus) son temores o sustos que se producen durante el sueño. Suelen emplearse esas expresiones indistintamente, pero en realidad corresponden a dos formas de conducta que difieren en varios aspectos. Son indicaciones más o menos decisivas de que hay algo anormal en el niño y que es su personalidad la que debe ser investigada y adaptada.

La diferencia que existe entre las pesadillas y los Terrores Nocturnos pueden ser en la forma siguiente:

Pesadillas

Terrores Nocturnos

- | | |
|--|---|
| 1. Sueño pavoroso despues del cual el niño despierta. | 1. Sueño pavoroso que el niño tiene cuando esta durmiendo, o en estado intermedio de somnolencia y que no despierta. |
| 2. Cuando el niño despierta reconoce a todas las personas y objetos que lo rodean. | 2. No reconoce a las personas ni cosas a su alrededor, las confunde a veces con otras y las relaciona con la trama del sueño. |
| 3. No hay alucinaciones. | 3. Sí tiene alucinaciones en las que ve dentro del cuarto objetos aterradorizantes del sueño. |
| 4. Generalmente no hay transpiración. | 4. Por lo general hay transpiración. |
| 5. Raras veces dura el episodio mas de un par de minutos. | 5. El terror dura hasta 15 ó 20 minutos. |

De acuerdo con las tendencias que predominan en la medicina se han señalado en distintas ocasiones diversos factores como causas uniformes de los Terrores Nocturnos. Se atribuyeron los episodios a una intoxicación de anhídrido carbónico, debido a los trastornos respiratorios de las vegetaciones adenoides. Todos los niños que tienen terrores nocturnos fueron declarados epilépticos. Para otros autores el pavor nocturno es una reacción histérica. Otros consideran que la observación de la cópula de los padres es un importante factor de su producción. Formulóse la hipótesis de que los causa la hipoglicemia y que deben ser tratados con grandes dosis de dextrosa.

La mayoría de los pacientes que padecen Terrores Nocturnos no presenta síntomas epilépticos. La cantidad de niños histéricos que padecen de noche terrores depende del concepto que se tenga del histerismo. Si se sostiene que el pavor nocturnus es un síntoma histérico, no hay otra inferencia posible que la de que todos los niños que tienen ese síntoma son histéricos. (27)

Kaplan, Freedman y Sadock dentro de su obra como características de importancia plantean que con frecuencia los Terrores Nocturnos se combinan con el sonambulismo, así como también existe una fuerte incidencia familiar dentro de estos padecimientos. Los autores plantean la existencia de una susceptibilidad orgánica de base, lo cual habla de un posible origen concreto fuera de las especulaciones que los demás autores han descrito. Dentro de su casuística externan la factibilidad de que los Terrores Nocturnos puedan ser exacerbados con el uso de alcohol en algunas ocasiones. No desestiman la frecuente incidencia de conflictos y stress como fenómenos desencadenantes. Ellos no se adhieren a una forma específica de abordaje terapéutico, por lo que hablan de psicoterapia, abstinencia de alcohol y de ser necesario,

la utilización de diazepam en dosis que fluctúan desde 5 hasta 20 mgs. (28)

La Asociación Psiquiátrica Americana al presentar su Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales tuvieron que recopilar una serie de datos los cuales nos permiten tener criterios tanto de exclusión como de inclusión. Dentro de las aportaciones relevantes se cuenta con que los Terrores Nocturnos son episodios repetidos de despertar brusco que ocurren dentro de los 30 y 200 minutos de haberse iniciado el sueño (no REM) en las fases 3 y 4, teniendo una duración de 1 a 10 minutos.

Se caracterizan por una serie de manifestaciones vegetativas como lo son: pupilas dilatadas, sudoración profusa, piloerección, taquipnea y pulso rápido. Asociado existe movimientos motores reiterativos.

La edad de comienzo está comprendida entre los 4 y 12 años, en los adultos entre los 20 y 30 y posterior a los 40 es raro. Su curso en los niños tiende a desaparecer llegada la adolescencia y en el adulto el curso es crónico. Dentro de sus estudios de prevalencia, se estima que va de 1 a 4% con mayor frecuencia en el sexo masculino, así como también una predisposición entre los familiares. Dentro de los diagnósticos diferenciales se presentan las pesadillas en la fase REM de sueño, las alucinaciones hipnagógicas y por último las crisis epilépticas.

Con esta aportación y basándose gran parte en ella, se da inicio a la investigación con la que se espera confirmar o denegar los datos presentados por los autores mencionados anteriormente. (29)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La dificultad con la cual se tropieza al hacer el estudio sobre los Terrores Nocturnos se establece basicamente en las diferentes formas de abordaje teorico que realizan diversos autores y que al momento actual, no responden a las expectativas del conocimiento del citado problema. Algunos autores lo abordan dando explicaciones desde un punto de vista subjetivo y muy personal, sin haber realizado estudios longitudinales prospectivos o retrospectivos y persistiendo exclusivamente en el metodo observacional que sin una sistematización dan reportes antojadizos y sin mayor validez científica.

Dentro de los abordajes, la gran mayoría lo han basado patologicamente en un area biologica, dado que es un problema intrínseco del sueño, teniendo como conotación procesos de inmadurez cerebral que se basan para su curación, algunos de ellos, en la espera de alcanzar la madurez cerebral, otros en una postura totalmente opuesta, lo atribuyen a conductas acontecidas secundariamente a conflictos desarrollados dentro de la infancia con conotaciones psicodinamicas especificando la necesidad de dar atención a este tipo de problemas mediante una postura psicoanaliticamente orientada sin explicarnos con claridad a qué se debe el conflicto y no faltan autores que se concretan a una postura expectativa sin poder en el momento actual, definir con certeza el origen de tales acontecimientos patológicos, por lo que se concreta a no instituir ninguna medicación o cambio trascendental en espera de una evolución que clarifique el padecimiento.

Dentro de estos dos parámetros que se han situado, existen personas que hacen investigación correlacionando con la herencia tratando de encontrar un factor ligado geneticamente

asi como tambien personas que llevan a cabo investigaciones neurofisiológicas en busca de determinaciones de elementos específicos intracraneanos que sean la causa directa de las manifestaciones patológicas del sueño.

En aras de obtener un conocimiento mas o menos claro, la presente investigación efectuará un estudio de tipo prospectivo observacional de cinco meses de duraci3n en donde dentro de la poblaci3n que acuda al centro, se identificarán los pacientes-casos, en espera de configurar los datos necesarios para aportaciones diagn3sticas características propias del paciente, diagn3sticos de posible asociaci3n, tratamientos instituidos, evoluci3n y manejo por parte de los padres con lo cual, logrando obtener una muestra de tipo representativo, se consiga sostener científicamente los datos que sean obtenidos a traves del estudio.

O B J E T I V O S

Dentro de los objetivos iniciales se planteaba el desconocimiento total de estudios realizados en el país, por lo que dando pie a un objetivo específico, se establecerá como se indica a continuación:

1. Contar con estudios científicos tanto desde el punto de vista epidemiológico, como clínico para nuestro país, sobre los trastornos del sueño y más específicamente los Terrores Nocturnos en la población infantil.

Dado que partiendo de la nada en este momento, es necesario el que comparando estudios realizados en el extranjero con estudios nacionales, se pueda obtener diferencias o similitudes que traigan como consecuencia parámetros propios indispensables para nuestra población.

2. Conocer la literatura realizada en el extranjero con el objeto de establecer similitudes o diferencias con estos mismos reportes para conseguir parámetros propios sobre trastornos nocturnos.

Si se llegase a conocer aspectos estadísticos en una población que acuda al centro de salud, esto bien podría servir de parámetro para ser comparado en los distintos centros de la Secretaría de Salubridad y Asistencia con lo que tendrían recursos propios estadísticos nacionales.

3. Conocimiento de la incidencia o proporción de Terrores Nocturnos en la población infantil que acuda al CECCSAM. Dentro de los diversos objetivos, pero no menos importantes a conocer estarían la serie de variantes que cada una de ellas es indispensable para el conocimiento de este padeci-

miento en particular y con lo que posiblemente se lograría identificar con mayor claridad parámetros diagnósticos que al momento no son reportados en ninguna literatura.

4. Tratar de establecer alguna significancia en cuanto a edad mas frecuente de presentación de Terrores Nocturnos, sexo de predilección del padecimiento, padecimientos diagnósticos mas frecuentemente asociados a Terrores Nocturnos, frecuencia de alteraciones electroencefalográficas en los pacientes-casos, tipos de tratamiento instituidos en los pacientes investigados, así como en la literatura, correlación hereditaria de presentación del padecimiento, frecuencia de presentación del padecimiento, características fisiológicas mas frecuentemente presentadas.

H I P O T E S I S

LA INCIDENCIA DE TERRORES NOCTURNOS EN LA POBLACION INFANTIL, COMPRENDIDA ENTRE LOS 2 Y 12 AÑOS DE EDAD QUE ACUDEN AL CENTRO COMUNITARIO DE SALUD MENTAL DE LA SECRETARIA DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA (CECOSAM) EN EL PERIODO ABRIL-AGOSTO 1984 ES MAYOR A LA ESTIMADA DE 1-3% DE LOS REPORTES REALIZADOS EN EL EXTRANJERO.

