



Universidad Nacional Autónoma de México



Facultad de Medicina

**Departamento de Psicología Médica,
Psiquiatría y Salud Mental**

Instituto Nacional de Psiquiatría “Dr. Ramón de La Fuente Muñiz”

Alteraciones del sueño en la infancia y adolescencia y su asociación con
diferentes síndromes psicopatológicos.

**TESIS QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA
EN PSIQUIATRÍA PRESENTA:**

ARLETTE YUNES JIMÉNEZ

Asesores:

Dr. Jorge Javier Caraveo-Anduaga

Dr. Jorge González Olvera

México, D. F. a 19 de junio del 2009.



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

AGRADECIMIENTOS

¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.

ABREVIATURAS

4

RESUMEN

¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.

INTRODUCCIÓN

¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.

MARCO DE REFERENCIA Y ANTECEDENTES

¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.

JUSTIFICACIÓN

¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.

OBJETIVOS

¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.

OBJETIVO GENERAL

¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.

HIPÓTESIS

¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.

MATERIAL Y MÉTODOS

¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.

TIPO DE ESTUDIO

¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.

POBLACIÓN EN ESTUDIO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA

¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN

¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.

VARIABLES Y ESCALAS DE MEDICIÓN

¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.

RECOLECCIÓN DE DATOS Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.

IMPLICACIONES ÉTICAS DEL ESTUDIO

¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.

RESULTADOS

¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.

DISCUSIÓN

¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.

CONCLUSIONES

¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.

REFERENCIAS

¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.

ANEXOS

¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.

II.... CBTD

¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.

LISTA DE CUADROS

Cuadro 1.- Características sociodemográficas de las muestras en estudio (grupos de edad por sexo y población de referencia).....	25
Cuadro 2.- Características de la edad (medidas de tendencia central y de dispersión) de las muestras en estudio.....	26
Cuadro 3.- Frecuencia de presentación de alteraciones del sueño en población general y población clínica por sexo (%; IC 95%).....	28
Cuadro 4.- Frecuencia de presentación de alteraciones del sueño en hombres de la población general y clínica por grupos de edad. (%; IC 95%).....	28
Cuadro 5.- Frecuencia de presentación de alteraciones del sueño en mujeres de la población general y clínica por grupos de edad. (%; IC 95%).....	28
Cuadro 6.- Frecuencia de presentación de alteraciones del sueño en población general y clínica de acuerdo a la detección de casos.....	29
Cuadro 7.- Frecuencia de presentación de alteraciones del sueño en población general y clínica de acuerdo al número de síndromes psicopatológicos reportados por sujeto.....	30
Cuadro 8.- Asociación entre alteraciones del sueño y los distintos síntomas del CBTD en población general y clínica.	34
Cuadro 9.- Asociación entre alteraciones del sueño y los distintos síndromes del CBTD en población general y clínica.	35
Cuadro 10.- Comparación por sexo de la asociación entre problemas para dormir y síntomas del CBTD en población general y clínica.	37
Cuadro 11.- Comparación por sexo de la asociación entre pesadillas frecuentes y síntomas del CBTD en población general y clínica.	38
Cuadro 12.- Comparación por sexo de la asociación entre pesadillas frecuentes y síntomas del CBTD en población general y clínica.	41
Cuadro 13.- Comparación por sexo de la asociación entre pesadillas frecuentes y síntomas del CBTD en población general y clínica.....	42
Cuadro 14.- Asociación entre problemas para dormir y síntomas del CBTD en población general y clínica por grupo de edad.	45
Cuadro 15.- Asociación entre problemas para dormir y síntomas del CBTD en población general y clínica por grupo de edad.	47
Cuadro 16.- Asociación entre problemas para dormir y síntomas del CBTD en población clínica por sexo y grupo de edad.	49
Cuadro 17.- Asociación entre pesadillas frecuentes y síntomas del CBTD en población clínica por sexo y grupo de edad.	50
Cuadro 18.- Asociación entre problemas para dormir y síndromes en población clínica por sexo y grupo de edad.	51
Cuadro 19.- Asociación entre pesadillas frecuentes y síndromes en población clínica por sexo y grupo de edad.	52

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1.- Frecuencia de presentación de alteraciones del sueño en población general de acuerdo al número de síndromes psicopatológicos reportados por sujeto.....31.

Gráfico 2.- Frecuencia de presentación de alteraciones del sueño en población clínica de acuerdo al número de síndromes psicopatológicos reportados por sujeto.....31.

Gráfico 3.- Frecuencia de problemas para dormir en población general y clínica de acuerdo al número de síndromes psicopatológicos reportados por sujeto.....32.

Gráfico 4.- Frecuencia de pesadillas frecuentes en población general y clínica de acuerdo al número de síndromes psicopatológicos reportados por sujeto.....32.

¡Error! Marcador no definido.

AGRADECIMIENTOS

A mis padres, por haberme procurado, guiado y amado a lo largo de mi desarrollo.

A mi hermana, por su compañía y alegría en el día a día.

A mis tutores, por su dedicación, paciencia y compromiso en cada asesoría.

A mis amigos, por su apoyo incondicional y camaradería.

ABREVIATURAS

CIDI:	Entrevista diagn3stica internacional compuesta.
CBTD:	Cuestionario breve de tamizaje y diagn3stico de problemas de salud mental en ni1os y adolescentes.
CBCL-P:	Child Behavior Checklist (versi3n padres).
RQC:	Cuestionario de reporte para ni1os.
TDAH:	Trastorno por d3ficit de atenci3n e hiperactividad.
TOD:	Trastorno oposicionista desafiante.
SAOS:	S3ndrome de apnea obstructiva del sue1o.

RESUMEN

ANTECEDENTES: Los problemas del sueño son comunes durante la infancia y la adolescencia, tienden a la cronicidad y tienen un impacto mayor tanto en el desarrollo general del niño como en el funcionamiento de la familia, además de que cuando existe comorbilidad con otros trastornos médicos y psiquiátricos, se tiende a exacerbar la sintomatología de forma recíproca. Por otra parte, los problemas del sueño en edad pediátrica son susceptibles tanto de prevención como de tratamiento y por lo tanto es prioritario su identificación y atención oportunas.

OBJETIVOS: Determinar la frecuencia de las alteraciones del sueño en niños y adolescente reportados con el Cuestionario Breve de Tamizaje y Diagnóstico para Niños y Adolescentes (CBTD), tanto en población general como en población clínica de un primer nivel de atención médica. Cuando se encuentren alteraciones en el sueño, determinar con qué síndromes del CBTD se encontraron asociadas.

METODOLOGÍA: Se empleó el programa de análisis estadístico integrado Stata. El nivel de significancia se fijó con una $p \leq 0.05$ y se hizo un análisis de regresión logística tomando como variables dependientes los síntomas sugerentes de alteraciones del sueño, y como variables independientes al resto de las conductas investigadas con el cuestionario.

RESULTADOS: La Frecuencia de presentación de alteraciones del sueño fue distinta al comparar la población general contra la clínica, se reportaron con mayor frecuencia en los menores con uno o más síndromes psicopatológicos que en aquellos en los que no se identificó psicopatología y el reporte de alteraciones en el sueño fue por lo general más frecuente a mayor número de síndromes psicopatológicos identificados en un mismo sujeto. Se reportaron asociaciones con distintos síntomas y síndromes psicopatológicos identificados con el CBTD y hubo marcadas diferencias por sexo. La asociación entre sí de las distintas alteraciones del sueño fue constante.

CONCLUSIONES: Se debe contemplar las alteraciones del sueño como un posible indicador biológico temprano de riesgo para psicopatología.

INTRODUCCIÓN

Marco de referencia y antecedentes

Marco de referencia

El sueño es un proceso fisiológico sumamente especializado que abarca la interacción de distintos componentes del sistema nervioso central y otros sistemas del organismo. Se ha definido como un estado de quietud conductual que se acompaña de una postura de reposo y una reducción de la respuesta a estímulos externos, de forma rítmica y reversible. Es parte del ciclo sueño-vigilia, implica la abolición de la conciencia vigil y se considera que constituye la actividad primaria del cerebro durante el desarrollo temprano ^{1,2}.

Arquitectura del sueño

La actividad eléctrica neuronal varía a lo largo de la vigilia, el *sueño REM* y el *sueño no REM* en distintas estructuras cerebrales.

La arquitectura del sueño comprende dos etapas básicas: *sueño REM* y *sueño no-REM*, que corresponden a las fases de sueño con movimientos oculares rápidos (*REM*, del inglés rapid eye movements) y la fase sin ellos (*no REM*).

La vigilia se caracteriza por un ritmo de actividad eléctrica cerebral rápida y de bajo voltaje, generado por la actividad de la corteza cerebral y el tálamo.

El *sueño REM* se caracteriza por una actividad eléctrica cerebral rápida y de bajo voltaje, con presencia de ritmo γ y se relaciona con la producción de los sueños. Presenta niveles altos de actividad cortical, movimientos fásicos de los ojos y modificación de la frecuencia respiratoria y cardíaca, así como una ausencia casi total del tono muscular, exceptuando los músculos del control respiratorio y la actividad eréctil. El primer periodo de *sueño REM* aparece aproximadamente entre los 70 y 100 minutos de haberse iniciado

el sueño y se alterna de forma cíclica con el *sueño no-REM* en periodos aproximados de 90-110 min.

El *sueño no-REM* se caracteriza por una disminución en la velocidad de la actividad eléctrica cerebral, la cual llega a ser lenta y de gran amplitud y se conoce como sueño de ondas lentas. Puede ser contemplado como un periodo de actividad cerebral relativamente baja en la que se continúa la actividad reguladora del cerebro y se preservan los movimientos del cuerpo, aunque el tono muscular suele estar disminuido en comparación con la vigilia y los movimientos oculares se caracterizan por ser lentos y asincrónicos. Se divide en 4 etapas:

Etapas 1.- Comprende la transición del despertar al dormir, usualmente tarda entre 30 segundos a cinco minutos y pueden tener lugar algunos fenómenos fisiológicos (alucinaciones hipnagógicas, mioclonías).

Etapas 2.- Se considera el comienzo del “verdadero” sueño, está caracterizado por la presencia de husos y complejos K y tiene una duración entre 5 y 25 minutos.

Etapas 3 y 4.- Es el sueño profundo propiamente dicho y se caracteriza por ondas delta en la actividad electroencefalográfica.

La distribución de las etapas del sueño varía a lo largo de la noche y se considera que durante el primer tercio predomina la actividad del *sueño profundo*, mientras que en el último tercio de la noche predomina el *sueño REM*^{1,2,3}.

Ontogenia del sueño

Al igual que la arquitectura del sueño, las necesidades de sueño también varían en función de la edad y es importante su conocimiento para identificar patrones de sueño normales y anormales, además de educar a los padres sobre las características del sueño en las distintas etapas del desarrollo.

Tanto el número de siestas como las horas necesarias de sueño van disminuyendo de acuerdo al desarrollo: mientras que un recién nacido requiere dormir aproximadamente de 16 a 20 horas al día sin un patrón de sueño definido (los bebés prematuros requieren incluso más tiempo), un adolescente necesita en promedio 9 horas de sueño total al día.

Entre los 2 y los 5 años de edad, los niños pasan la misma cantidad de horas dormidos que despiertos y posteriormente, aunque la cantidad en horas de sueño disminuye, durante la niñez y la adolescencia se continúa destinando al sueño alrededor del 40% de las horas del día. Los factores que influyen en este proceso son numerosos e incluyen factores constitucionales, respuesta paterna ante las necesidades de sueño, hábitos adquiridos, estilo de apego y estado de salud, entre otros. Para adquirir hábitos de sueño saludables se deben sortear los distintos hitos de cada etapa del desarrollo y prestar atención a diversas variables, desde los elementos asociados al inicio del sueño, despertares nocturnos, intervención paterna en caso de haberlos, así como la necesidad de objetos transicionales, alimentación nocturna, horarios, rutinas antes de ir a la cama, siestas e inclusive factores cognitivos, sociales, de la maduración y preferencia circadiana del individuo ⁴.

Trastornos del sueño

Al ser el sueño una necesidad tan importante durante el desarrollo para el bienestar global, es frecuente que pueda afectarse por diversos factores y constituir trastornos del sueño. Los trastornos del sueño involucran cualquier tipo de dificultad relacionada con el dormir e incluyen disomnias, parasomnias y otras alteraciones en el sueño asociadas con procesos médicos o psiquiátricos.

La Clasificación Internacional de los trastornos del sueño distingue de forma general tres grandes grupos de enfermedades del sueño ⁵:

Disomnias

1. Trastornos intrínsecos del sueño
2. Trastornos extrínsecos del sueño
3. Trastornos del ritmo circadiano del sueño

Parasomnias

1. Trastornos del despertar
2. Trastornos de la transición sueño-vigilia
3. Parasomnias asociadas habitualmente con el sueño REM

4. Otras parasomnias

Trastornos del sueño asociados con procesos médicos o psiquiátricos:

1. Asociados con trastornos mentales
2. Asociados con trastornos neurológicos
3. Asociados con otros procesos médicos

Los problemas de sueño son comunes a lo largo de la vida, aunque la prevalencia de cada tipo particular de problema puede variar con la edad. En la edad pediátrica, los trastornos del sueño pueden afectar entre un 25 y un 46% de los niños, e incluso, se llegan a reportar cifras de hasta el 62% cuando se estudian poblaciones psiquiátricas. Los despertares nocturnos pueden afectar hasta un 42% de la población mientras que la prevalencia para los trastornos respiratorios relacionados con el sueño varía del 1 al 3% ^{6,7,8}.