V A R I A B L E S

Dado que la variable es la expresión que manifiesta una hipótesis, en cuanto sus diversos acontecimientos al problema que se enfrenta en este estudio que es básicamente la presencia o ausencia de Terrores Nocturnos en la población que acude al CECOSAM, sin poder desestimar que estos mismos pacientes, ya no son una muestra representativa de la población dado que han tomado conciencia directa o indirectamente de otros padecimientos y que mediante la entrevista se han identificado como casos problemas, por lo tanto, encontraríamos una variable cualitativa de tipo nominal que plantea la presencia o ausencia de trastornos nocturnos específicos.

Debido a la necesidad de contar con diagnósticos o criterios de inclusión, estos estarán dados bajo los criterios de inclusión diagnóstica del DSM-III que se establecerán en el momento de la realización de la entrevista clínica. Con los resultados que se obtengan de la investigación, se podrán establecer parámetros estadísticos, así como posibles investigaciones en el futuro que proporcionen mayores datos de la población que atiende el centro de salud.

El instrumento que se elaboró con fines diagnósticos fue previamente presentado a los médicos de la consulta externa del CECOSAM a manera de un plan piloto de donde surgieron varias ideas que concluyeron con el instrumento de entrevista clínica diagnóstica que permita agrupar a la población afectada. Este instrumento se encuentra detallado dentro del rubro de anexos de la investigación.

UNIDAD DE INVESTIGACION

Los sujetos a ser investigados son todas aquellas personas que acuden al Centro Comunitario de Salud Mental de la S. S. A., tanto de primera vez como subsecuentes, encontrándose dentro de las edades comprendidas entre 2 y 12 años de edad, cumpliendo con los requisitos del centro de salud primordialmente que procedan de las colonias asignadas a la delegación Cuauhtemoc o bien zona norte de la ciudad considerada como el area de influencia designada al centro de salud por la Secretaria de Salubridad y Asistencia.

A estas mismas personas que por primera vez acudan al centro se les realizará una preconsulta de donde de primera instancia se facilita la detección de casos.

La gran mayoría sino en su totalidad, segun las características del centro de una manera u otra eran atendidos por la Unidad Terapeutica de Niños y Adolescentes (UTNA) que se encargaba de la atención, tratamiento y prosecución de la población infantil a su cargo. Segun la planeación de la investigación, no se efectuará ningun tipo de muestreo, por el contrario, se tratará de captar a todos aquellos pacientes niños que acudan al centro de salud, con lo cual se detectaran los casos patológicos en cuanto a trastornos de sueño. Con esto se podrá determinar los criterios diagnósticos de inclusión necesarios para la investigación y seguidos segun los criterios diagnósticos y estadísticos del DSM-III con pequeñas variantes propias y necesarias para el estudio.

DISEÑO DE LA INVESTIGACION

La investigación ha sido diseñada o enfocada buscando el tener conocimiento de datos de tipo estadístico de manejo práctico con lo cual se crea un instrumento de valoración diagnóstica clínica, el mismo que al ser valorados los pacientes, sin saber el entrevistador si había o no presencia de Terrores Nocturnos con lo cual los dos primeros cuestionamientos del instrumento realizaban el diagnóstico de inclusión en aquellos casos que continuaran con algunas de las siguientes preguntas en una forma afirmativa, quedando excluidos todos aquellos casos que no hubieran presentado antecedentes de haber padecido dichos trastornos.

En este momento se enfrenta la necesidad del instrumento y validar el mismo sobre su confiabilidad para la detección de Terrores Nocturnos, pero haciendo un estudio a consciencia se encuentra que la finalidad del mismo no sería realizar un instrumento que detecte dicho padecimiento, sino que exclusivamente verifique la presencia o ausencia de Terrores Nocturnos en la población que acude al centro.

El instrumento se pasaba con mayor detenimiento en las consultas de primera vez y subsecuentes, no así en las preconsultas en donde únicamente se detectaban de primera intención algunos casos. Posteriormente a la detección de un caso de Terrores Nocturnos, el investigador se encargaba personalmente de revalorar el caso, con lo que se lograba una unificación en los criterios, así como en las conductas a seguir. No se presentó ni un solo caso de los detectados que no siguiera esta línea de trabajo.

La presente investigación trata de ser explicativa en cuanto a qué parte de una hipótesis y sus posibles consecuencias como lo sería el motivo por el cual la frecuen-

cia de Terrores Nocturnos se presentan mas numero de veces en la poblacion mexicana que en otras partes; pudiendo ser los factores biosicosociales los que se encuentren en peores circunstancias en esta poblacion que en los paises desarrollados. El estudio tiene la caracteristica de ser tipo longitudinal dado que se inicia la recoleccion de datos el primer dia del mes de abril y finaliza el ultimo dia de agosto del presente año, asi como ha sido enfocado el estudio en una forma prospectiva y se encarga de ser tipo no experimental ya que su funcion primordial es el diagnóstico y su evolucion.

Revisando la necesidad de que hubiera alguna implicacion etica dentro de las caracteristicas del estudio, se pudo ver que siempre se le solicito su anuencia a los familiares o tutores del paciente para la obtencion de datos, y les fue explicado el motivo del estudio y sus beneficios para la poblacion, si del mismo surgieran aportaciones concluyentes de importancia, por lo que estamos seguros que no existe implicacion etica alguna en el estudio.

Adjunto el instrumento con el cual se recopilaron los datos diagnosticos sobre Terrores Nocturnos.

PROCEDIMIENTO

Inicialmente se hablo con las autoridades del CECOSAN de donde se obtuvo la denuncia para la investigación, así como los datos aproximados de la población infantil que acude al centro para su atención por mes.

Se visualizaron variantes en cuanto a épocas del año por motivos escolares y climatológicos, que no afectarían el estudio. Se percato de la necesidad de contar con un instrumento con el que se pudiera obtener datos factibles de ser tabulados, fidedignos, comprensibles sus cuestionamientos tanto para el entrevistado como para el entrevistador, lo que hizo recordar que para hacer un diagnóstico, se necesitan una serie de criterios tanto de inclusión como de exclusión, por lo que dirigiendonos al Manual Diagnóstico y Estadístico DSM-III de donde se obtienen los criterios necesarios para efectuar el diagnóstico, se elabora un plan piloto a manera de prueba con varios pacientes de donde se extraen sugerencias de los médicos de la consulta externa y se elabora el instrumento definitivo, este no se valida ya que solo se deseaba recabar información y no convertirlo en un instrumento diagnóstico.

Dentro de los dispositivos auxiliares de analisis, fue necesaria la utilización de tarjetas para la recabación de datos del instrumento diagnóstico de Terrores Nocturnos, computadora Texas Instrument de estadística en donde se obtuvieron y realizaron las pruebas estadísticas del estudio. Dentro del material de consumo que se utilizó fue necesario una secretaria, maquina de escribir, fotocopidora, papel, plumas, lápices, reglas, escalímetro, marcadores, hojas milimétricas, material fotocopiado, etc. etc.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

Tratando de seguir una secuencia lógica y ordenada de acuerdo a la organización del cronograma, se plantea el hecho concreto que desde el principio la planeación concentró la totalidad de actividades, dando como resultado la creación del protocolo de investigación ya presentado, así como algunos avances alcanzados para ese tiempo.

A finales del mes de marzo ya se había concluido el pilotaje del instrumento que se utilizaría para la recolección de la información en todos los pacientes que acudieran al centro para su atención, con los criterios de ser comprendidos entre las edades de 2 a 12 años, tanto masculinos como femeninos, indistintamente de primera atención médica como subsecuentes.

Dentro del proceso de recolección de datos, en el mes de abril, a finales, habían asistido al centro (CICCSAM) 89 pacientes con estas características, de los cuales 62 pertenecían al sexo masculino y 27 al femenino; siendo considerados como casos con Terrores Nocturnos un total de 4, correspondiendo 3 al sexo masculino y uno al femenino.

Sucesivamente en el mes de mayo acudieron 79 pacientes, 44 masculinos y 35 femeninos, siendo dentro de los casos 3 pacientes: 2 masculinos y 1 femenino. En junio la afluencia de pacientes aumentó a 129 en total, siendo 83 masculinos y 46 femeninos; en el total de los casos se vieron 9: 6 masculinos y 3 femeninos. En el mes de julio acudieron 111 pacientes siendo 76 masculinos y 35 femeninos, dentro de los casos fueron 4 en total: 3 masculinos y 1 femenino.

Agosto tuvo un total de 120 pacientes, 78 masculinos y 42 femeninos, 7 casos en total: 5 masculinos y 2 femeninos.

(Grafica III).

Se encontró que el mes de junio fue el de mayor asistencia

de pacientes, así como mayor captación de casos, lo cual puede ser atribuido al período vacacional en esas fechas. Dentro de los análisis, los cómputos totales de los 5 meses reportaron 528 pacientes no casos, 343 masculinos y 185 femeninos; 61.69% y 33.27% respectivamente del total ya que dentro de los casos se recibieron 27 en total: 19 masculinos y 8 femeninos, siendo 3.42% y 1.44% respectivamente, haciendo un total de 555 pacientes..

Los pacientes atendidos son 528, significando un 94.96% de la población y 27 casos de Terrores Nocturnos que corresponden a un 4.86% de la población total. (Gráficas I y VI).

Dentro de los pacientes que acudieron al centro, las edades más frecuentes en el sexo masculino fueron: 7 años (65 pacientes), 8 años (47 pacientes), 6 años (45 pacientes) y 5 años (44 pacientes), teniendo como edad promedio 7.29 años. (Gráfica II)

Dentro del sexo femenino las edades más frecuentes fueron los 6 años (26 pacientes), 7 años (22 pacientes), 5 años (22 pacientes) y 10 años (20 pacientes), con un promedio de edad de 7.05 años. (Gráfica V)

El promedio entre ambos sexos es de 7.20 años. Dentro de los casos de Terrores Nocturnos en el sexo masculino, se encontró más frecuentemente las siguientes edades: 8 años (5 pacientes), 6 años (4 pacientes) y 7 años (3 pacientes), el promedio de edad fue 7.58 años.

Dentro de las niñas se recolectaron los siguientes datos: 5 años (3 pacientes), 6 años (2 pacientes), 7 años (2 pacientes), el promedio de edad fue de 5.38 años.

Dentro de ambos sexos el promedio fue de 6.93 años para casos de Terrores Nocturnos. (Gráficas IX y X)

A simple vista se pudo observar una diferencia marcada dentro de los casos, con menor edad de aparición dentro del sexo femenino. Dentro del sexo masculino el promedio de escolaridad fue de 1.6 años y en el femenino de 1.0 años de estudio respectivamente.

Dentro de los pacientes que acudieron al centro los diagnósticos que se presentaron con mayor frecuencia fueron los siguientes. Se utilizó la clasificación diagnóstica del - DSM III / ICD 9 .

- 307.6 = Enuresis con 7 pacientes
- 309.2 = Reacción adaptativa con alteración predominante de otras emociones con 8 pacientes
- 309.4 = Con alteraciones mixtas, de las emociones y de la conducta 19 pacientes
- 312.2 = Trastorno de conducta socializado 3 pacientes
- 312.3 = Trastornos del control de impulsos no clasificados en otros apartados 10 pacientes
- 312.9 = Alteraciones inespecíficas de la conducta 7 pacientes
- 313.0 = Alteraciones de las emociones específicas de la niñez y de la adolescencia con ansiedad y temor 93 pacientes
- 313.2 = Trastornos por timidez, hipersensibilidad y retraimiento social 14 pacientes
- 313.3 = Problemas de relación 30 pacientes
- 314.0 = Síndrome hipercinético infantil. Trastorno por déficit de atención 70 pacientes
- 314.1 = Hipercinesia con retraso del desarrollo 20 pacientes
- 314.2 = Trastorno hipercinético de la conducta 49 pacientes
- 315.0 = Retrasos específicos del desarrollo en la lectura 28 pacientes
- 315.1 = Trastorno específico en aritmética 5 pacientes
- 315.2 = Otras dificultades en aprendizajes específicos 18 pacientes
- 315.3 = Trastorno en el desarrollo del habla o del lenguaje 33 pacientes
- 315.5 = Trastorno mixto del desarrollo 69 pacientes
- 317.0 = Retraso mental leve 6 pacientes
- 318.0 = Retraso mental moderado 8 pacientes
- 319.0 = Retraso mental sin especificar 11 pacientes
- 345.0 = Epilepsia 20 pacientes.

Dentro del análisis del instrumento evaluatorio en los casos de Terrores Nocturnos encontramos: en el sexo masculino la primera pregunta que valoraba el despertar repentino en la noche, media hora a tres horas de haberse quedado dormido y acompañado de gritos y/o llanto fue respondida afirmativamente en 19 ocasiones; en el sexo femenino respondieron afirmativamente en 8 ocasiones.

La segunda pregunta pedía la descripción de alguna imagen en ese momento siendo en los hombres 0 afirmativas y 19 negativas, en las mujeres 0 afirmativas y 8 negativas. La tercera pregunta cuestionaba la duración del episodio y su dormir posterior en forma tranquila en hombres 18 afirmativas y 1 negativo, en mujeres 6 afirmativas y 2 negativos. La cuarta pregunta cuestionaba el despertar temeroso de la noche anterior encontrando 5 afirmativos y 14 negativos en los hombres; en las mujeres 8 negativas.

En la quinta pregunta se establece trastornos vegetativos asociados al padecimiento: en hombre: taquicardia 13 afirmativos y 6 negativos; respiración rápida 10 afirmativos y 9 negativos; dilatación pupilar 8 afirmativos y 11 negativos; sudoración 8 afirmativos y 11 negativos; piloerección 3 afirmativos y 16 negativos. En las mujeres: taquicardia 5 afirmativos y 3 negativos; respiración rápida 4 afirmativos y 4 negativos; dilatación pupilar 3 afirmativos y 5 negativos; sudoración 2 afirmativos y 6 negativos; piloerección 8 negativos.

La sexta pregunta establece la posibilidad de aceptar la tranquilidad al hablarle los familiares al momento de presentarse el terror: hombres: 5 afirmativos y 14 negativos; mujeres: 3 afirmativos y 5 negativos.

La séptima pregunta establece el estado confusional del paciente: hombres: 15 afirmativos y 4 negativos; mujeres: 5 afirmativos y 3 negativos.

En la octava pregunta se establece el tipo de tratamiento instituido: hombres y mujeres ninguno.

En la novena pregunta van implícitos los posibles antecedentes familiares con padecimiento de Terrores Nocturnos: hombres 2 casos de padres; 1 caso de hermanos y tios; resto 15 negativos; mujeres: 2 casos de hermanos, 1 caso de padres; 5 negativos.

Decima pregunta corresponde a la frecuencia de aparición (veces presentados), al momento de la entrevista: hombres: 4 con una ocasión, 4 con 2 ocasiones, 3 con 6 ocasiones, 8 con 10 ó mas ocasiones; mujeres: 1 con una ocasión, 1 con 2 ocasiones, 1 con 6 ocasiones, 2 con 8 ocasiones y 3 con 10 o mas veces.

La onceava pregunta corresponde al establecimiento del principal diagnostico clinico asociado al padecimiento: hombres: clasificación OMS/DSM III = 307.6=1; 309.4=3; 312.2=2; 313.0=2; 314.0=5; 314.1=3; 315.3=1; 317.0=1 - mujeres: 307.6=1; 309.4=2; 314.0=3; 313.0=1; 317.0=1 (Graficas VII y VIII).

En donde encontramos la presencia de síndrome hiperkinetico y retardo en la atención en mayor numero de veces en ambos sexos, asi como alteración mixta de emociones y conducta. Dentro del analisis como habré sido notado, se ha querido realizar una especificidad detallada, tanto cuantitativa como cualitativa según fuere necesario el caso, sobre las preguntas realizadas, de donde se concluyen algunas consideraciones de importancia:

1. es definitivo que la presencia de Terrores Nocturnos se lleva a cabo entre los 30 y 180 minutos de haberse iniciado el sueño ya que en ambos sexos la respuesta fue afirmativa en todos; lo que correspondería posiblemente a las fases III y IV del sueño; siempre va acompañado de una sensación terrorífica con gritos y llantos.

2. no hay recuerdos de imagenes o del porqué se presentó el cuadro terrorífico, en ninguno de los pacientes-casos, lo que nos habla de una imposibilidad mnemica hacia este tipo de acontecimiento. Pudiera a pesar del sueño ser reprimido por el inconsciente, o es tan traumático que es preferible olvidarlo?

3. la mayoría de los casos establece como tiempo de duración entre 1 y 10 minutos, algunos se pasan de este tiempo, pero lo más frecuente es que los que duran más tiempo no duerman tranquilos posteriormente. A pesar de que la mayoría, posterior a la crisis, se tranquiliza y duerme sin complicaciones.

4. ninguno recuerdo con claridad dentro de los niños, que le había hecho despertar, aunque hubo la duda en unos casos en cuanto a su afirmación, ya que se habló de animales y brujas, lo que si podría corresponder a este fenómeno, pero no se cuenta con forma alguna de confirmarlo.

5. las respuestas vegetativas que con mas frecuencia fueron respondidas afirmativamente fueron: taquicardia en relación 3-1; taquipnea 2-1; sudoración 2-1. La piloerección en su mayoría fue negativa, pero aparentemente por falta de atención a la reacción o desconocimiento, en la dilatación pupilar fue muy semejante a la piloerección.

6. aproximadamente mas del 75% de los familiares no pudo proporcionarle tranquilidad despues de la crisis, lo que habla de un estado fuera de la consciencia que le impide percatarse de la presencia de personas en su ayuda, que va muy apegado también a la pregunta 7, en donde muchos coinciden en presencia de movimientos repetitivos sin finalidad alguna y dan la apariencia de estar en un estado crepuscular.