La severidad de los problemas de sueño experimentados durante la infancia oscila desde dificultades temporales para conciliar el sueño y despertares nocturnos, hasta trastornos primarios del sueño más serios como el síndrome de apnea obstructiva del sueño y la narcolepsia. Los problemas de sueño que con mayor frecuencia se presentan en edad pediátrica son las parasomnias, siendo las más frecuentes pesadillas, insomnio inicial, terrores nocturnos y piernas inquietas. La prevalencia es variable de acuerdo a la edad y hay reportes de que en niños de 8-9 años de edad lo que con mayor frecuencia se presenta son dificultades para iniciar el sueño, despertares nocturnos, enuresis, pesadillas, sonambulismo, dificultad para despertar por la mañana y terrores nocturnos, siendo común la presencia de al menos dos problemas relacionados con el sueño (9.3%) y la comorbilidad con problemas de salud, tanto somáticos como psiquiátricos ⁹. Previamente se habían reportado las siguientes cifras de prevalencia: parasomnias (29%), terrores nocturnos (15%), somniloquios (7%), despertares nocturnos (5%) y enuresis (2%) ¹⁰, aunque también se ha reportado resistencia a irse a dormir (27%) y dificultad para despertar por la mañana (17%) ¹¹.

La mayoría de los problemas de sueño durante la infancia y adolescencia son transitorios y autolimitados, sin embargo, hay ciertos factores de riesgo extrínsecos que pueden

predisponer al niño a una mayor cronicidad (p. ej. temperamento difícil, enfermedades crónicas, retraso en el neurodesarrollo, depresión materna o tensión familiar). La persistencia de los problemas del sueño a lo largo del tiempo se ha documentado en varios estudios ^{12,13} y se ha encontrado que los problemas tempranos de sueño pueden predecir problemas emocionales y del comportamiento posteriores, ya que puede haber cambios importantes en el desarrollo con la imbricación entre estos problemas ¹⁴. Por lo tanto, es necesario identificar y tratar de forma oportuna los problemas de sueño en población pediátrica para poder intervenir en su historia natural.

Los trastornos del sueño en la infancia tienen consecuencias serias ya que tienen un impacto significativo en el funcionamiento diurno y en el desarrollo. Esto incluye problemas con el aprendizaje, crecimiento, comportamiento, control de las emociones, desempeño escolar e inclusive aspectos médicos, como alteraciones en las funciones cardiovasculares, endócrinas y/o respiratorias (entre otras), además de un mayor número de lesiones por accidente ¹⁵.

Los niños con problemas del sueño suelen presentar alteraciones en el humor, particularmente exacerbación del humor negativo, disminución del humor positivo y deficiencia en su regulación, principalmente cuando se presentan durante los periodos críticos del desarrollo involucrados en la regulación del afecto. De forma paralela, parte de las respuestas conductuales a la somnolencia incluye desregulación de la atención y dificultad para inhibir las respuestas conductuales inapropiadas, lo cual afecta la habilidad del niño para mantener interacciones sociales exitosas. Aunque no se alcance necesariamente alteraciones a nivel clínico, los niños con problemas de sueño tienden a presentar más síntomas de problemas interiorizados y exteriorizados, así como agresividad y posiblemente problemas somáticos ¹⁶. Las funciones cognitivas superiores también parecen ser sensibles a los efectos de las perturbaciones del sueño o al sueño insuficiente, pudiéndose afectar la flexibilidad cognitiva y la capacidad de razonar y pensar de forma abstracta. Otros dominios neuropsicológicos como la atención y la memoria también se pueden afectar, pero requieren periodos más prolongados y niveles más altos de restricción o disrupción del sueño. En este sentido, Touchette y colaboradores¹⁷ llevaron a

cabo un estudio longitudinal de la asociación entre patrones de duración de sueño (en edades tempranas) y el funcionamiento cognitivo y del comportamiento al momento de entrar a la escuela, en una cohorte de 1492 niños canadienses. Los resultados reportaron una asociación entre patrones de sueño de corta duración y un menor desempeño en las pruebas psicométricas aplicadas, además de altos puntajes en la escala de impulsividad/hiperactividad, aún después de ajustar variables confusoras, principalmente cuando el acortamiento de la duración del sueño se reportó en los primeros 41 meses de vida.

En condiciones experimentales, la somnolencia en niños inducida por la privación de sueño se ha asociado con comportamientos oposicionistas o inatentos, evidenciados por el deterioro en la fluencia verbal y la creatividad, el deterioro en la resolución de problemas abstractos, y en la disminución en la velocidad y eficiencia en la resolución de problemas². De igual forma, se ha documentado que los niños que experimentan síndrome de apnea obstructiva del sueño tienen un desempeño escolar y cognitivo inferior que el de niños sanos^{18, 19}.

Aunque la relación entre síndromes psicopatológicos y problemas de sueño se ha establecido claramente en la población adulta, aún no se determina del todo en población pediátrica. En los niños con trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) se han reportado somnolencia diurna y trastornos primarios del sueño, principalmente movimientos periódicos de piernas y síndrome de apnea obstructiva del sueño²⁰. Asimismo, se ha reportado un mayor número de problemas emocionales o del comportamiento en la adolescencia cuando se tuvo el antecedente de alteraciones en el sueño durante la infancia temprana²¹.

Se han podido identificar tres grupos psicopatológicos en los cuales los niños presentan una mayor prevalencia de alteraciones en el sueño: Trastorno por déficit de atención e hiperactividad, autismo y trastornos afectivos y de ansiedad^{4, 22}, además de que se puede considerar un cuarto grupo constituido por el retraso mental²³.

Los problemas del sueño tienden a ser más comunes en aquellos niños y adolescentes con condiciones médicas y psiquiátricas crónicas, y a su vez, los síntomas clínicos de distintas condiciones médicas o psiquiátricas primarias pueden exacerbarse cuando coexisten con problemas del sueño y mejorar de forma recíproca cuando el sueño mejora. Además, el impacto de los problemas de sueño en la infancia se intensifica por su efecto directo en el sueño de los padres, teniendo como resultado en éstos fatiga diurna, alteraciones del humor y un nivel reducido de la calidad de la crianza^{2,16}.

Afortunadamente, existen intervenciones efectivas tanto médicas como conductuales para los problemas del sueño²⁴ y la intervención exitosa se suele acompañar de mejoría en el humor, comportamiento, atención y desempeño escolar del infante, así como de una repercusión positiva en la calidad del sueño de toda la familia y no solo en la del paciente²⁵. Aparte de ser susceptibles a tratamiento, las alteraciones del sueño pueden ser altamente prevenibles. La prevención puede ser primaria (p. ej. educación a los padres sobre las características y necesidades del sueño en las diferentes etapas de desarrollo) o secundaria (p. ej. identificar y tratar oportunamente el problema) y debe hacer hincapié en una higiene del sueño adecuada.

En resumidas cuentas, es importante el estudio de las alteraciones del sueño en la infancia debido a su frecuencia de presentación, tendencia a la cronicidad, impacto en el desarrollo del individuo y en la dinámica familiar, a su comorbilidad con otros problemas médicos y psiquiátricos, y a que se pueden adoptar medidas exitosas de prevención y tratamiento.

Instrumentos de evaluación

Para el estudio de las alteraciones del sueño se han creado diversos instrumentos *. Los cuestionarios que evalúan el sueño son herramientas útiles como pruebas de tamizaje y en la investigación epidemiológica, de acuerdo a las características particulares de cada uno de ellos. La mayoría de las escalas que evalúan el sueño en población infantil y adolescente se han desarrollado en los últimos 20 años y por lo regular incluyen la percepción paterna acerca de las características del sueño, aunque también las hay en forma de auto-reporte. Se suele evaluar la higiene del sueño, somnolencia diurna, calidad del sueño y trastornos específicos. El periodo evaluado varía desde “la última noche”, hasta la impresión global de “los últimos seis meses”. Desafortunadamente es común encontrar escalas con un gran número de reactivos, lo cual entorpece la participación de los sujetos de estudio, además de que en general han sido construidas con objetivos diferentes, dirigidas a grupos etarios distintos dentro de la edad pediátrica y no todas ellas han sido validadas.

Algunos de los Instrumentos de evaluación para los trastornos del sueño en niños y adolescentes incluyen:

- *Sleep Disturbance Scale for Children (SDSC)*.- escala de 27 reactivos tipo Likert que evalúa los problemas de sueño más comunes en la infancia y la adolescencia ²⁶.
- *The Sleep Disorder Questionnaire (SDQ)*.- compuesto de cuatro escalas clínicas que evalúan síndrome de apnea del sueño, narcolepsia, movimientos rítmicos de extremidades y trastornos psiquiátricos ²⁷.

* Lomelí HA, Pérez-Olmos I, Talero-Gutiérrez C, Moreno CB, González-Reyes R, Palacios L, De La Peña F, Muñoz-Delgado J. [Escalas y cuestionarios para evaluar el sueño: una revisión](#) Actas Esp Psiquiatr 2007;35(0):00-00.

- *Peditric Sleep Questionnaire (PSQ)*.- cuenta con dos versiones, una reducida de 22 reactivos, que ha sido validada para la detección de trastornos respiratorios relacionados con el sueño y una completa, de 91 preguntas, que contempla una gama más amplia de trastornos del sueño. La versión de 22 reactivos ha sido traducida y validada al español ²⁸.
- *Cuestionario Oviedo de Calidad de Sueño (COS)*.- evalúa el tiempo de sueño y percepción de sueño en el último mes ²⁹.
- *Cuestionario para detectar trastornos del sueño en niños y adolescentes del Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro*.- Cuestionario autoaplicable de 39 reactivos que evalúa los episodios actuales de problemas relacionados con el sueño de acuerdo al DSM IV-TR. Incluye dos secciones: (a) para diagnóstico de los trastornos del sueño y (b) para conocer a higiene del sueño. Dentro de la sección (a) se incluyen preguntas acerca del estado de salud mental y física ³⁰.
- *Encuesta subjetiva sobre la calidad del sueño (México-Colombia 2005)*.- cuestionario de 27 reactivos, autoaplicable, evalúa la calidad del sueño en adolescentes y debe ser llenado durante 5 días consecutivos *.

Como las alteraciones del sueño se han asociado de forma recíproca con condiciones médicas y psiquiátricas, es importante su evaluación conjunta. Esto se puede conseguir incluyendo preguntas acerca del estado de salud mental y físico en los cuestionarios que evalúan sueño, o bien, aplicando en forma conjunta algún otro instrumento que evalúe estas condiciones.

* Pérez-Olmos I, Muñoz-Delgado J, González-Reyes R, Talero-Gutiérrez C, Moreno CB, Palacios L. Desing and Validation of Scale for Evaluating Quality of Sleep in Adolescent Population, JMD social psychiatry.doc Comunicación personal. México-Colombia, 2005.

Para la evaluación de los síndromes psicopatológicos en edad pediátrica, se considera necesario el reporte de los padres sobre las manifestaciones sintomáticas. Se han desarrollado diversas escalas para identificar agrupaciones sintomatológicas mediante el registro de las conductas observadas por los padres, entre las cuales se encuentran las de Rutter (1975)³¹, Conners (1970)³² y el Child Behavior Check List (CBCL) de Achenbach (1983)³³. Las escalas deben ser breves, fáciles de aplicar, sin ambigüedades en las respuestas y relacionadas con comportamientos y conductas fácilmente reconocibles, es decir, que identifiquen los síntomas cardinales mínimos, pero suficientes para identificar la probable presencia de síndromes psicopatológicos de acuerdo al reporte paterno³⁴. El uso de escalas psicométricas breves, sencillas y sensibles, para detectar tanto alteraciones del sueño como distintos síndromes psicopatológicos, permite establecer de forma sistemática su evaluación durante la práctica médica cotidiana. Esto es importante ya que se ha observado que en la práctica clínica cotidiana no siempre se evalúa de forma sistemática los aspectos relacionados con el sueño ni la totalidad de las distintas agrupaciones sindromáticas, ya sea por las características al servicio donde se desarrolle la práctica médica (tiempos cortos de evaluación), o bien, en el caso concreto de la evaluación de aspectos referentes al sueño, a que suele haber un entrenamiento escaso o insuficiente en medicina del sueño durante la formación médica³⁵.