8. es interesante ver que nadie le había instituido ninguna forma de medicación o tratamiento mágico, considerando que esto desaparecería y no dejaría complicación alguna. Solo en algunos casos y que era su primera manifestación, acudien-

do a los medicos no instituyendo tratamiento, aduciendo que era ocasional y transitorio.

9. se encontró que un 26% presentaba antecedentes familiares de Terrores Nocturnos, con mayor frecuencia en hermanos, padres y tios; lo que despierta la duda de un posible factor hereditario directamente presentado en la forma de sueño.

10. se establece que en 13 casos se presentan las crisis en 8 o mas veces, 4 casos con 6 presencias. Lo que nos habla de la tolerancia e indiferencia por parte de los familiares ante los trastornos del sueño, pese a la expresión de angustia manifestada por los familiares.

A cada uno de los casos identificados como Terrores Nocturnos se les solicitó valoración, electroencefalográfica, encontrandose con la dificultad limitante en el aspecto economico y en la idealización de los registros de sueño. Unicamente en 8 casos fue posible el que se realizara el estudio, de ellos 5 fueron reportados como normales los EEG y 3 como una falta de madurez cerebral de acuerdo a la edad, con lo que los datos obtenidos no permiten tener conclusiones de ningun tipo, unicamente abre la necesidad de contar con el apoyo de una institución que permita la realización de este tipo de estudio.

ANALISIS ESTADISTICO

Dadas las características del estudio, fue necesario realizar una serie de pruebas estadísticas pertinentes para la validez del presente trabajo. (30 y 31)

Como primera prueba estadística se hizo la χ^2 cuadrada:

$$\chi^2 = \sum \frac{(f_o - f_e)^2}{f_e}$$

| | con Terrores Noc. | sin Terrores Noc. | Total |
|---------|-------------------|-------------------|-------|
| HOMBRES | 19 (17.61) | 343 (344.39) | 362 |
| MUJERES | 8 (9.39) | 185 (183.61) | 193 |
| Totales | 27 | 528 | 555 |

$$\chi^2 = \sum \frac{(19-17.61)^2}{17.61} + \frac{(343-344.39)^2}{344.39} + \frac{(8-9.39)^2}{9.39} + \frac{(185-183.61)^2}{183.61} =$$

$$(0.1097) + (0.0056) + (0.206) + (0.0105) = 0.3318$$

$$\chi^2 = \underline{0.3318}$$

Grados de libertad:

$$G. L. = (R-1) \quad (C-1)$$

$$(2-1) \quad (2-1)$$

$$(1) \quad (1) \quad G.L. = 1$$

Se buscaron diferencias significativas en la correlación presente de Terrores Nocturnos y sexo, a través de la prueba χ^2 . Con $\alpha = 0.05$ y un grado de libertad, la χ^2 calculada es de 0.3318, no rebaso el valor crítico de 3.841. Esto significa que no existe una diferencia en la presencia de Terrores Nocturnos según el sexo del paciente.

En la búsqueda de que los Terrores Nocturnos se presentaran a una edad específica, se realizó la siguiente prueba estadística: t de Student.

Total de pacientes: \bar{X} = 7.2045 S = 2.5496 n = 528
 Total de casos TN: \bar{X} = 6.9259 S = 2.3192 n = 27

$$t = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{\sqrt{\frac{S_1^2}{n_1} + \frac{S_2^2}{n_2}}} = \frac{7.2045 - 6.9259}{\sqrt{\frac{(2.55)^2}{528} + \frac{(2.32)^2}{27}}} = \frac{0.2786}{\sqrt{0.0123 + 0.1993}}$$

$$= \frac{0.2786}{0.46} \quad t = \underline{0.6056}$$

Del resultado se concluye que no existen diferencias significativas, lo que quiere decir que no hay evidencia para pensar que los Terrores Nocturnos se presentan a una edad específica.

Dentro de los casos se trata de encontrar diferencias significativas, en cuanto a edad de aparición y el sexo; por lo que se realiza nuevamente una prueba estadística.

Casos TN \bar{X} de edad en niños: \bar{X} = 7.5789 S = 2.2928 n = 19
 Casos TN \bar{X} de edad en niñas: \bar{X} = 5.375 S = 1.5979 n = 8

$$t = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{\sqrt{\frac{S_1^2}{n_1} + \frac{S_2^2}{n_2}}} = \frac{7.5789 - 5.3728}{\sqrt{\frac{(2.29)^2}{19} + \frac{(1.60)^2}{8}}} = \frac{2.2061}{\sqrt{0.2760 + 0.3200}}$$

$$t = \frac{2.2061}{0.7720} \quad t = \underline{2.8576}$$

G.L.: $n_1 + n_2 - 2 = 19 + 8 = 27 - 2 = 25$ GL

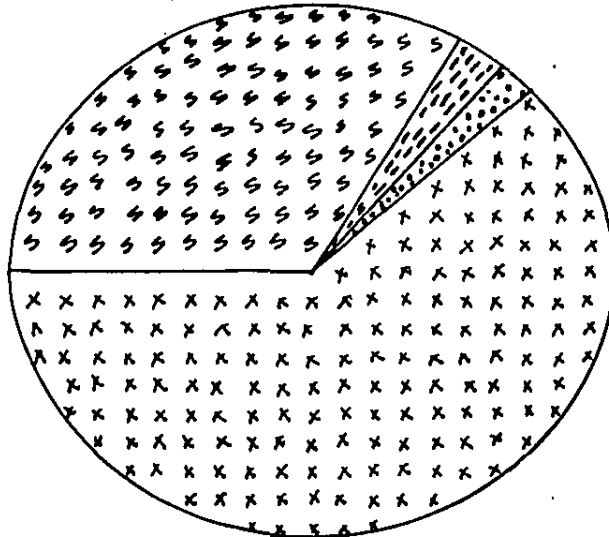
Se busca la diferencia significativa en correlación entre el promedio de edad y la presentación de Terrores Nocturnos mediante la prueba de Student, encontrando que entre los casos existe una diferencia significativa en cuanto a la presentación de Terrores Nocturnos y la edad promedio.

Para los niños el promedio es de 7.57 y para las niñas es de 5.37, es decir que las niñas tienen una edad de aparición mas temprana que los niños. Esto es dado que la prueba de Student de 2.8576 calculada rebasa el valor crítico de 2.060 para un $\alpha = 0.05$ para dos colas.

G R A F I C A S

- I Poblacion segun presencia de terrores nocturnos y sexo
- II Diagnostico por sexo en consulta externa
- III Pacientes de consulta externa segun sexo
- IV Pacientes del sexo masculino por edad
- V Pacientes del sexo femenino por edad
- VI Casos de terrores nocturnos segun el sexo
- VII Diagnostico asociado a terrores nocturnos en pacientes masculinos
- VIII Diagnostico asociado a terrores nocturnos en pacientes femeninos
- IX Casos segun edad, sexo masculino
- X Casos segun edad, sexo femenino

POBLACION SEGUN PRESENCIA DE TERRORES NOCTURNOS Y SEXO
 CECOSAM
 ABRIL - AGOSTO DE 1984



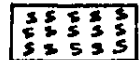
3.41%
 O^o CON
 TERRORES



1.438%
 ♀ CON TE-
 RRORES NOC-
 TURNO



61% DE
 PACIENTES O^o
 QUE VAN A CONS.



33.2% DE
 PTES. ♀ QUE
 VAN A CONSULTA

GRAFICO I

DIAGNOSTICO POR SEXO EN CONSULTA EXTERNA

CEGOSAM

ABRIL - AGOSTO DE 1984

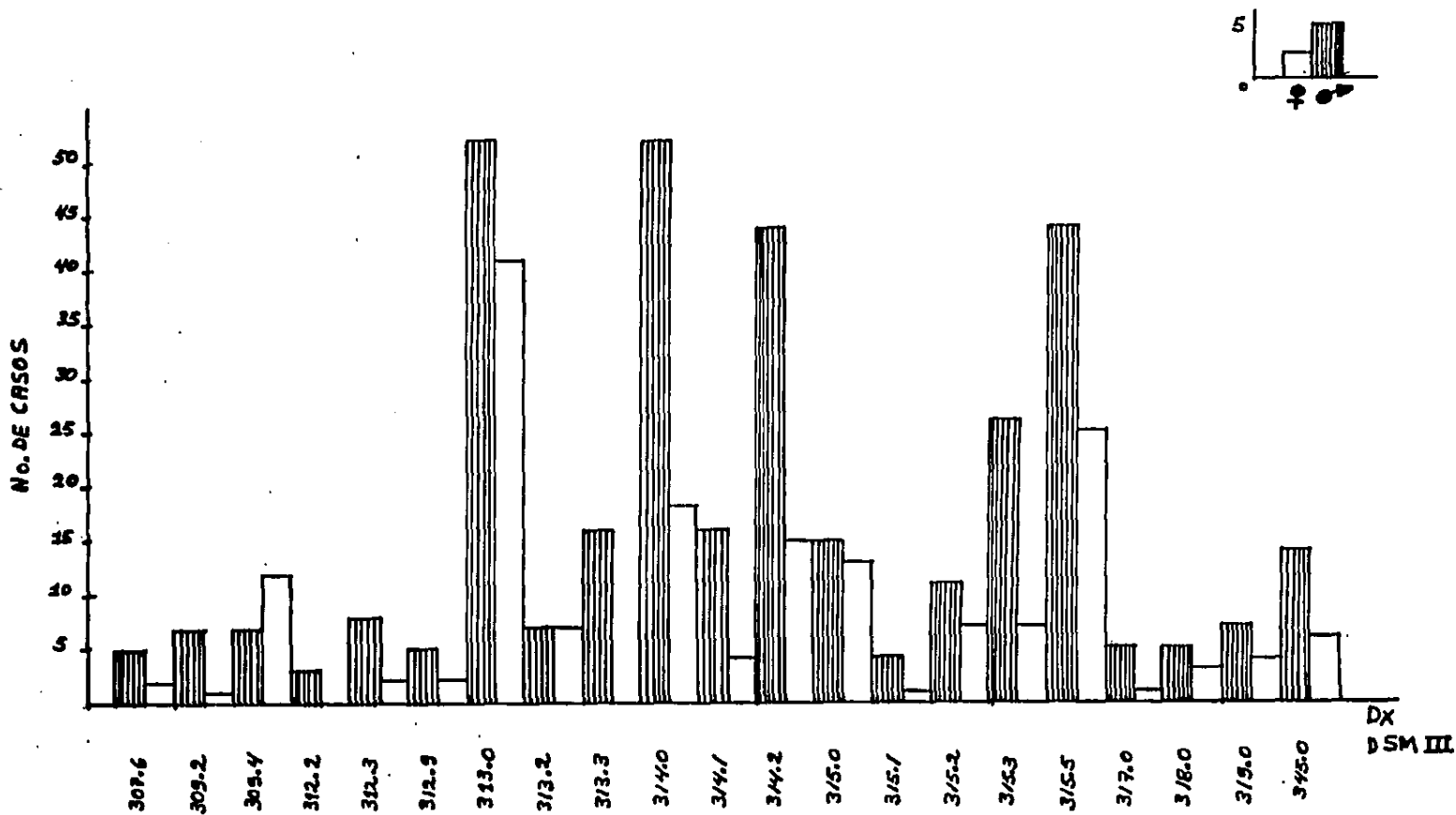
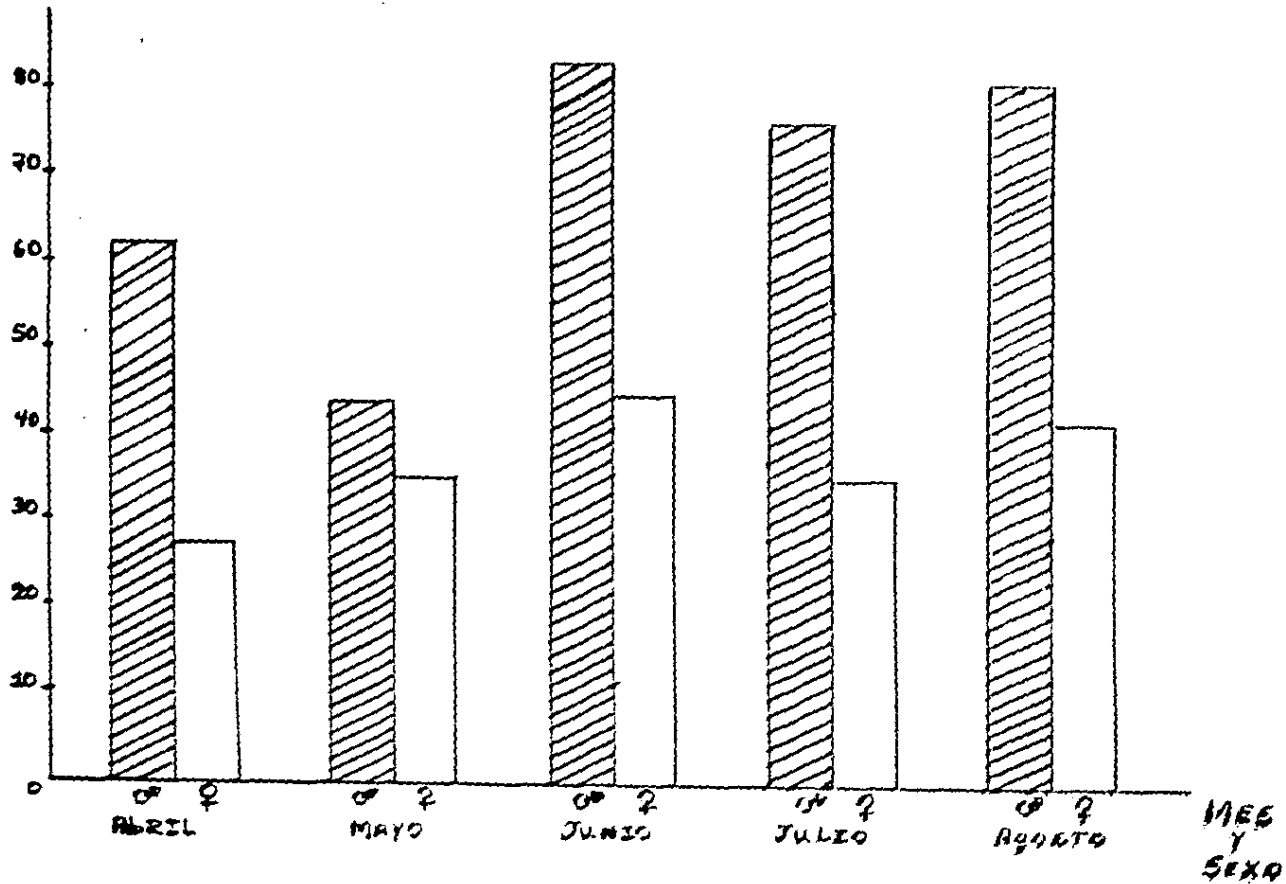