Antecedentes

En México, en la década de 1980 se comenzaron a promover los estudios epidemiológicos sobre la salud mental en edad pediátrica. La herramienta utilizada era el Cuestionario de Reporte para Niños (RQC), un instrumento estandarizado de 10 reactivos que fue desarrollado junto con la Organización Mundial de la Salud y al que posteriormente se añadieron 17 preguntas que exploran síntomas comúnmente reportados en los servicios de salud mental, constituyéndose así el Cuestionario Breve de Tamizaje y Diagnóstico (CBTD). Estos instrumentos fueron desarrollados para identificar de forma oportuna los

problemas potenciales de salud mental en los niños y poder intervenir en su evolución, ya que los síntomas suelen persistir a lo largo del tiempo y suele haber un retraso considerable en la búsqueda de atención^{36,37}.

Dentro de las investigaciones epidemiológicas sobre la salud mental en México se incluyen las llevadas en coordinación por el Dr Caraveo-Anduaga³⁸ y por la Dra Medina-Mora³⁹, asimismo, también se ha prestado atención a la población clínica⁴⁰ mediante programas de vigilancia epidemiológica. Los resultados de estos estudios sugieren que las alteraciones en el sueño son una queja frecuente en la edad pediátrica tanto en la población clínica como en la práctica general, sin embargo aún no se han analizado estos resultados de forma propositiva para evaluar frecuencia de presentación ni asociaciones con otros síndromes psicopatológicos.

A nivel clínico, en nuestro país se han estudiado los patrones electroencefalográficos del sueño en niños con síntomas depresivos⁴¹, los cuales reportaron una reducción significativa de la latencia del sueño REM y un incremento significativo en la latencia del sueño, en la duración del sueño REM y en el número de despertares, además de una mayor frecuencia de anomalías electroencefalográficas que incluyen ondas agudas y poliespigas en región frontal.

Por otra parte, se llevó a cabo un estudio de la asociación entre insomnio y psicopatología en una muestra de adolescentes inscritos en un programa de natación de alto nivel en el D.F.⁴² a los que se les aplicó el SCL-90 y la escala de insomnio de Atenas; los resultados indicaron una prevalencia de insomnio de 31.4% en mujeres y de 26.09% en hombres, la mayoría de ellos inscritos en el turno nocturno y con un puntaje superior en todas las subescalas del SCL-90 para evaluar psicopatología. Si bien estos resultados sugieren que hay asociación entre el insomnio y la presencia de psicopatología, no indican certeza diagnóstica ni pueden extrapolarse al resto de la población pues es una muestra muy delimitada.

Respecto a las escalas y cuestionarios para evaluar distintos aspectos del sueño, en México también se han diseñado algunas: la *Escala de valoración subjetiva del sueño y las ensoñaciones*⁴³, la cual evalúa aspectos emocionales del sueño y las ensoñaciones de la noche anterior a la aplicación de la escala; la *Encuesta subjetiva sobre la calidad del*

*sueño [México-Colombia 2005]**, una encuesta autoaplicable de 27 reactivos, que evalúa la calidad del sueño y debe ser llenada al despertar durante 5 días consecutivos para evitar el sesgo de memoria; y el *Cuestionario para detectar trastornos del sueño en niños y adolescentes del HPIJNN*³⁰, un cuestionario autoaplicable de 39 reactivos que evalúa, con el reporte paterno, los episodios actuales de problemas relacionados con el sueño de acuerdo al DSM IV-TR; incluye la valoración de la higiene del sueño y problemas médicos y psiquiátricos asociados.

A pesar de que las investigaciones epidemiológicas en salud mental en México incluyen información referente a edades pediátricas, y a que se cuenta con cuestionarios validados que evalúan el sueño en niños y adolescentes, además de existir escalas psicométricas breves, sencillas y sensibles para detectar síndromes psicopatológicos, aún no se ha evaluado en nuestra población de forma propositiva este fenómeno, la frecuencia de presentación de las alteraciones del sueño ni sus posibles asociaciones con otros síndromes psicopatológicos o bien, si las alteraciones del sueño pudieran constituir manifestaciones tempranas de vulnerabilidad biológica básica que en etapas posteriores del desarrollo alcanzarían la expresión clínica.

* Pérez-Olmos I, Muñoz-Delgado J, González-Reyes R, Talero-Gutiérrez C, Moreno CB, Palacios L. Desing and Validation of Scale for Evaluating Quality of Sleep in Adolescent Population, JMD social psychiatry.doc Comunicación personal. México-Colombia, 2005.

Pregunta de investigación

¿Con qué frecuencia se presentan alteraciones del sueño en niños y adolescentes y que asociación tienen con los distintos síntomas y síndromes psicopatológicos reportados mediante el CBTD, en una muestra de la población general y de la población clínica?

Justificación

Es importante estudiar las alteraciones del sueño en edad pediátrica debido a su prevalencia, a su evolución hacia la cronicidad, a su comorbilidad con otros trastornos médicos y psiquiátricos y a su impacto tanto en el desarrollo general del niño como en el funcionamiento de la familia. Afortunadamente las alteraciones del sueño son susceptibles tanto de prevención como de tratamiento, por lo que es prioritaria su identificación y atención oportuna, máxime si se cuenta con instrumentos de tamizaje validados en población mexicana para detectar tanto alteraciones del sueño en niños y adolescentes como otros síndromes psicopatológicos.

Dado que no hay estudios representativos en nuestra población acerca de las alteraciones del sueño en edad pediátrica, se consideró importante hacer una aproximación de la frecuencia con la cual se presentan en población general y clínica y evaluar cuáles son sus posibles asociaciones con otros síndromes psicopatológicos.

La utilidad de los resultados radica en señalar la conveniencia de realizar estudios epidemiológicos dirigidos al problema y adoptar medidas de detección temprana y atención oportuna de acuerdo a las necesidades encontradas, así como valorar la necesidad de instituir programas de capacitación y entrenamiento más efectivos sobre medicina del sueño para el personal de salud y programas de educación para la salud en población general.

Se consideró una investigación factible ya que pudo realizarse dentro del tiempo estimado y con los recursos disponibles.

Objetivos

Objetivo General

Determinar la frecuencia de presentación de alteraciones del sueño en niños y adolescentes y su asociación con los distintos síndromes psicopatológicos reportados con el *CBTD*, tanto en una muestra de la población general como de la población clínica de un primer nivel de atención médica.

Objetivos Específicos

1. Describir las características sociodemográficas de las muestras estudiadas
2. Establecer la frecuencia con la que se presentan las alteraciones del sueño, de acuerdo a grupos de edad y sexo en ambas muestras.
3. Comparar cualitativamente la frecuencia de presentación de los reactivos del *CBTD* que evalúan las alteraciones del sueño, tanto en la población general como en la población clínica.
4. Detectar la presencia de síndromes psicopatológicos mediante la aplicación del *CBTD*, tanto en la población general como en la población clínica.
5. Establecer la asociación entre la presencia de alteraciones del sueño y los síndromes psicopatológicos reportados mediante el *CBTD*.

Hipótesis

Hipótesis A.

Existe asociación entre las alteraciones del sueño y la presencia de distintos síntomas y síndromes psicopatológicos reportados en menores mediante el *CBTD*.

Hipótesis 0.

No existe asociación entre las alteraciones del sueño y la presencia de distintos síntomas y síndromes psicopatológicos reportados en menores mediante el *CBTD*.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio

De acuerdo a la clasificación de Feinstein ⁴⁴, el estudio se consideró: de Escrutinio, Comparativo, retrospectivo, transversal y homodémico .

Universo

Niños y adolescentes de ambos sexos, con edades comprendidas entre los 4 y 16 años, habitantes de la ciudad de México.

Población en estudio y tamaños de muestra

Muestra de la población general.- Se utilizó la base de datos del estudio “Epidemiología de la morbilidad psiquiátrica en la ciudad de México” ⁴⁵:

La población de referencia consistió en niños y adolescentes de ambos sexos, con edades comprendidas entre los 4 y los 16 años, residentes habituales o temporales en viviendas particulares de uso regular en las 16 delegaciones políticas del Distrito Federal, la información se obtuvo con el reporte del cuidador primario del menor.

Muestra de la población clínica.- Se utilizó la base de datos del estudio “Vigilancia epidemiológica de la Salud Mental en niños y adolescentes. Un programa piloto” *:

La población de referencia consistió en niños y adolescentes de ambos sexos, con edades comprendidas entre los 4 y los 16 años, que acudieron a los servicios de medicina general del Centro de Salud "Dr. Manuel Escontria" de la Delegación Álvaro Obregón durante el periodo comprendido de mayo del 2005 a diciembre del 2006.

* Caraveo-Anduaga, 2007, reporte interno

Tamaño de la muestra

1.- Población general. La muestra original se calculó en 4,000 individuos de 18 a 64 años, considerando un porcentaje de no respuesta de alrededor del 25%. Estos individuos respondieron el CIDI, y en caso de tener descendencia con edades comprendidas entre los 4 y los 16 años, respondieron también el CBTD, lográndose incluir en la base de datos un total de 1686 menores, provenientes de 927 hogares, de los cuales el 16.3% correspondieron a las edades comprendidas entre los 4 y los 5 años, el 25.5% entre los 6 y los 8 años, el 30.9% entre los 9 y los 12 años y 27.4% entre los 13 y los 16 años.

Se consideró una muestra representativa de la población de menores entre 4 y 16 años.

2.- Población clínica. Se incluyeron 846 pacientes de entre 4 a 16 años de edad que acudieron a los servicios de medicina general del Centro de Salud "Dr. Manuel Escontría" de la Delegación Álvaro Obregón durante el periodo comprendido entre mayo del 2005 y diciembre del 2006.

Criterios de inclusión, exclusión y eliminación

1.- Población general

Criterios de inclusión.-

- Individuos de ambos sexos, con una edad comprendida entre los 4 y los 16 años residentes habituales o temporales en viviendas particulares de uso regular en las 16 delegaciones políticas del Distrito Federal, que cuenten con un informante (uno de sus padres o cuidador primario).
- La participación en el estudio fue voluntaria y con el consentimiento informado del cuidador primario.
- El cuidador primario sabía hablar español, leer y escribir.

Criterios de exclusión.-

- Se excluyeron aquellos menores cuyos cuidadores, al momento de la entrevista, tuvieran una condición mental que impidiera su participación en el estudio (p. ej.

que cursaran con alteraciones de la conciencia, estados confusionales, intoxicación aguda por cualquier sustancia psicoactiva, un episodio psicótico agudo, etc)

Criterios de eliminación.-

- Menores cuyos cuidadores no hayan completado el llenado de los cuestionarios estipulados o hayan decidido abandonar el estudio.

2.- Población clínica

Criterio de inclusión:

- Menores de 4 a 16 años que acudieron, durante el periodo comprendido entre mayo del 2005 y diciembre del 2006, a consulta médica general acompañados de un cuidador primario, el cual accedió a responder el cuestionario.

Criterio de exclusión:

- Menores que ya recibieran atención por el Servicio de Salud Mental del Centro de Salud.
- Se excluyeron aquellos menores cuyos cuidadores, al momento de la entrevista, tuvieran una condición mental que impidiera su participación en el estudio (p. ej. que cursaran con alteraciones de la conciencia, estados confusionales, intoxicación aguda por cualquier sustancia psicoactiva, un episodio psicótico agudo, etc)

Criterio de eliminación:

- Menores cuyos cuidadores no hayan completado el llenado de los cuestionarios estipulados o hayan decidido abandonar el estudio.

Variables y escalas de medición

ESCALAS DE MEDICIÓN UTILIZADAS

1.- Información sociodemográfica y de la familia:

El primer apartado de la encuesta incluyó una serie de preguntas y escalas, que en su mayoría fueron empleadas por Kessler* (1992) en la Encuesta Nacional acerca de la Comorbilidad Psiquiátrica (National Comorbidity Survey, NCS 1990-1992) y que son producto de la experiencia acumulada por diversos investigadores a nivel internacional. Incluyó información de las características de la población, tomando en cuenta sexo, edad, escolaridad, estado civil, número de hijos y sus respectivas edades, situación laboral y relaciones interpersonales.

2.- Cuestionario breve de tamizaje y diagnóstico de problemas de salud mental en niños y adolescentes (CBTD)^{34,37}:

Cuestionario autoaplicable de 27 reactivos que evalúa la presencia de los síndromes psicopatológicos más frecuentes en la infancia y la adolescencia, clasificados en 8 agrupaciones: inhibición, ansiedad, enuresis, disocial, retraso, atención, ánimo y conducta. Cada una de las agrupaciones está constituida por un conjunto particular de síntomas. El CBTD está compuesto por los 10 reactivos del Cuestionario de reporte para niños (RQC), así como otros 17 reactivos seleccionados del CBCL-P de Achenbach (1983)³³ para complementar la información, de forma que ésta fuera más precisa para definir probables casos y tipos probables de psicopatología. Evalúa la presencia y continuidad de cada síntoma y conducta incluidos en el cuestionario y resalta que sean frecuentes durante el último año.

* Kessler RC. The UM-CIDI vs the CIDI. Unpublished manuscript, The University of Michigan, Institute for Social Research, Survey Research Center, Ann Arbor, MI; 1992.

La consistencia interna del cuestionario es de 0.81, con un rango entre 0.75 y 0.85 para los diferentes grupos de edad.

El punto de corte para definir “caso” se estableció utilizando el intervalo de confianza superior del percentil 90, esto es, cinco síntomas.