GRAFICO II

PACIENTES DE CONSULTA EXTERNA SEGUN SEXO

CECOSAM

ABRIL - AGOSTO DE 1984



PACIENTES DEL SEXO MASCULINO POR EDAD
CECOSAM

ABRIL - AGOSTO DE 1984

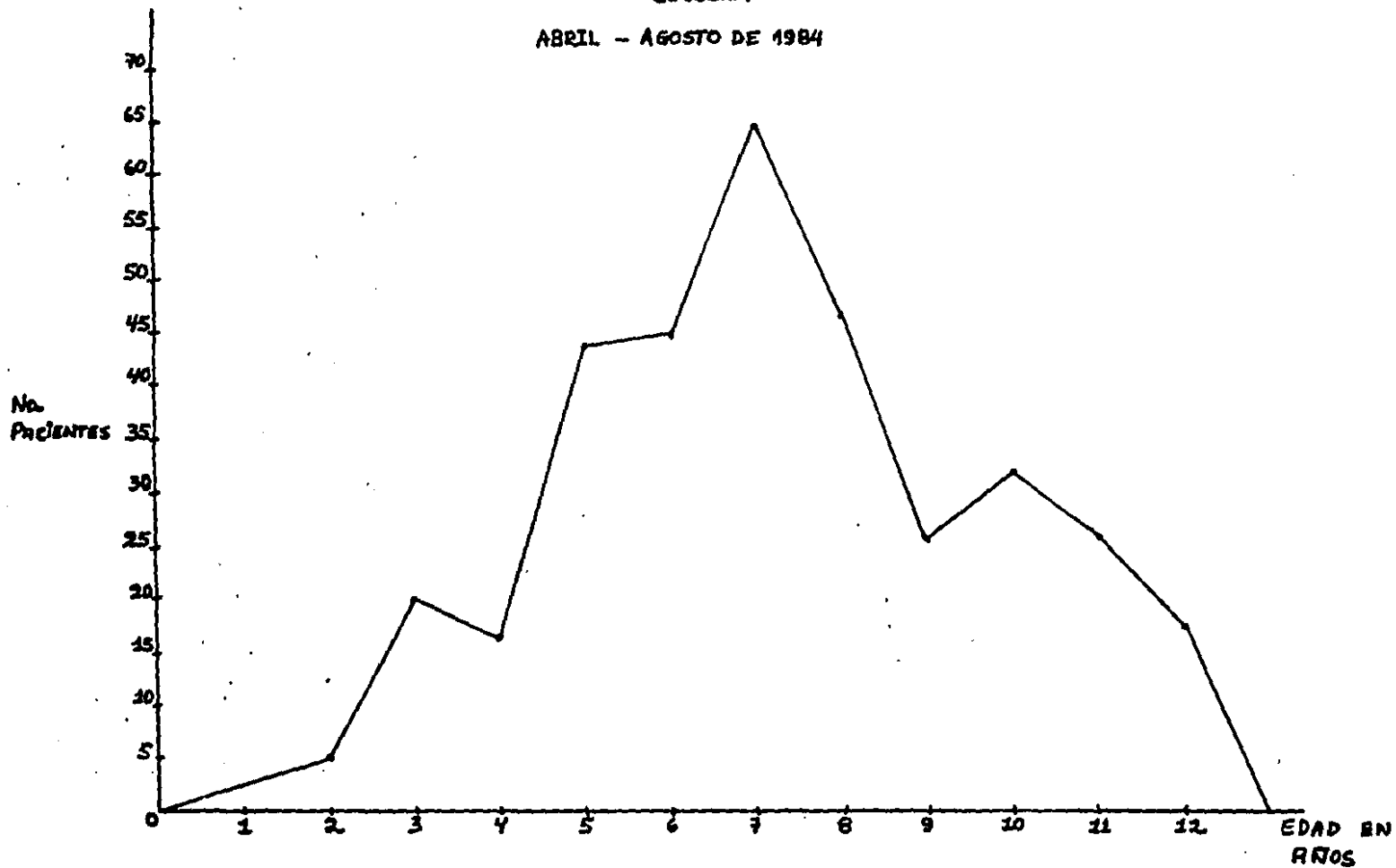


GRAFICO IV

PACIENTES DEL SEXO FEMENINO POR EDAD

CECOSAM

ABRIL - AGOSTO DE 1984

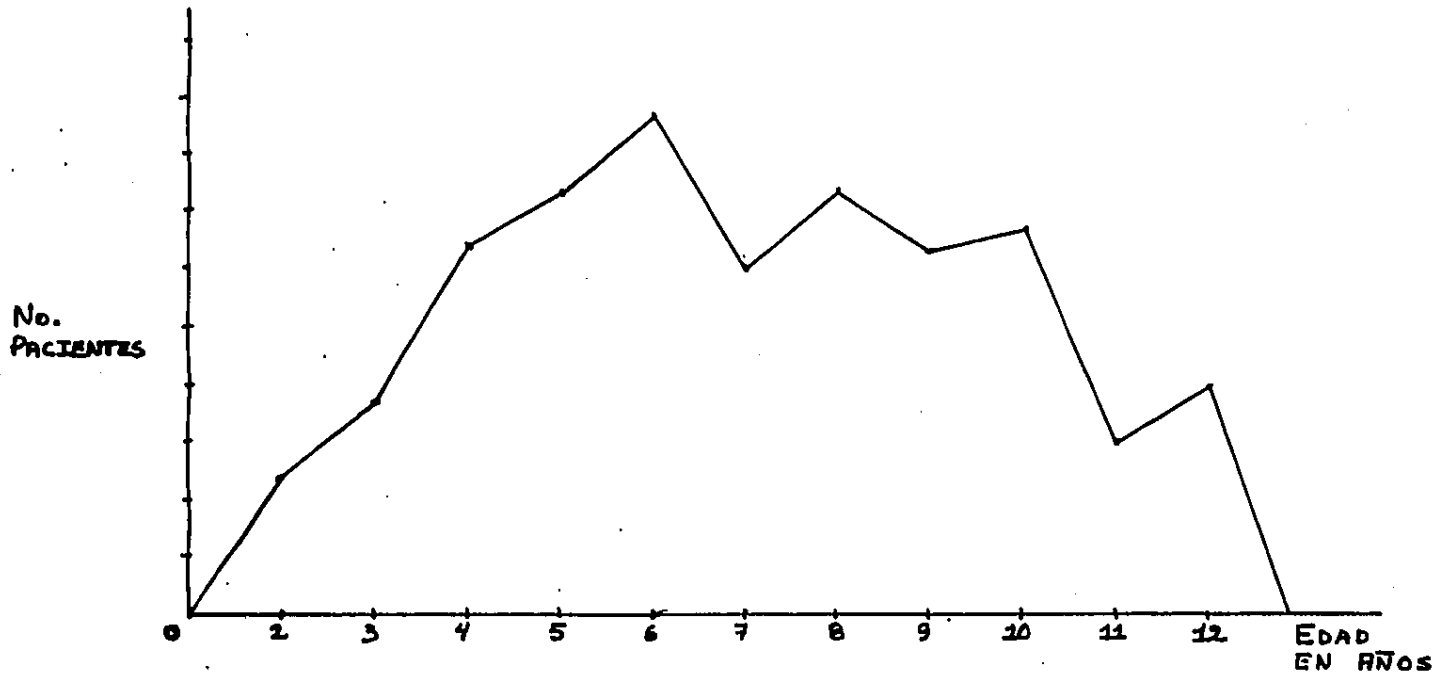


GRAFICO V

CASOS TERRORES NOCTURNOS SEGUN EL SEXO
CECOSAM
ABRIL - AGOSTO DE 1984

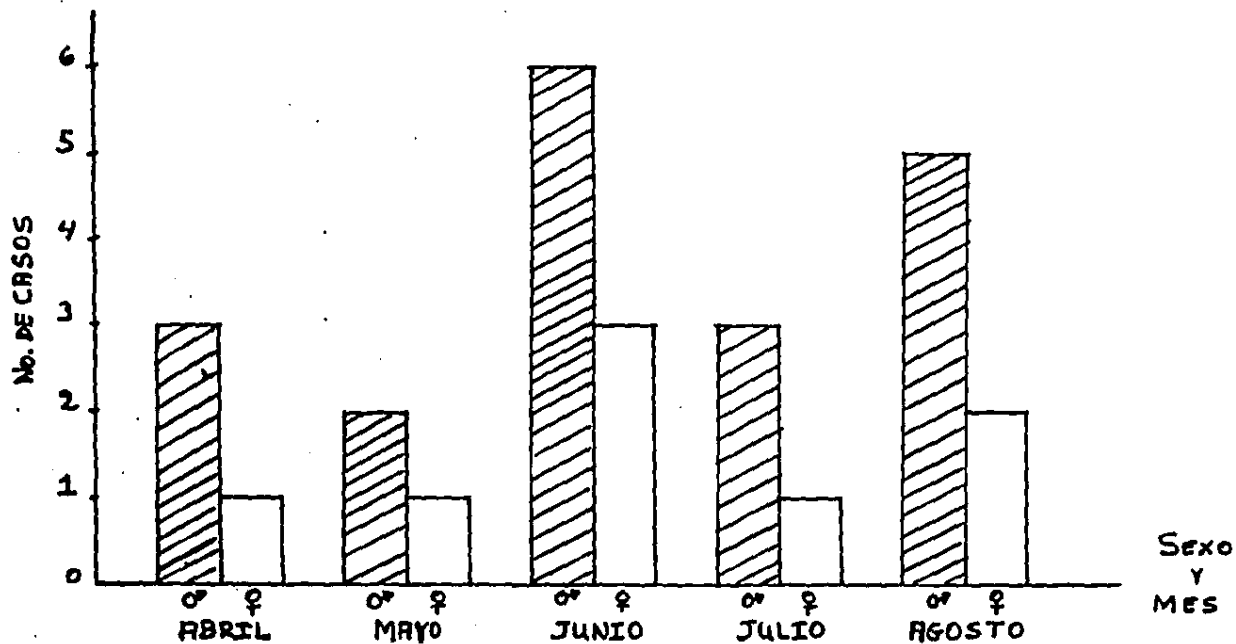


GRAFICO VI

DIAGNOSTICO ASOCIADO A TERRORES NOCTURNOS EN PACIENTES MASCULINOS
CECOSAM
ABRIL - AGOSTO DE 1984

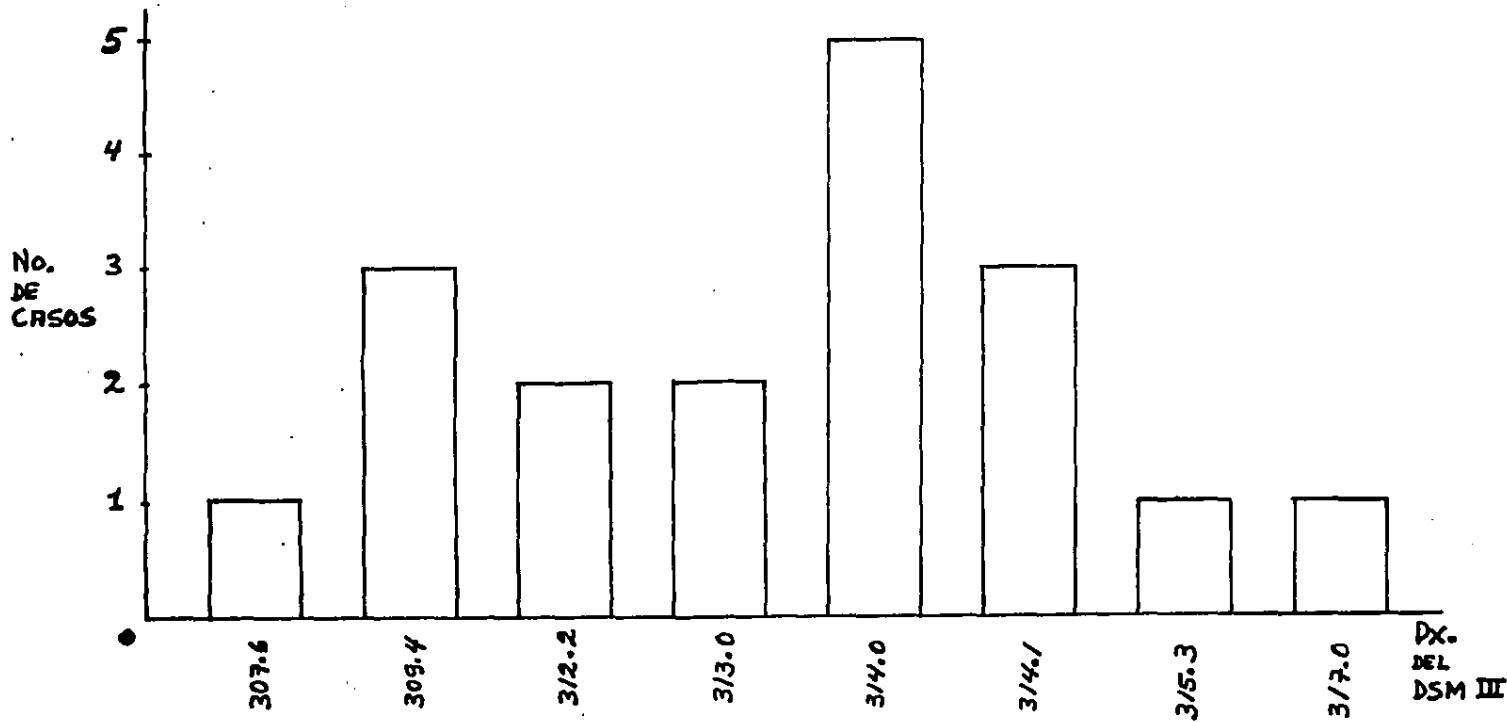


GRAFICO VII

DIAGNOSTICO ASOCIADO A TERRORES NOCTURNOS EN SEXO FEMENINO
CECOSAM
ABRIL - AGOSTO DE 1984

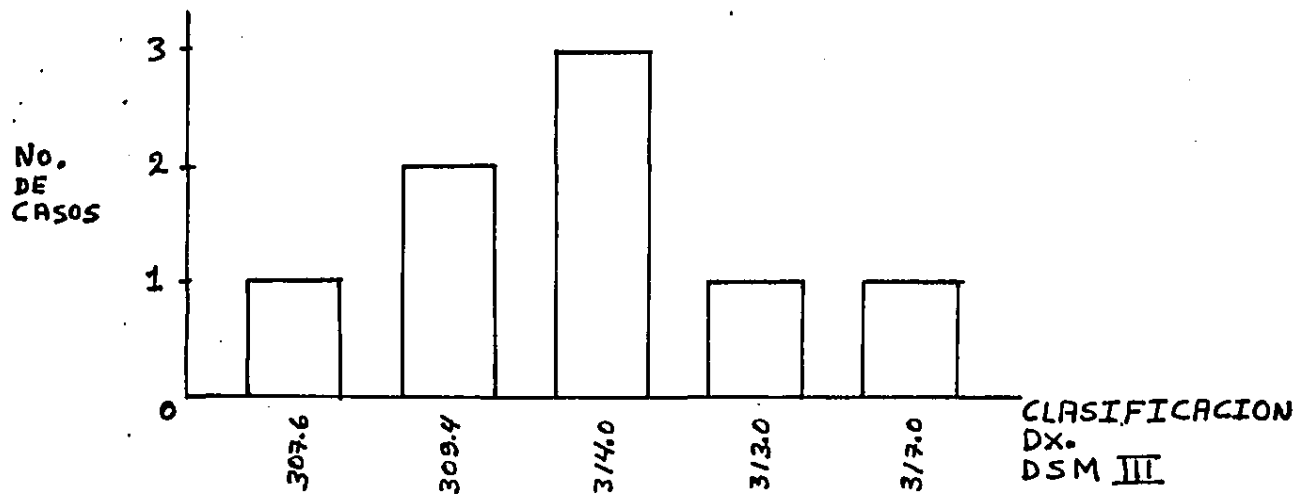


GRAFICO VIII

CASOS SEGUN EDAD, SEXO MASCULINO
CECOSRM
ABRIL - AGOSTO DE 1984

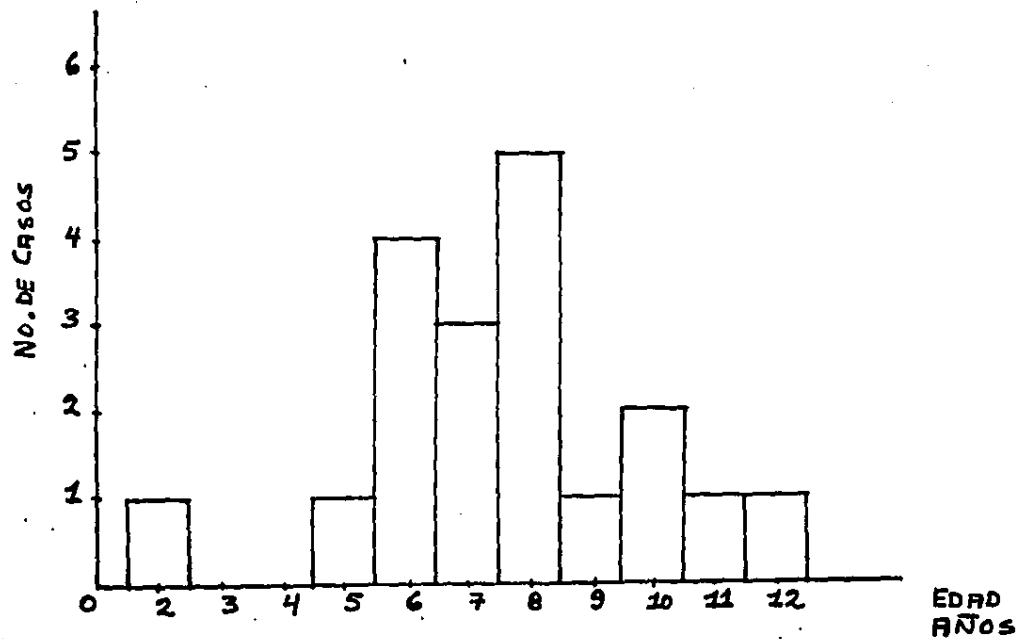


GRAFICO IX

CASOS SEGUN EDAD, SEXO FEMENINO
CELOSAM
ABRIL - AGOSTO DE 1984

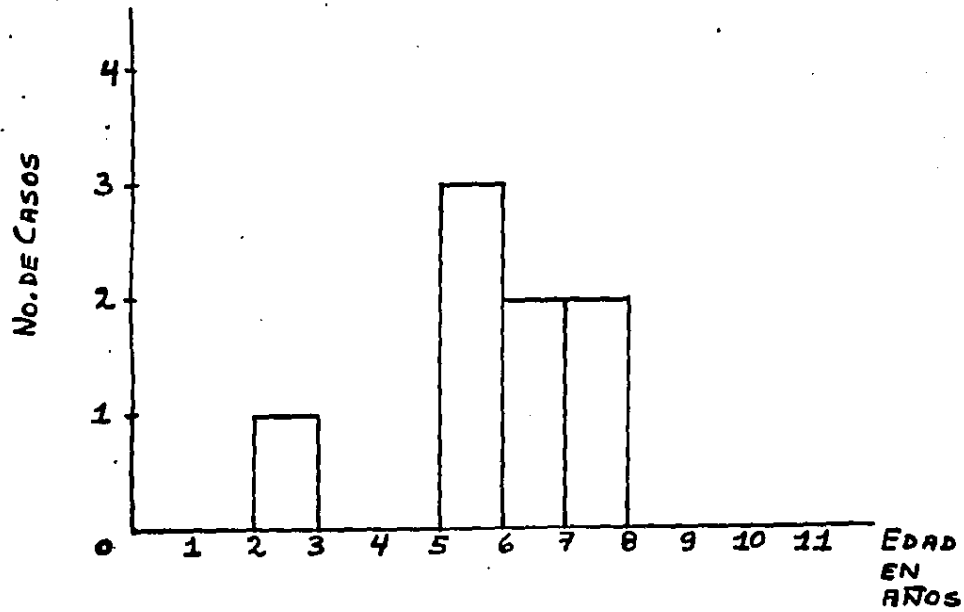


GRAFICO X

CONCLUSIONES

1. La hipótesis planteada en el estudio se cumple ampliamente ya que la frecuencia en los Terrores Nocturnos en la población infantil que acude al CECOSAM es de 4.86%, siendo mayor a la reportada en las literaturas extranjeras en donde varía entre 1-3%. De aquí se parte que posiblemente al diferencia con la población mexicana estuviera dada por factores sociales, orgánicos y psicológicos, mas manifiestos o determinantes. Lo anterior queda como hipótesis de estudio para ser comprobada en futuras investigaciones nacionales o bien personales.
2. Los objetivos planteados en un principio como parte de la investigación, fueron alcanzados en su totalidad y se obtuvieron conclusiones asociadas e implícitas a estas metas.
3. Los criterios diagnósticos en que se baso el estudio, fueron tomados del DSM-III, con ellos se facilito el mismo. Además se verifico su validez en cuanto a los criterios de inclusión y exclusión para la población mexicana.
4. En ninguno de los casos identificados como Terrores Nocturnos recibieron o reciben algun tipo de tratamiento médico o bien mágico; el padecimiento transcurre sin mayor atención por parte de los padres o familiares, no importando la frecuencia de presentación.
5. Fue descubierto un posible origen hereditario en el padecimiento, sin comprobarse aun por el momento, pero la población estudiada presentó un 26% de frecuencia de apa-

rición del padecimiento en algún miembro de la familia consanguínea.

6. No se encontró una diferencia estadística significativa en cuanto a la presencia de Terrores Nocturnos, y el sexo de los pacientes.
7. No pudo esclarecerse estadísticamente la presencia de significancia que pudiera ubicar la edad de aparición de Terrores Nocturnos. Pero lo que sí es significativamente concluyente es que en las niñas, su aparición es a una edad más temprana.
8. Buscando ubicar la predilección de sexo en la patología, se encontró que el masculino lo padece en un 70.37%, en relación con el femenino. Queda aún la incógnita si los Terrores Nocturnos además de tener factores hereditarios su expresividad va más directamente hacia el sexo masculino?
9. Es importante destacar la constante asociación diagnóstica de Terrores Nocturnos con Trastornos por Deficit de Atención y Reacciones Adaptativas con alteraciones mixtas de las emociones y de la conducta.
10. Tratando de alcanzar una conclusión final se puede decir que el campo de los Terrores Nocturnos enmarcado dentro de la patología del sueño, aún se encuentra con grandes limitaciones y posiblemente con los avances científicos se abra uno o varios caminos que conduzcan a la identificación precisa del padecimiento, sus implicaciones hereditarias, el tratamiento idóneo, predictividad evolutiva obteniendo así más solidez del conocimiento en sus bases, haciendo a un lado la especulación que por tantos años ha sido víctima la ciencia y en especial la psiquiatría.

RECOMENDACIONES

1. Realizar investigaciones similares a la presente en diversas instituciones y en períodos de tiempo más prolongados, con lo cual se lograría tener datos de población a distintos niveles y zonas de la ciudad y obtener de esta forma resultados de mayor significancia.
2. Dadas las características del padecimiento, es necesario efectuar estudios electroencefalográficos y registros de sueño en búsqueda de objetivizar los trastornos de ser posible con la ayuda de alguna institución adecuada que se dedique a este tipo de investigación.
3. Difundir dentro de la población general y el personal médico, las diversas formas de abordaje terapéutico con que cuenta la psiquiatría en el momento actual, hacia los pacientes que padecen de Terrores Nocturnos.
4. Efectuar investigaciones en donde los Terrores Nocturnos no sean clasificados como fenómenos aislados, propios de la patología del sueño, sino más bien como parte integrante de un posible síndrome cerebral, así como la posibilidad predictiva del paciente.
5. Al ser elaborada la historia clínica de los pacientes, poner el mismo interés a la identificación de la patología del sueño, así como al sueño fisiológico de donde se obtendría mayor información que la actual.

BIBLIOGRAFIA

1. Fussel, Sir Bertrand
La Perspectiva Científica
Cap. II, Ariel, Barcelona, España 1969
2. Gonzalo, Luis Maria
El Sueño
Universidad de Navarra, Ediciones (EUNSA)
España, 1976
3. Hernandez Peon, Lual
Mecanismos Cerebrales del Sueño y sus Trastornos
Revista de Psicoanálisis & Psicoterapia
1: 107-121 - Septiembre-Diciembre 1965
4. Ajuriaguerra, J. de
Manual de Psiquiatría Infantil
Pag. 162-169, 172-620
Cuarta Edición Toray-Masson SA, España, 1980
5. Piaget, J.
La Formación de Símbolos en el Infante
De la Chauv et Nestlé, Neuchâtel, 1964
6. Gastaut, H.
Los Fenómenos Activos del Sueño
Revista Psicología Médica
Pag. 397-406
Argentina, 1972
7. Monedero, Carmelo
Psicopatología General
Pag. 137, 158, 258, 435, 445, 447, 481
2da. Edición Biblioteca Nueva
Madrid, España 1978

8. Ey, Henri
Tratado de Psiquiatría
Pag. 279, 414
8a. Edición Castellana, España, 1978
9. Vallejo Nagera, J. A.
Introducción a la Psiquiatría
Pag. 384
10a. Edición, Madrid, España 1979
10. Fernandez, Alonso
Psiquiatría General Tomo I
4a. Edición, España 1979
11. Kales, J. D.; Kales A.; Soldatos, C.; Caldwell, A.B.;
Charney, D.S.; Martin, E.D.
Night Terrors
Clinical Characteristics & Personality Patterns
Arch. Gen. Psychiatry, Vol. 37 - Dec. 1980
12. Sours, J. Franklin P. & Indermill R.
Somnambulism
Arch. Gen. Psychiatry, Vol. 9 - 400-413, 1963
13. Kales A.; Soldatos, C.; Bixlu, Edward O.; Ladaa, R.L.;
Charney D. S.; Weber, E. & Schwaltzer P. K.
Hereditary Factors in Sleepwalking and Night Terrors
Brit. J. Psychiatry (1980) 137, (111-118)
14. Hallstrom R.
Night Terros in Adults Through Three Generations
Acta. Psychiatric Scandinavica
Vol. 48: 350-352, 1972

15. Kales, A.; Soldatos, C.; Caldwell A.; Charney, D.;
Kales, J.; Markel, D.; and Cadieux, R.
Nightmares: Clinical Characteristics & Personality
Patterns
Am. J. Psychiatry, Vol. 137:10 1197-1202, Oct. 1980
16. Reynolds, C. F.; Shubin, R. S.; Coble, P. A.; Kupfer,
D. J.;
Diagnostic Classification of Sleep Disorders: Implications
for Psychiatric Practice
J. Clin. Psychiatry 1981, Aug.: 42(8): 296-299
England
17. Berner, P.; Zapotoczky, H. G.
Treatment Modalities in Sleep Disorder
Wien Klin Wochenschr. Suppl. 1979; 91 (106) 12-14
Germany
18. Benoit, O.; Goldenber-Leygonie F.; Lacombe J.; Marc, M.E.
Sleep in Children with Episodic Sleep Phenomena
A Comparison with the Normal Child
Electroencephalogr. Clin. Neurophysiol. 1978 Apr. 44 (4)
502-512
19. Simonds, J. F.; Parraga, H.
Sleep Behaviors and Disorders in Children & Adolescents
Evaluated at Psychiatric Clinics
J.D.B.P. 1984, Feb., 5 (1) 6-10 England
20. Jones, D. P.; Verduyn, C. M.
Behavioural Management of Sleep Problems
Arch. Dis. Child. 1983 Jun., 58 (6) 442-444 England

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

21. Hartmann, Ernest
Two Case Reports: Night Terrors with Sleepwalking
A Potentially Lethal Disorder
J. of Nervous and Mental Disease Vol. 171 (8)
503-505
22. Lara Tapia, Hector y Cols.
Un Estudio Epidemiologico de las Alteraciones del
Sueño en Niños
Revista Salud Publica de Mexico, Epoca V Vol. XVI
721-728, Sept. Oct. 1974
23. Simonds, John F.; Parraga, Humberto
Prevalence of Sleep Disorders and Sleep Behaviours in
Children and Adolescents
J. of the American Academy of Child Psychiatry
21,4: 383-388
24. Kales, J.; Cadieux F.; Soldatos, C.; Kales, A.;
Psychotherapy with Night Terror Patients
American J. of Psychotherapy Vol. XXXVI (3) 399-407
July, 1982
25. Rutter, M.
Scientific Foundations of Developmental Psychiatry
Heinemann, London 119-128 London
26. Ajuria Guerra J. de; Marcelli D.
Psicopatología de las Conductas de Adormecimiento
y Sueño
Manual de Psicopatología del Niño, Cap. 4, Pag. 71-84
España, 1982

27. Kanner, Leo
Psiquiatría Infantil
Los Problemas del Sueño
4a. Edición, Siglo Veinte 512-516
Buenos Aires, 1972

28. Kaplan, Harold; Freedman, Alfred; Sadock, Benjamin
Comprehensive Textbook of Psychiatry III
Third Edition William & Wilkins 1980
Pag. 1009, 2103, 2027, 2462, 2751

29. Manual Diagnóstico y Estadístico de los
Trastornos Mentales DSM-III
Trastornos del Sueño y Vigilia
American Psychiatric Association
Editorial Masson S. A., Barcelona, España 1983

30. O'Brien, Peter C.
Statistics for Clinicians
Graphic Displays, Histograms, Frequency Polygons
and Cumulative Distribution Polygons
Mayo Clinic Proc. 56: 126-128, 324-326, 513-515
April 1981

31. Cavazos, Nora
Manual - Curso de Estadística Aplicada para Estudiantes
de la Especialización en Psiquiatría
Depto. de Psiquiatría y Salud Mental UNAM 1983