Utilizando un punto de corte de 4/5 síntomas se obtuvo: Sensibilidad = 68.2%, Especificidad = 82%, Valor predictivo positivo = 88% y Valor predictivo negativo = 57.1%.

El CBTD posee una adecuada consistencia interna, así como validez de construcción en cuanto a grupos sintomáticos.

Cabe destacar que las agrupaciones sindromáticas detectadas con el CBTD indican posibles síndromes o trastornos que hay que buscar propositivamente en la evaluación clínica y no indican certeza diagnóstica dado que es un instrumento de *tamizaje* y no de diagnóstico clínico.

VARIABLES

Variable dependiente:	Alteraciones del sueño
VARIABLES INDEPENDIENTES:	Sexo
	Edad
	Síntomas psicopatológicos interrogados en el CBTD
	Agrupaciones sindromáticas evaluadas con el CBTD

CONCEPTUALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Definición operacional de alteraciones del sueño: Se determinó la presencia de alteraciones del sueño mediante los reactivos 7 (¿tiene problemas para dormir?) y 22 (¿tiene pesadillas con frecuencia?) del *CBTD*. Debe de ser reportado como “presente de forma frecuente” durante el último año, y en el caso de haberse iniciado anteriormente, tener continuidad. Fue dicotómico y se definió con la detección de cualquiera de los dos síntomas evaluados con dichos reactivos, cada uno de los cuales se analizó por separado.

Definición operacional de síntomas psicopatológicos: Se preguntó acerca de la presencia de cada síntoma y conducta evaluados con los reactivos del *CBTD*, resaltando que estas manifestaciones fueran *frecuentes* durante el último año, y en el caso de haberse iniciado anteriormente, tener continuidad. La presencia/ausencia de síntomas psicopatológicos también fue dicotómica y se definió con la detección de cualquiera de los síntomas evaluados. Cada reactivo del *CBTD* evalúa un síntoma diferente.

Definición operacional de síndromes psicopatológicos (agrupaciones sindromáticas): Se definió mediante la presencia de cualquiera de los síndromes psicopatológicos evaluados con el *CBTD*, los cuales se clasifican en 8

agrupaciones dimensionales: inhibición, ansiedad, enuresis, disocial, retraso, atención, ánimo y conducta, cada una constituida por un conjunto particular de síntomas. De las 8 dimensiones, se derivaron 13 grupos sindromáticos, algunos con subtipos identificados, de diferente nivel de severidad:

- Déficit de atención con hiperactividad e impulsividad (4 subgrupos)
- Ansiedad generalizada
- Ansiedad con predominio de inhibición (2 subgrupos)
- Trastorno específico del lenguaje
- Enuresis (con otros síntomas, pero sin síndrome)
- Epilepsia y probable epilepsia
- Explosividad probablemente con daño orgánico
- Explosividad probablemente caracterológica
- Depresión (4 subgrupos)
- Trastorno por conducta oposicionista
- Trastorno por conducta (2 subgrupos)
- Trastorno de alimentación con bajo peso
- Trastorno de alimentación con sobrepeso

Definición operacional de “casos” y “no casos”:

El punto de corte para definir “caso” se estableció utilizando el intervalo de confianza superior del percentil 90, esto es, cinco síntomas.

Casos.- puntaje ≥ 5 en el CBTD

No casos.- puntaje ≤ 4 en el CBTD

Recolección de datos y análisis de los resultados

PROCEDIMIENTOS

Se obtuvo la aprobación del Comité de Tesis y del Comité de Ética del Instituto Nacional de Psiquiatría “Dr. Ramón de la Fuente Muñiz” para la realización del presente estudio.

Se solicitó autorización por escrito al responsable de los proyectos epidemiológicos en los que se basa esta tesis, el Dr Jorge Javier Caraveo-Anduaga, para hacer uso de las bases de datos respectivas.

Se procedió a efectuar el análisis de las bases de datos mediante el programa Stata * de análisis estadístico integrado, utilizando un equipo de cómputo. Se analizó, de forma independiente para cada base de datos, la frecuencia de presentación de los reactivos 7 y 22 del CBTD, correlacionándolos con las otras variables. Se fijó un nivel de significancia con una $p \leq 0.05$ (IC95%) y se hizo un análisis de regresión logística tomando como variables dependientes los síntomas sugerentes de alteraciones del sueño y como variables independientes al resto de las conductas investigadas con el cuestionario.

Se amplió la búsqueda bibliográfica para sustentar la discusión de los resultados y las conclusiones de este trabajo de investigación.

SELECCIÓN DE FUENTES

Se hizo uso de la información de las bases de datos de los proyectos epidemiológicos: “Epidemiología de la morbilidad psiquiátrica en la ciudad de México”⁴⁵ y “Vigilancia epidemiológica de la Salud Mental en niños y adolescentes. Un programa piloto”.

De ambas bases de datos se seleccionó la información referente a los menores de 4 a 16 años de edad, tanto la información sociodemográfica como los datos obtenidos a través de la aplicación del CBTD.

Se utilizó el programa Stata* de análisis estadístico integrado.

* STATA 6.0. Statistics/ data analysis STATA Corporation. Texas U.S.A.

METODOLOGÍA ESTADÍSTICA EMPLEADA

Se tuvo acceso a las bases de datos previamente mencionadas. A continuación se explica de forma resumida el procedimiento para la recolección de la muestra para cada una de ellas y la metodología estadística empleada.

Procedimiento para la recolección de la muestra:

Población general.- Para el estudio se utilizaron datos de una encuesta probabilística de hogares efectuada en 1995 en la Ciudad de México ⁴⁶. La obtención de la muestra se realizó en dos etapas; en la primera se levantó el cuestionario en los hogares. De las 4603 viviendas en la muestra, se obtuvieron 3300 entrevistas completas, y en la segunda etapa se aplicó la encuesta individual. El instrumento fue aplicado por legos (personal con estudios superiores, sin formación clínica pero con empatía y habilidad para realizar encuestas en la comunidad) capacitados durante dos semanas y supervisados por clínicos entrenados durante el trabajo de campo. La tasa de respuesta fue del 60.4% aunque sólo el 8% de las personas se negaron abiertamente a participar en el estudio. En 927 hogares, los adultos entrevistados reportaron tener hijos entre los 4 y los 16 años de edad, obteniéndose información acerca de un total de 1686 menores.

Población de la práctica médica general.- Se captaron 846 menores con edades comprendidas entre los 4 y los 16 años que acudía a consulta médica general en el Centro de Salud "Dr. Manuel Escontria" de la Delegación Álvaro Obregón durante el periodo comprendido entre mayo del 2005 y diciembre del 2006, con el objetivo de iniciar una cohorte con dos evaluaciones subsiguientes, a uno y dos años. Se aplicó el CBTD. Para este análisis se utilizaron los datos de la primera evaluación únicamente, de forma transversal.

Metodología estadística empleada:

El sistema informático utilizado fue el programa Stata de análisis estadístico integrado, que permite estimar la varianza y el error estándar. El análisis inicial consistió en la descripción de las variables en estudio. Se procedió al análisis de los datos sociodemográficos a partir de la determinación de medidas de tendencia central (media,

mediana y proporciones según correspondiera) y medidas de dispersión (desviación estándar).

Se realizó un análisis de regresión logística tomando como variables dependientes a los síntomas clave sugerentes de alteraciones del sueño y como variables independientes o predictoras al resto de las conductas investigadas con el cuestionario (los diferentes síntomas y síndromes psicopatológicos), así como el sexo y la edad de los menores, agrupada en los siguientes intervalos: 4 a 5; 6 a 8; 9 a 12 y de 13 a 16 años.

Se analizó la frecuencia de presentación de los reactivos 7 y 22 del CBTD, correlacionándolos con las otras variables.

El modelo de regresión logística clásica es adecuado para estimar la asociación entre una variable dicotómica y una o más variables referentes a características de los sujetos o de sus exposiciones. Cuando la variable dependiente es dicotómica, el análisis arroja resultados en términos de la razón de momios, lo cual puede interpretarse de forma transversal (entre sujetos), o bien, de forma longitudinal (en el mismo sujeto, a través del tiempo). En este caso el análisis fue de forma transversal, entre sujetos.

El modelo utiliza la transformación logit (logaritmo neperiano de la odds) para evitar que la función obtenida pueda tomar valores negativos. Su principal ventaja es que es un método bien conocido, fácil de aplicar y de evaluar con cualquier paquete estadístico, con buenas propiedades estadísticas.

El nivel de significancia se fijó con una $p \leq 0.05$, con un intervalo de confianza del 95%.

Implicaciones Éticas del Estudio

Los estudios previos que sustentaron esta tesis, contaron cada uno de ellos con la aprobación del Comité de Ética del Instituto Nacional de Psiquiatría “Dr Ramón de la Fuente Muñiz” y fueron aceptados por el Comité Científico de la misma institución.

El estudio se consideró sin riesgo, ya que no se trató directamente a los sujetos, sino se tuvo acceso a bases de datos ya documentadas y a partir de dicha información se realizaron los análisis pertinentes para el estudio. Se contempló la posibilidad de referir a atención médica apropiada cuando se detectaran casos en riesgo, en caso de que no se hubiera realizado con el análisis anterior. No fue necesario hacerlo.

RESULTADOS

Dado que se analizaron dos bases de datos independientes entre sí y muy amplias cada una, se seleccionaron únicamente los resultados con significancia estadística y se omitió el resto para tener un manejo más simplificado de la información. El análisis de las muestras de la población general y de la población clínica se realizó cada uno por separado y en las conclusiones y discusión se hizo una comparación *cualitativa* entre los resultados.

A continuación se presentan las medidas descriptivas y posteriormente los resultados del análisis de la regresión logística, señalando únicamente los resultados positivos. Se incluyen la razón de momios (OR), con un intervalo de confianza del 95% (IC95%) y en todos los casos un valor de $p \leq 0.05$. En caso que el OR indicara una relación inversa, se hizo la observación pertinente.

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

En el cuadro 1 se presentan las características sociodemográficas de las muestras poblacionales. Sólo se tomaron como variables edad y sexo, ya que fue lo más relevante para este estudio. Cabe destacar que en la población clínica el porcentaje de mujeres incluidas en el estudio fue cualitativamente superior respecto al de hombres que el reportado en la población general.

	Hombres (n=1246)				Mujeres (n=1286)			
	P. General		P. Clínica		P. General		P. Clínica	
	n	%	n	%	n	%	n	%
4-5 años	141	8.4	88	10.4	134	7.9	87	10.3
6-8 años	230	13.6	99	11.7	200	11.9	112	13.2
9-12 años	261	15.5	128	15.1	259	15.4	157	18.6
13-16 años	233	13.8	66	7.8	228	13.5	109	12.9
TOTAL	865	51.3	381	45	821	48.7	465	55

Cuadro 1.- Características sociodemográficas de las muestras en estudio (grupos de edad por sexo y población de referencia).

Las muestras de la población general y clínica tuvieron similitudes respecto a las características de la edad, en la media, mediana y la desviación estándar (Cuadro 2).

	Población general (años)	Población clínica (años)
Media	9.7	9.5
Mediana	9.0	9.0
Desviación estándar	3.6	3.5

Cuadro 2.- Características de la edad (medidas de tendencia central y de dispersión) de las muestras en estudio.

Los resultados del análisis se encaminaron a determinar la frecuencia de presentación de alteraciones del sueño tanto en población general como en población clínica, distinguir con qué síndromes psicopatológicos del CBTD se encontraron asociadas y establecer las diferencias cualitativas encontradas entre ambas poblaciones.

FRECUENCIA DE PRESENTACIÓN DE ALTERACIONES DEL SUEÑO

Parte del objetivo general fue determinar la frecuencia de presentación de alteraciones del sueño en niños y adolescentes, evaluados con los reactivos 7 y 22 del CBTD en la población general y clínica.

Población General

Se reportó una frecuencia total del 2.0 % en “problemas para dormir” y del 2.9% en “pesadillas frecuentes”. Separados por sexo, la frecuencia de presentación de “problemas para dormir” fue del 1.9% en hombres y del 2.1% en mujeres, mientras que para “pesadillas frecuentes” fue del 3.5% en hombres y del 2.4% en mujeres.

Al comparar cualitativamente por sexo y grupo de edad, los “problemas para dormir” se presentaron con mayor frecuencia a la edad de 9-12 años (2.7%) en hombres y a la edad de 6-8 años (3.4%) en mujeres. Por su parte, las “pesadillas frecuentes” tuvieron un predominio notorio de presentación en el grupo de edad de 6-8 años (6.7%) en hombres y a los 9-12 años en mujeres (3.3%) [cuadro 5].

Población clínica

La frecuencia de presentación de alteraciones en el sueño fue cualitativamente mayor en la población clínica que en la población general.

En población clínica, la frecuencia de presentación de “problemas para dormir” fue del 15.8% y en “pesadillas frecuentes”, del 13.0%. En ambos casos se observó una frecuencia ligeramente superior en mujeres. Al hacer la distinción por sexo, la frecuencia de “problemas para dormir” se reportó en un 16.6% en mujeres y 15.0% en hombres; a su vez, la frecuencia de “pesadillas frecuentes” fue de 13.3% en mujeres y de 12.6% en hombres. En hombres, los “problemas para dormir” se presentaron con mayor frecuencia a la edad de 9-12 años (21.1%) y las “pesadillas frecuentes” en el grupo de edad de 6-8 años (20.2%), mientras que en mujeres, tanto los “problemas para dormir” como las “pesadillas frecuentes” tuvieron una mayor frecuencia en el grupo de edad de 13-16 años (22.9% y 16.5% respectivamente), lo cual difirió de lo observado en la población general (Cuadro 5).

En los siguientes cuadros se compara la frecuencia de presentación de alteraciones del sueño en población general y población clínica, tanto por sexo como por edad.

TOTAL	Población General			Población Clínica		
	Hombres (n=865)	Mujeres (n=821)	Total (n=1686)	Hombres (n=381)	Mujeres (n=465)	Total (n=846)
Problemas para dormir	1.9%	2.1%	2.0%	15.0%	16.6%	15.8%
Pesadillas frecuentes	3.5%	2.4%	2.9%	12.6%	13.3%	13.0%

Cuadro 3.- Frecuencia de presentación de alteraciones del sueño en población general y población clínica por sexo

Hombres	Población General					Población Clínica				
	4 a 5 años (n=141)	6 a 8 años (n=230)	9 a 12 años (n=261)	13 a 16 años (n=233)	TOTAL (n=865)	4 a 5 años (n=88)	6 a 8 años (n=99)	9 a 12 años (n=128)	13 a 16 años (n=66)	TOTAL (n=381)
Problemas para dormir	1.9%	1.6%	2.7%	1.2%	1.9%	12.5%	13.1%	21.1%	9.1%	15.0%
Pesadillas frecuentes	1.5%	6.7%	2.1%	3.1%	3.5%	9.1%	20.2%	14.1%	3.0%	12.6%

Cuadro 4.- Frecuencia de presentación de alteraciones del sueño en hombres de la población general y clínica por grupos de edad.

Mujeres	Población General					Población Clínica				
	4 a 5 años (n=134)	6 a 8 años (n=200)	9 a 12 años (n=259)	13 a 16 años (n=228)	TOTAL (n=821)	4 a 5 años (n=87)	6 a 8 años (n=112)	9 a 12 años (n=157)	13 a 16 años (n=109)	TOTAL (n=465)
Problemas para dormir	2.3%	3.4%	1.0%	2.3%	2.1%	11.5%	15.2%	15.9%	22.9%	16.6%
Pesadillas frecuentes	2.1%	1.8%	3.3%	2.0%	2.4%	10.3%	14.3%	12.1%	16.5%	17.8%

Cuadro 5.- Frecuencia de presentación de alteraciones del sueño en mujeres de la población general y clínica por grupos de edad.

FRECUENCIA DE PRESENTACIÓN DE ALTERACIONES DEL SUEÑO DE ACUERDO A PSICOPATOLOGÍA REPORTADA

Las alteraciones del sueño se reportaron de forma más frecuentes en la población clínica que en la población general y se presentaron con mayor frecuencia en los menores con uno o más síndromes psicopatológicos que aquellos en los que no se identificó psicopatología. En la población general se detectó un total de 190 casos, lo que equivale al 11.3% de la misma. En este subgrupo (casos), la frecuencia de presentación de alteraciones del sueño fue aproximadamente diez veces mayor a lo reportado en el subgrupo en el que no se detectaron casos, es decir, la presentación de alteraciones del sueño se concentró en los sujetos en los que se reportó un puntaje del CBTD ≥ 5 . Por su parte, en la población clínica la proporción de casos reportados fue mucho mayor, alcanzando el 57.45% del total, y de la misma manera, la presentación de alteraciones del sueño fue más frecuente en el subgrupo de casos (Cuadro 6) que en el que no se detectaron casos.

	Población general (n=1686)				Población clínica (n=846)			
	Casos (n=190)		No casos (n=1496)		Casos (n=486)		No casos (n=360)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Problemas para dormir	21	11.1	13	0.9	122	25.1	12	3.3
Pesadillas frecuentes	23	12.1	22	1.5	95	19.5	15	4.2

Cuadro 6.- Frecuencia de presentación de alteraciones del sueño en población general y clínica de acuerdo a la detección de casos.

En la población general, se estimó la razón de duración del síntoma, es decir, si estuvo *presente en el último año, o presente, más de un año*. Los “problemas para dormir” tuvieron una frecuencia de presentación del 0.8% y 1.2% respectivamente, mientras que la de “pesadillas frecuentes” fue de 1.9% y 1.0%. Esto puede indicar una aparición más temprana de los “problemas de sueño” respecto a “pesadillas frecuentes”.

De igual forma, se encontró que la frecuencia de alteraciones del sueño tiende a aumentar de acuerdo al número de síndromes psicopatológicos reportados por sujeto.

No. Sx	Problemas para dormir				Pesadillas frecuentes			
	P. General (2.0%)		P. Clínica (15.8%)		P. General (2.9%)		P. Clínica (13.0%)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
0	11	0.8	7	2.5	13	0.9	9	3.2
1	3	3.1	15	10.1	11	11.3	13	10.1
2	2	3.8	13	19.7	5	9.6	10	13.2
3	6	12.5	8	11.4	3	6.3	7	10
4	1	3.6	11	15.7	3	10.7	8	11.4
5	1	3.8	11	17.7	2	7.7	14	22.6
6	2	13.3	20	36.4	3	20	12	21.8
7	2	28.6	15	45.4	1	14.3	13	39.4
8	4	36.4	17	43.6	3	27.3	16	41
9	0	0	10	47.6	0	0	7	33.3
10	2	100	6	60	1	50	1	10
11	---	---	1	100	---	---	0	0

Cuadro 7.- Frecuencia de presentación de alteraciones del sueño en población general y clínica de acuerdo al número de síndromes psicopatológicos reportados por sujeto.

A continuación se presentan en gráfica de barras la frecuencia de presentación de alteraciones del sueño en población general y clínica de acuerdo al número de síndromes psicopatológicos reportados por sujeto. El comportamiento de la frecuencia de presentación de alteraciones del sueño fue similar en ambas poblaciones de forma cualitativa.

Población general

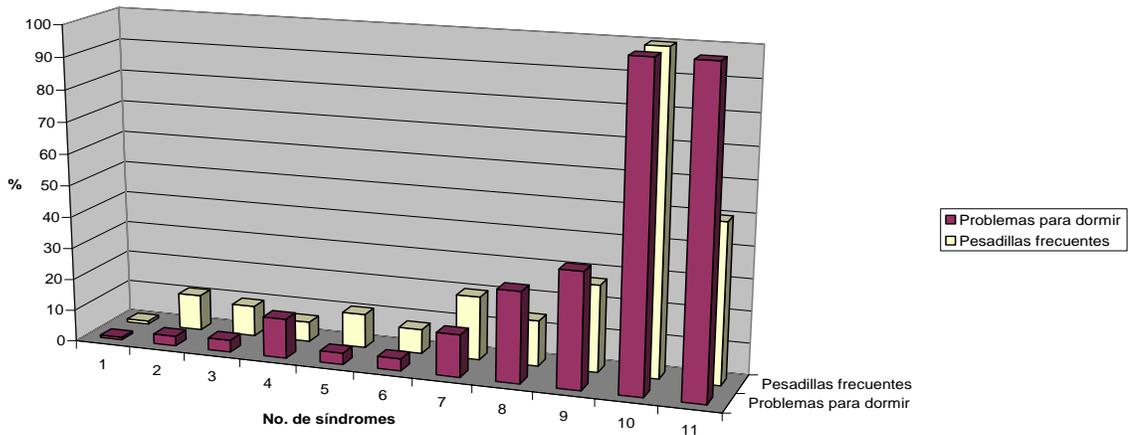


Gráfico 1.- Frecuencia de presentación de alteraciones del sueño en población general de acuerdo al número de síndromes psicopatológicos reportados por sujeto.

Población clínica

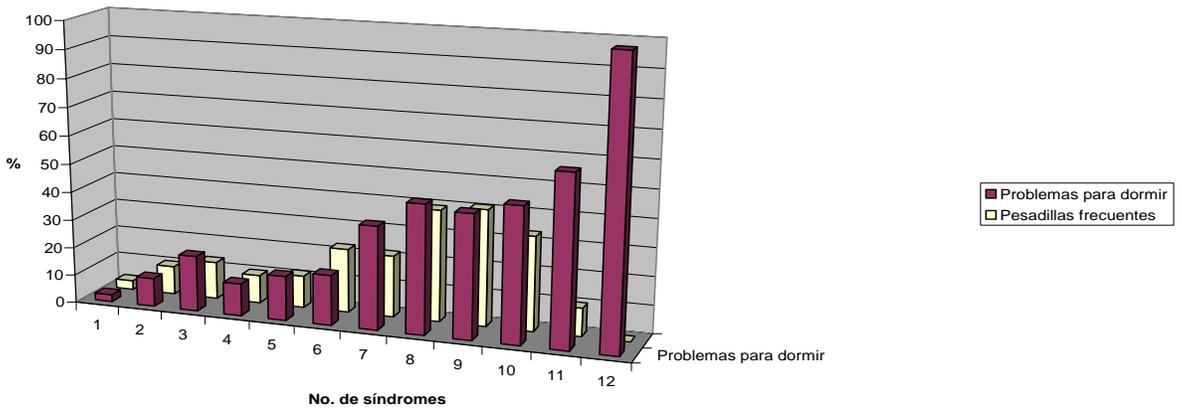


Gráfico 2.- Frecuencia de presentación de alteraciones del sueño en población clínica de acuerdo al número de síndromes psicopatológicos reportados por sujeto.

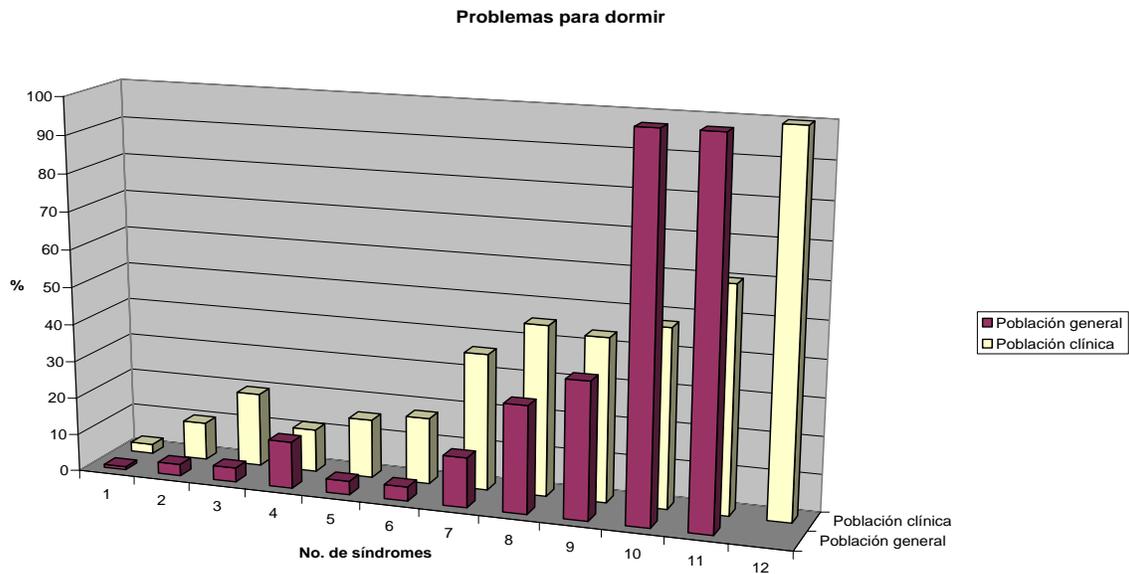


Gráfico 3.- Frecuencia de problemas para dormir en población general y clínica de acuerdo al número de síndromes psicopatológicos reportados por sujeto.

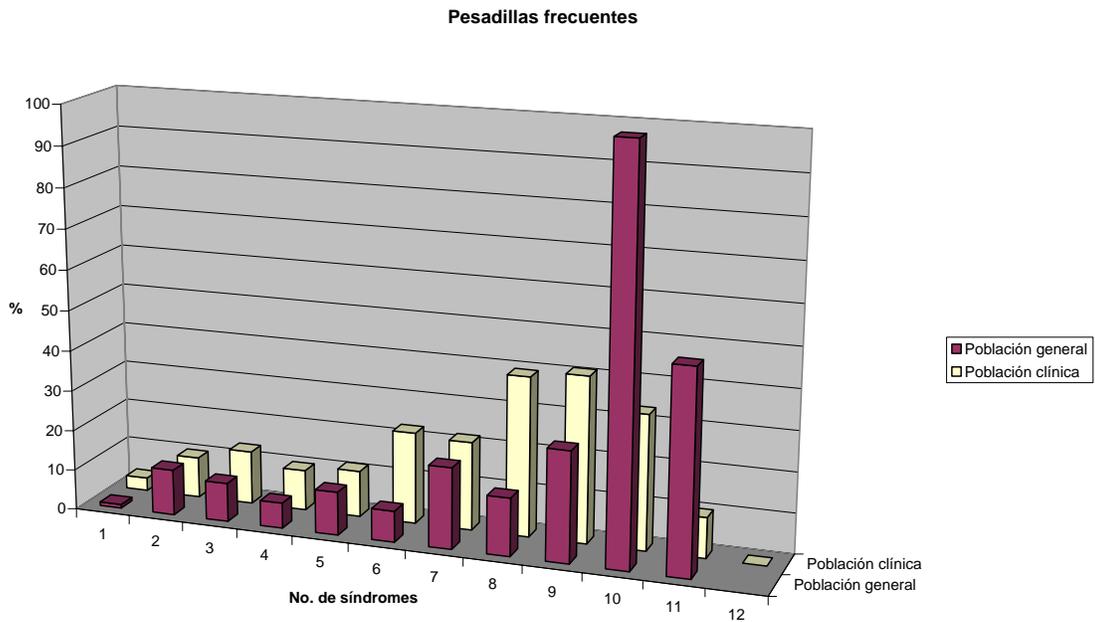


Gráfico 4.- Frecuencia de pesadillas frecuentes en población general y clínica de acuerdo al número de síndromes psicopatológicos reportados por sujeto.

SÍNTOMAS Y SÍNDROMES PSICOPATOLÓGICOS ASOCIADOS A ALTERACIONES DEL SUEÑO

VISIÓN GENERAL

Una vez descrita la frecuencia de presentación de las alteraciones del sueño tanto en población general como clínica, el siguiente objetivo fue establecer su asociación con los síntomas y síndromes psicopatológicos reportados con el CBTD. Dado que es un instrumento de tamizaje, el CBTD reporta *probabilidad* y no *certeza* de cursar determinada agrupación de manifestaciones clínicas, es decir, los síndromes detectados, *sugieren* ciertas manifestaciones clínicas, no las *diagnostican*.

En el cuadro 8 se exponen de forma global las alteraciones del sueño reportadas en población general y clínica. Cabe destacar que los síntomas en los que se encontró con mayor frecuencia asociación con alteraciones del sueño en ambas poblaciones fueron “nervioso” y de forma subsecuente “cefaleas frecuentes”. De igual forma, es importante señalar que fue común la presentación conjunta de los dos síntomas en estudio, es decir, que “pesadillas frecuentes” y “problemas para dormir” estuvieron asociados entre sí de manera frecuente.

Los resultados del análisis indicaron que en de la población general, los síntomas asociados a “problemas para dormir” difirieron de los asociados a “pesadillas frecuentes”, si bien ambos síntomas estuvieron relacionados entre sí. Asociados a “problemas para dormir” se encontraron “cefaleas frecuentes” y “lenguaje anormal”, mientras que en “pesadillas frecuentes” se reportaron “nervioso” y “convulsiones”, con una relación inversa con “miedo a ir a la escuela”.

En otras palabras, se encontró una prevalencia total del 2% de “problemas para dormir” en la muestra de la población general. En el caso de la asociación con “cefaleas frecuentes”, la razón de momios traduce que hay 9.4 veces más riesgo de padecer “problemas de sueño” en la población en la que se reportan “cefaleas frecuentes” que en la que no se reportan. Sin embargo, en este caso el intervalo de confianza es relativamente amplio, lo

cual puede indicar que la muestra sea pequeña y sugiere que se requiere una muestra suficiente para estudiar bien el fenómeno.

En la población clínica, se reportó un mayor número de síntomas asociados a “problemas para dormir” que a “pesadillas frecuentes”, y el único síntoma asociado a ambos fue “nervioso”. Esto indicaría que en la población clínica, cuando se reporta “nervioso” como síntoma, el riesgo de presentar “problemas para dormir” aumenta 1.9 (IC95%: 1.2-3.2) veces y el de “pesadillas frecuentes”, 2.0 (IC95%: 1.2-3.5).

Síntomas	Población General		Población Clínica	
	Problemas para dormir OR(IC95%)	Pesadillas frecuentes OR(IC95%)	Problemas para dormir OR(IC95%)	Pesadillas frecuentes OR(IC95%)
Lenguaje anormal	6.9 (1.4 – 33.8)	---	---	---
Cefaleas frecuentes	9.4 (2.7 – 32.1)	---	---	1.8(1.02 – 3.0)
Pesadillas frecuentes	7.0 (1.8 – 28.0)	---	5.1 (3.1 – 8.4)	---
Problemas para dormir	---	5.4 (1.2 – 23.8)	---	5.0(3.0 – 8.3)
Nervioso	---	3.9 (1.6 – 9.5)	1.9 (1.2 – 3.2)	2.0(1.2 – 3.5)
Convulsiones	---	4.5 (1.2 – 17.0)	---	---
(i) Miedo a ir a la escuela	---	0.008 (0.0002 – 0.4)	---	---
Irritable	---	---	2.2 (1.2 – 3.7)	---
(I) Roba	---	---	0.3 (0.1 – 0.7)	---
Fugas del hogar	---	---	---	0.3(0.08 – 0.96)
Dolores físicos			1.8 (1.1, 2.9)	
Lento aprendizaje			1.6 (1.0, 2.6)	
Mentiroso			1.6 (1.0, 2.5)	

TODOS: $p < 0.05$

(i)relación inversa

Cuadro 8.- Asociación entre alteraciones del sueño y los distintos síntomas del CBTD en población general y clínica.

En cuanto a los síndromes asociados a alteraciones del sueño en la población general y clínica, los síndromes más reportados fueron los referentes a problemas de ansiedad y afectivos, así como a “probable organicidad”. En la población general, no se encontraron asociaciones con síndromes relacionados a problemas de “déficit de atención”, aunque sí hubo asociación con problemas de “conducta oposicionista”. En cambio, en la población

clínica sí se reportaron asociaciones tanto con “problemas de atención” como de “conducta oposicionista” (Cuadro 9). Es decir, cuando en la población clínica se detectó la presencia del “síndrome de déficit de atención e hiperactividad mixto”, el riesgo de presentar “problemas para dormir” aumentó 3.1 (IC95%: 1.1-8.3) veces y el de “pesadillas frecuentes”, 5.9 (IC95%: 1.4-25.6) veces.

Síndromes	Población General		Población Clínica	
	Problemas para dormir OR(IC95%)	Pesadillas frecuentes OR(IC95%)	Problemas para dormir OR(IC95%)	Pesadillas frecuentes OR(IC95%)
T. déficit de atención e hiperactividad (mixto)	---	---	3.1 (1.1-8.3)	5.9 (1.4-25.6)
T. déficit de atención e hiperactividad (inatento, grave)	---	---	---	5.5 (1.2-25.6)
T. de conducta oposicionista	---	---	2.5 (1.6-4.0)	---
T. de Conducta (severo)	---	---	2.1 (1.2-3.8)	2.3 (1.2-4.5)
T. de Conducta (moderado)	---	19.2(5.4 -68.5)	---	---
Epilepsia	6.6 (2.5-17.3)	6.7 (2.1-21.5)	---	1.9 (1.0-3.4)
Explosividad con daño orgánico	8.2 (2.7-24.4)	3.3 (1.2-9.3)	3.4 (1.7-6.6)	3.6 (1.8-7.1)
Explosividad caracterológica	11.5 (4.4-30.0)	---	2.3 (1.4-3.7)	1.8 (1.0-3.1)
T. de alimentación con sobrepeso	9.0 (1.9-41.4)	---	---	---
T. de alimentación con sobrepeso (severo)	33.4 (4.1-270.3)	---	---	---
T. de alimentación con bajo peso	4.0 (1.3-12.8)	---	2.5 (1.1-5.5)	---
T. de alimentación con bajo peso (severo)	---	---	2.4 (1.3-4.5)	---
T. depresivo (severo 2)	17.8 (6.1-51.6)	10.6 (3.1-36.2)	8.5 (5.0-14.4)	5.1 (3.0-8.8)
T. depresivo (severo 1)	5.1 (1.8-14.6)	6.1 (1.8-20.4)	5.7 (3.5-9.4)	3.6 (2.1-5.9)
T. depresivo (moderado 2)	---	10.2 (1.0-100.5)	----	---
Ansiedad generalizada	29.4 (8.9-97.0)	26.4 (3.9-179.0)	6.0 (3.4-10.6)	7.2 (3.8-13.8)
Ansiedad con inhibición	---	---	1.8 (1.4-2.3)	1.3 (1.04-1.7)
T. específico del lenguaje	49.4 (10.8-225.9)	---	---	1.9 (1.05-3.3)
Probable trastorno del lenguaje	---	10.1 (2.4-41.6)	---	

TODOS: $p < 0.05$

Cuadro 9.- Asociación entre alteraciones del sueño y los distintos síndromes del CBTD en población general y clínica.

Después de esta visión global, se expondrán los resultados desglosados por sexo y por grupo de edad en las poblaciones en estudio.

COMPARACIÓN POR SEXO

Hubo diferencias marcadas por sexo en cuanto a las principales asociaciones reportadas entre alteraciones del sueño y los distintos síntomas y síndromes del CBTD.

POR SÍNTOMAS ASOCIADOS:

Síntomas asociados a “problemas para dormir” (Cuadro 10)

Población general.- En población masculina resaltaron con mayor fuerza de asociación “lento aprendizaje” y “lenguaje anormal”. En esta misma población también se reportaron asociaciones con “roba” y “convulsiones” y una relación inversa con “dependiente”. Los resultados fueron distintos para la población femenina, en quienes la asociación más sólida fue con “cefaleas frecuentes” y “dependiente”, encontrándose una relación inversa con “lento aprendizaje”. Es decir, el reporte de “lento aprendizaje” se asoció con un incremento del riesgo 3.1 (IC95%: 1.3-7.6) veces de presentar “problemas para dormir” en la población masculina, mientras que en la población femenina la relación fue inversa [OR 0.2 (IC95%: 0.06 – 0.7)].

Población clínica.- Las diferencias por sexo fueron más marcadas y consistentes que en la población general.

En población femenina se reportó un mayor número de asociaciones; los únicos síntomas que se reportaron asociados a “problemas para dormir” en ambos sexos fueron “nervioso” y “pesadillas frecuentes”, lo que se traduce como que tanto “nervioso” como “pesadillas frecuentes” incrementan el riesgo de presentar “problemas para dormir” en hombres y mujeres de la población clínica con respecto a aquellos en los que no se reportaron (ver OR(IC95%) en cuadro 10). En la población masculina se reportaron también “mirando al vacío” y “dolores físicos”, mientras que

en la población femenina se encontraron asociados “irritable”, “mentiroso”, “enuresis”, “fugas del hogar” y una asociación inversa con “roba”.

Problemas para dormir	Población General		Población Clínica	
	Población masculina OR(IC95%)	Población femenina OR(IC95%)	Población masculina OR(IC95%)	Población femenina OR(IC95%)
Lenguaje anormal	7.4 (1.5 – 37.0)	44.8 (2.4 – 830.7)	---	---
Cefaleas frecuentes	98.4 (4.6 – 2100.3)	4.0 (1.1 – 14.8)	---	---
Fugas del hogar	13.1 (1.4 – 123.7)	0.04 (0.003 – 0.6)	---	5.5 (1.6 -18.5)
Roba	7.2 (1.3 – 41.3)	---	---	0.1 (0.03 – 0.5)
Lento aprendizaje	3.1 (1.3 – 7.6)	0.2 (0.06 – 0.7)	---	---
Pesadillas frecuentes	24.2 (3.5 – 167.4)	24.6 (2.6 – 235.1)	5.3 (2.5 – 11.2)	6.5 (3.3 – 13.0)
Mirando al vacío	---	58.6 (5.9 – 586.1)	2.4 (1.08 – 5.12)	---
Sobrepeso	13.7 (1.2 – 160.6)	---	---	---
Convulsiones	19.4 (5.1 – 74.5)	---	---	---
(i) Dependiente	0.2 (0.05 – 0.8)	6.2 (1.3 – 29.0)	---	---
(i) Malas compañías	0.006 (0.0001 – 0.3)	---	---	---
(i) Enuresis ⁺⁺	---	0.01 (0.0002 – 0.5)	---	2.9 (1.1 – 7.4)
Nervioso	---	---	3.1 (1.5 – 6.5)	2.2 (1.1 – 4.1)
Mentiroso	---	---	---	2.6 (1.4 – 4.8)
Dolores físicos ^{**}	---	---	2.8 (1.4 – 5.8)	---
Irritable	---	---	---	3.0 (1.6 – 5.6)

TODOS: p < 0.05

(i)relación inversa

**sin problema médico

⁺⁺en > 5 años

Cuadro 10.- Comparación por sexo de la asociación entre problemas para dormir y síntomas del CBTD en población general y clínica.

Síntomas asociados a “pesadillas frecuentes” (Cuadro 11)

Población general.- Los síntomas asociados a “pesadillas frecuentes” difirieron por completo entre hombres y mujeres. En la población masculina la asociación más sólida fue con “inquieto”, uno de los síntomas cardinales sugerentes de hiperactividad, mientras que para la población femenina fue con problemas asociados a la alimentación: “sobrepeso” y de forma subsecuente “rechaza comida”. El reporte de sobrepeso en mujeres de la población general incrementa 6.8 (IC95%: 1.4-33.3) veces el riesgo de presentar “pesadillas frecuentes”. En población femenina también se encontraron relaciones inversas con “lenguaje anormal”, “miedo a ir a la escuela” y “distraído”.

Población clínica.- En la población masculina se encontraron asociaciones con los síntomas “desobediente”, “nervioso”, “mirando al vacío” y una asociación inversa con “dolores físicos”. Por su parte, en la población femenina, las principales asociaciones fueron con “deprimido”, “mentiroso” y “roba”. En ambos sexos hubo asociación con “problemas para dormir”: riesgo 5.0 (IC95%: 2.4 – 10.6) veces mayor para presentar “pesadillas frecuentes” en hombres, y de 5.2 (IC95%: 2.8 – 9.8) en mujeres (Cuadro 11).

Pesadillas frecuentes	Población General		Población Clínica	
	Población masculina OR(IC95%)	Población femenina OR(IC95%)	Población masculina OR(IC95%)	Población femenina OR(IC95%)
Nervioso	7.9 (2.7 – 22.7)	---	2.8 (1.3 – 6.2)	---
Inquieto	2.9 (1.0 – 7.8)	---	---	---
Deprimido	32.9 (2.1 – 513.1)	---	---	2.0 (1.07 – 3.6)
Problemas para dormir	---	12.7 (1.2 – 130.3)	5.0 (2.4 – 10.6)	5.2 (2.8 – 9.8)
Rechaza comida	---	12.6 (2.3 – 70.2)	---	---
Sobrepeso	---	6.8 (1.4 – 33.3)	---	---
No trabaja	---	15.8 (1.4 - 172.3)	---	---
Malas compañías	---	21.5 (5.8 – 80.4)	---	---
(i) Lenguaje anormal	---	0.05 (0.01 – 0.3)	---	---
(i) Miedo a ir a la escuela	---	0.02 (0.001 – 0.5)	---	---
(i) Distruido	---	0.03 (0.004 – 0.2)	---	---
Desobediente	---	---	2.3 (1.1 – 4.7)	---
Mirando al vacío	---	---	2.5 (1.1 – 5.6)	---
Mentiroso	---	---	---	2.1 (1.1 – 4.1)
Roba	---	---	---	3.1 (1.09 – 8.8)
(i) Dolores físicos**	---	---	0.4 (0.14 – 0.98)	---

TODOS: $p < 0.05$

(i)relación inversa

**sin problema médico

Cuadro 11.- Comparación por sexo de la asociación entre pesadillas frecuentes y síntomas del CBTD en población general y clínica.

POR SÍNDROMES ASOCIADOS:

Síndromes asociados a “problemas para dormir” (Cuadro 12)

Población general.- En la población masculina se encontraron principalmente asociados “explosividad caracterológica”, “trastorno de conducta (severo)” y “epilepsia”. Al contrario de lo esperado, la asociación con “déficit de atención e hiperactividad, predominio hiperactivo/impulsivo” fue inversa, es decir, el reporte de este último síndrome se asoció a una menor frecuencia de presentación de “problemas para dormir” en la población general [OR 0.16 (IC95%: 0.06 – 0.4)].

Por otra parte, en la población femenina, la principal asociación que se encontró fue con “ansiedad con inhibición”, lo que indica que se reportó un riesgo incrementado 1.7 (IC95%: 1.2 – 2.5) veces de presentar “problemas para dormir” cuando se presentó este síndrome que cuando estuvo ausente. También hubo asociación con “bajo peso (severo)” (si bien el intervalo de confianza fue muy amplio) y “trastorno depresivo (severo 2)”.

Población clínica.- En la población masculina los principales síndromes asociados a “problemas para dormir” fueron “ansiedad con inhibición”, “epilepsia”, “bajo peso (severo)” y “explosividad caracterológica”, mientras que en la población femenina fueron “ansiedad con inhibición”, “trastorno depresivo (severo 1)”, “trastorno de conducta (severo)” y “conducta oposicionista”, siendo “ansiedad con inhibición” el único síndrome compartido entre sexos.

Síndromes asociados a “pesadillas frecuentes” (Cuadro 13)

Población general.- Los síndromes asociados a “pesadillas frecuentes” en la población general tuvieron por lo regular intervalos de confianza amplios e inestables. En la población masculina, las principales asociaciones que se encontraron fueron con

“trastorno depresivo (severo 1)”, y con “explosividad con daño orgánico”, lo que se traduce como que el “trastorno depresivo (severo 1)” incrementó 7.5(IC95%: 1.4-39.3) veces el riesgo de presentar “pesadillas frecuentes” y la “explosividad con daño orgánico”, 8.0(IC95%: 3.0-21.2) veces con respecto a los sujetos en los que no se reportó ninguno de estos síntomas. Hubo una asociación inversa con “explosividad como rasgo de personalidad”.

Por su parte, en la población femenina, las principales asociaciones encontradas fueron con “trastorno depresivo (moderado 2)” y “trastorno de conducta (severo)”. Es decir, en mujeres con “trastorno depresivo (moderado 2)” se reportó 10.3 (IC95%: 2.0-52.6) veces más “pesadillas frecuentes” que en las que no presentaron el síntoma, aunque el intervalo de confianza fue amplio.

Población clínica.- En la población masculina sólo se encontró asociación con los síndromes de “epilepsia”, “trastornos depresivos” y “ansiedad generalizada”, mientras que en la población femenina se encontró un mayor número de asociaciones. Las principales asociaciones en mujeres fue con “trastorno depresivo” y con “ansiedad con inhibición”, seguida de “trastornos de conducta”, “explosividad con daño orgánico”, “probable epilepsia” y “ansiedad generalizada”.

Cabe mencionar que fue en la población femenina en la que se reportó con mayor consistencia asociación de síndromes sugerentes de trastornos de conducta con “pesadillas frecuentes”, tanto en la población general como en la clínica.

Problemas para dormir		Población masculina		Población femenina	
		P. General OR(IC 95%)	P. Clínica OR(IC 95%)	P. General OR(IC 95%)	P. Clínica OR(IC 95%)
Déficit de atención con hiperactividad e impulsividad	T. déficit de atención e hiperactividad (mixto)	---	4.7 (1.04 – 21.2)	---	---
	T. déficit de atención e hiperactividad (inatento)	---	---	---	8.3 (1.02 – 66.8)
	(i) T. déficit atención e hiperactividad (hiperactivo/impulsivo)	0.16 (0.06 – 0.4)	---	---	---
T. de Conducta	T. de conducta oposicionista	---	---	---	3.4 (1.8 – 6.2)
	T. de Conducta (severo)	7.6 (1.1 – 52.4)	---	---	2.7 (1.2 – 6.3)
T. Conducta, epilepsia y explosividad	epilepsia	6.7 (1.8 – 25.0)	2.6 (1.1 – 6.2)	---	---
	Explosividad con daño orgánico	18.1 (3.9 – 84.0)	4.4 (1.4 – 13.5)	---	2.7 (1.1 – 6.3)
	Explosividad caracterológica	10.1 (2.6 – 39.0)	3.0 (1.5 – 6.1)	18.1 (5.8 – 57.0)	---
	T. de conducta oposicionista	---	---	---	3.0 (1.5 – 5.7)
T. de alimentación	Bajo peso (severo)	---	2.9 (1.1 – 7.5)	10.0 (1.2 – 83.0)	---
	Bajo peso	---	---	---	3.9 (1.4 – 10.9)
	T. de alimentación con sobrepeso	20.3 (4.5– 92.0)	---	---	---
	T. de alimentación con sobrepeso (severo)	42.2 (4.1 – 433.5)	---	15.6 (1.8 – 135.0)	---
T. depresivos	T. depresivo (severo 2)	---	7.6 (3.5 – 16.7)	---	9.4 (4.6 – 19.2)
	T. depresivo (severo 1)	---	3.6 (1.7 – 7.5)	---	8.6 (4.3 – 17.0)
T. depresivos / Ansiedad generalizada / Ansiedad con inhibición	T. depresivo (severo 1)	---	---	---	2.5 (1.08 – 5.9)
	T. depresivo (severo 2)	27.9 (5.6 – 140.4)	---	17.5 (5.1 – 59.9)	---
	Ansiedad generalizada	29.4 (8.9 – 97.1)	6.1 (2.5 – 15.2)	62.3 (6.9 – 564.1)	6.5 (3.1 – 13.7)
	Ansiedad con inhibición	---	1.7 (1.2 – 2.5)	9.5 (3.8 – 23.6)	1.9 (1.3 – 2.6)

TODOS: $p < 0.05$

(i)relación inversa

Cuadro 12.- Comparación por sexo de la asociación entre pesadillas frecuentes y síntomas del CBTD en población general y clínica.

Pesadillas frecuentes		Población masculina		Población femenina	
		P. General OR(IC 95%)	P. Clínica OR(IC 95%)	P. General OR(IC 95%)	P. Clínica OR(IC 95%)
<i>TDAH</i>	---	---	---	---	---
T Conducta	T. de Conducta (severo)	---	---	14.0 (1.0 – 188.5)	3.5 (1.4 – 9.0)
	T. de Conducta (moderado)	9.7 (2.2 – 43.3)	---	75.1 (11.2 – 504.6)	3.5 (1.2 – 9.6)
T. Conducta, epilepsia y explosividad	Epilepsia	---	2.5 (1.004 – 6.1)	---	---
	T. de Conducta (moderado)	9.9 (2.4 – 40.3)	---	83.5 (10.1 – 690.3)	3.2 (1.1 – 9.2)
	Probable epilepsia	---	---	---	4.7 (1.5 – 14.3)
	Explosividad con daño orgánico	8.0 (3.0 – 21.2)	---	---	4.0 (1.7 – 9.4)
	(i) Explosividad caracterológica	0.098 (0.02 – 0.56)	---	---	---
T. de alimentación	T. de alimentación con sobrepeso (severo)	---	---	26.8 (2.3 – 308.6)	---
T. depresivos	T. depresivo (severo 2)	---	5.0 (2.1 – 11.5)	---	5.3 (2.6 – 10.5)
	T. depresivo (severo 1)	7.5 (1.4 – 39.3)	3.7 (1.7 – 7.9)	---	3.5 (1.8 – 6.9)
	T. depresivo (moderado 2)	25.9 (2.8 – 237.8)	---	---	---
T depresivos / Ansiedad generalizada / ansiedad con inhibición	Ansiedad generalizada	---	7.2 (2.7 – 19.0)	23.7 (2.8 – 202)	7.3 (3.1 – 17.2)
	Ansiedad con inhibición	---	---	---	1.5 (1.09 – 2.2)
	T. depresivo (moderado 2)	37.4 (3.6 – 391.2)	---	10.3 (2.0 – 52.6)	---

TODOS: $p < 0.05$

(i)relación inversa

Cuadro 13.- Comparación por sexo de la asociación entre pesadillas frecuentes y síntomas del CBTD en población general y clínica.

COMPARACIÓN POR GRUPOS DE EDAD

No se hizo el análisis de los síndromes asociados por grupo de edad dado que no se contaba con una muestra suficiente de población para realizarlo, únicamente se hizo el análisis de los síntomas asociados (Cuadros 14 y 15).

Síntomas asociados a “problemas para dormir” (Cuadro 14)

Población general.- Los problemas para dormir estuvieron asociados a un mayor número de síntomas en el grupo de edad correspondiente a los 4-5 años, siendo el “sobrepeso” el principal síntoma asociado, seguido por “distraído” y “dependiente”. En este grupo de edad se reportó una asociación inversa con enuresis. Es decir, en este grupo de edad, cuando se reportó “sobrepeso”, el riesgo de presentar “pesadillas frecuentes” fue 31.3 veces mayor que cuando no estuvo presente el síntoma, aunque el intervalo de confianza fue amplio (IC95%: 1.6-623.2).

En el grupo de 6-8 años sólo se encontró asociación poco consistente con “lento aprendizaje” y una asociación inversa con “nervioso”.

Los dos principales síntomas asociados en la edad de 9-12 años fueron “explosivo” [10.5 (IC95%: 1.2 – 86.2)] y “nervioso” [20.1 (IC95%: 4.0 – 99.5)].

No se encontraron síntomas asociados a “problemas para dormir” en el grupo de edad de 13 a 16 años.

Población clínica.- Se encontraron diferentes síntomas asociados a “problemas para dormir” en la población clínica cuando se hizo la comparación por edades.

El único síntoma que estuvo presente en todos los grupos de edad fue el de “pesadillas frecuentes”, es decir, la presencia de este síntoma incrementó entre 6.0 y 7.9 veces el riesgo de presentar “problemas para dormir” respecto a la población en la que no estuvo presente (ver cuadro 14).

La asociación de “problemas para dormir” con “fugas del hogar” también se presentó en la mayoría de los grupos de edad, excepto en el correspondiente a las edades de 9-12 años.

En el grupo de edad de 4-5 años se destacó la asociación entre “problemas para dormir” y los siguientes síntomas: “nervioso”, “irritable” y “miedo a ir a la escuela”; con una asociación inversa con “inquieto”.

Por su parte, en el grupo de edad de 6-8 años, las principales asociaciones fueron con “dolores físicos” e “irritable”, seguidos de “enuresis”, “pesadillas frecuentes” y finalmente “fugas del hogar” (aunque el intervalo de confianza fue mayor).

Las asociaciones más consistentes se reportaron en el grupo de edad de los 9-12 años, siendo las principales: “nervioso”, “inquieto” y “rechaza la comida”, seguidas de “pesadillas frecuentes” y “dependiente”. En este caso, se traduce que en la población clínica, el síntoma de “nervioso” aumenta 2.8 (IC95%: 1.3-6.0) veces el riesgo de presentar “problemas para dormir” que cuando el síntoma está ausente.

En el grupo de edad de 13-16 años se encontraron asociaciones con “dependiente”, “dolores físicos” y “fugas del hogar”, además de con “pesadillas frecuentes”. La más consistente de estas asociaciones fue con el síntoma “dependiente”, lo cual indica un riesgo incrementado de 3.8 (IC95%: 1.5-9.8) veces de presentar “problemas para dormir” cuando se reporta el síntoma que cuando no.

Problemas para dormir	4-5 años		6-8 años		9-12 años		13-16 años	
	P. General OR (IC95%)	P. Clínica OR (IC95%)	P. General OR (IC95%)	P. Clínica OR (IC95%)	P. General OR (IC95%)	P. Clínica OR (IC95%)	P. General OR (IC95%)	P. Clínica OR (IC95%)
Miedo a ir a la escuela	---	37.6 (5.2 – 272.8)	---	---	---	---	---	---
Nervioso	---	6.7 (1.5 – 29.4)	0.02 (0.0006 – 0.66)	---	20.1 (4.0 – 99.5)	2.8 (1.3 – 6.0)	---	---
Irritable	22.8 (1.2 – 424.1)	9.0 (1.8 – 43.3)	---	2.7 (1.06 – 6.7)	---	---	---	---
Pesadillas frecuentes	58.1 (6.2 – 541.0)	7.5 (1.6 – 34.5)	---	7.2 (2.7 – 19.1)	32.4 (2.0 – 519.9)	7.9 (3.5 – 18.2)	---	6.0 (2.0 – 18.2)
Fugas del hogar	---	22.2 (1.9 – 258.6)	---	25.3 (2.1 – 305.1)	---	---	---	4.7 (1.3 – 16.2)
(i) Inquieto	---	0.1 (0.05 – 0.7)	---	---	---	3.0 (1.4 – 6.3)	---	---
Enuresis++	0.06 (0.005 – 0.8)	---	---	5.8 (1.9 – 17.7)	---	---	---	---
Dolores físicos**	---	---	---	2.7 (1.0 – 6.9)	---	---	---	4.1 (1.6 – 10.5)
Rechaza comida	---	---	---	---	---	2.5 (1.0 – 6.4)	---	---
Dependiente	14.4 (1.5 – 141.7)	---	---	---	---	10.5 (1.2 – 86.2)	---	3.8 (1.5 – 9.8)
Distraído	18.6 (2.5 – 137.4)	---	---	---	---	---	---	---
Deprimido	130.4 (5.7 – 2957.1)	---	---	---	---	---	---	---
Sobrepeso	7.6 (1.1 – 54.7)	---	---	---	---	---	---	---
Mentiroso	105.0 (4.8 – 2284.3)	---	---	---	---	---	---	---
Lento aprendizaje	---	---	19.1 (1.2 – 316.0)	---	---	---	---	---
Cefaleas frecuentes	---	---	---	---	331.0 (22.7 – 4832.6)	---	---	---
Explosivo	---	---	---	---	10.5 (1.2 – 86.2)	---	---	---

TODOS: $p < 0.05$

(i)relación inversa

**sin problema médico

++en > 5 años

Cuadro 14.- Asociación entre problemas para dormir y síntomas del CBTD en población general y clínica por grupo de edad.

Síntomas asociados a “pesadillas frecuentes” (Cuadro 15)

Población general.- El grupo de edad en el cual se encontró el mayor número de síntomas asociados a la presencia de “pesadillas frecuentes” fue el correspondiente a los 9 a 12 años, seguido por el grupo de 13 a 16 años.

Los síntomas asociados a “pesadillas frecuentes” difirieron por completo entre los distintos grupos de edad. En el grupo de 4 a 5 años, los principales síntomas asociados fueron “dolores físicos” y “sobrepeso” además de una asociación inversa con “dependiente”. En el grupo de edad de 6 a 8 años se reportó asociación con “lento aprendizaje” y en el grupo de edad de 9 a 12 años, las principales asociaciones fueron con “nervioso”, “rechaza comida” y “mentiroso”, además de una asociación inversa con “distráido”. La principal asociación reportada en el grupo de 13 a 16 años fue con “deprimido”, si bien el intervalo de confianza fue muy amplio.

Población clínica.- Hubo mayor número de síntomas asociados con “pesadillas frecuentes” que con “problemas para dormir” al hacer el análisis por grupo de edad.

En todos los grupos de edad se encontró asociación entre “pesadillas frecuentes” y “problemas para dormir”. En la edad de 4-5 años también se reportaron asociaciones con “dependiente” y “mentiroso”, siendo “dependiente” la asociación más sólida de este grupo de edad. En el grupo de edad de 6-8 años sólo hubo asociación con “desobediente” (a parte de “problemas de dormir”).

En el grupo de edad de los 9-12 años también se encontraron asociaciones con “deprimido” y “mentiroso”.

Las asociaciones encontradas en el grupo de 13-16 años de edad fueron poco menos consistentes, pero de igual forma cabe señalarlas: “cefaleas frecuentes” y “miedo a ir a la escuela”.

Pesadillas frecuentes	4-5 años		6-8 años		9-12 años		13-16 años	
	P. General OR (IC95%)	P. Clínica OR(IC95%)	P. General OR (IC95%)	P. Clínica OR (IC95%)	P. General OR (IC95%)	P. Clínica OR(IC95%)	P. General OR (IC95%)	P. Clínica OR (IC95%)
Problemas para dormir	223.4 (6.1 – 8190.3)	5.6 (1.6 – 19.9)	---	4.8 (2.0 – 11.9)	193.8 (3.6 – 10482.3)	5.1 (2.3 – 11.5)	29.6 (1.4 – 626.3)	4.7 (1.4 – 15.4)
Mentiroso	---	6.2 (1.7 – 21.8)	---	---	11.9 (2.0 – 72.1)	3.8 (1.7 – 8.3)	---	---
Dependiente	0.09 (0.01 – 0.6)	3.5 (1.1 – 11.0)	---	---	32.4 (2.0 – 519.9)	---	---	---
Desobediente	---	---	---	3.3 (1.4 – 7.4)	---	---	47.6 (1.7 – 1349.6)	---
Deprimido	171.4 (4.9 – 6044.1)	---	202.9 (5.7 – 7160.2)	---	---	2.8 (1.3 – 6.2)	22.2 (2.1 – 233.7)	---
Cefaleas frecuentes	---	---	---	---	---	---	---	11.4 (2.9 – 43.9)
Miedo a ir a la escuela	---	---	---	---	---	---	---	31.7 (4.3 – 234.7)
Dolores físicos**	19.8 (1.7 – 225.1)	---	---	---	---	---	---	---
Sobrepeso	31.3 (1.6 – 623.2)	---	---	---	91.6 (9.3 – 901.5)	---	---	---
Lento aprendizaje	---	---	27.0 (7.1 – 103.5)	---	---	---	---	---
Nervioso	---	---	---	---	4.3 (1.2 – 15.5)	---	42.1 (4.2 – 418.47)	---
Rechaza comida	---	---	---	---	4.5 (1.0 – 20.0)	---	---	---
Convulsiones	---	---	---	---	37.2 (2.1 – 649.9)	---	---	---
Malas compañías	---	---	---	---	65.8 (2.5 – 1714.3)	---	93.9 (6.1 – 1448.2)	---
(i) <i>Distraído</i>	---	---	---	---	0.01 (0.0002 – 0.6)	---	---	---

TODOS: $p < 0.05$

(i) *relación inversa*

**sin problema médico

Cuadro 15.- Asociación entre problemas para dormir y síntomas del CBTD en población general y clínica por grupo de edad.

COMPARACIÓN ENTRE SEXO Y GRUPO DE EDAD

No fue posible realizar la comparación entre sexo por grupo de edades en la población general, así que se exponen únicamente los resultados obtenidos en la población clínica.

Síntomas asociados a “problemas para dormir” (Cuadro 16)

Se encontraron pocos síntomas asociados a “problemas para dormir”, distribuidos en diferentes momentos y población específica. El único síntoma asociado presente con relativa constancia fue “pesadillas frecuentes”, lo cual ya había sido reportado; el resto de síntomas se dispersó. En el grupo de edad de 13-16 años sólo se encontraron asociaciones en el sexo femenino con los síntomas: “dependiente”, “irritable”, “pesadillas frecuentes” y “fugas del hogar”. Por lo general, fue en la población femenina en la que hubo mayor número de asociaciones.

Síntomas asociados a “pesadillas frecuentes” (Cuadro 17)

Al igual que para “problemas para dormir”, se reportaron pocas asociaciones con “pesadillas frecuentes”, distribuidas en diferentes momentos y población específica. La única asociación con relativa constancia fue con “problemas para dormir”. Destacaron también los síntomas “explosivo” y “mentiroso”. Se encontró un mayor número de asociaciones la población femenina, principalmente en el grupo de edad de 13-16 años con los síntomas “deprimido”, “miedo a ir a la escuela” y “roba”.

Síndromes asociados a “problemas para dormir” (Cuadro 18)

Los síndromes que se encontraron más frecuentemente asociados fueron aquellos síndromes relacionados con la afectividad (depresión y depresión con ansiedad), en especial en el sexo femenino y en el grupo de edad de los 9-12 años.

Síndromes asociados a “pesadillas frecuentes” (Cuadro 19)

Hubo una muy amplia distribución de los síndromes asociados, afectando casi por igual ambos sexos. Los únicos síndromes que se presentaron en distintos grupos etáreos fueron “ansiedad generalizada” y “ansiedad con inhibición”. Las asociaciones más consistentes fueron con “ansiedad con inhibición”.

Problemas para dormir	4-5 años		6-8 años		9-12 años		13-16 años	
	Población masculina	Población femenina						
	OR(IC 95%)	OR(IC 95%)						
Dolores físicos **	29.6 (3.0 – 294.8)	---	7.3 (1.5 – 35.8)	---	---	---	---	---
Enuresis ⁺⁺	15.1 (1.3 – 174.4)	---	---	8.8 (2.1 – 36.4)	---	---	---	---
Pesadillas frecuentes	---	9.8 (1.7 – 56.3)	14.1 (3.3 – 60.8)	5.6 (1.5 – 21.5)	13.6 (3.4 – 54.0)	5.1 (1.6 – 16.9)	---	21.8 (4.1 – 115.0)
Nervioso	---	6.0 (1.1 – 33.4)	---	---	---	---	---	---
Irritable	---	---	---	---	---	---	---	9.3 (2.0 – 44.4)
Miedo a ir a la escuela	---	---	---	---	6.3 (2.0 – 20.3)	---	---	---
Inquieto	---	---	---	---	---	6.4 (2.2 – 18.7)	---	---
Deprimido	---	---	---	---	---	3.3 (1.2 – 8.9)	---	---
Fugas del hogar	---	---	---	---	---	---	---	20.7 (2.6 – 166.5)
Dependiente	---	---	---	---	---	---	---	4.9 (1.4 – 17.2)

TODOS: p < 0.05

**sin problema médico

⁺⁺en > 5 años

Cuadro 16.- Asociación entre problemas para dormir y síntomas del CBTD en población clínica por sexo y grupo de edad.

Pesadillas frecuentes	4-5 años		6-8 años		9-12 años		13-16 años	
	Población masculina	Población femenina						
	OR(IC 95%)	OR(IC 95%)	OR(IC 95%)	OR(IC 95%)	OR(IC 95%)	OR(IC 95%)	OR(IC 95%)	OR (IC 95%)
Problemas para dormir	---	17.7 (2.2 – 141.8)	12.6 (2.7 – 58.0)	---	10.0 (2.6 – 37.8)	6.0 (1.9 – 19.1)	---	58.0 (6.0 – 558.3)
Explosivo	---	11.5 (1.9 – 68.4)	3.9 (1.2 – 12.5)	4.7 (1.2 – 18.5)	---	---	---	---
Mentiroso	---	---	---	9.4 (2.1 – 41.3)	---	7.0 (2.3 – 21.8)	---	---
Inquieto	---	---	---	6.3 (1.1 – 35.2)	---	---	---	---
Irritable	---	---	---	---	---	---	---	0.019 (0.0012 – 0.3)
Enuresis ⁺⁺	---	---	---	---	12.6 (2.4 – 66.5)	---	---	---
Mirando al vacío, en babia	---	---	---	---	7.3 (1.6 – 32.4)	---	---	---
Deprimido	---	---	---	---	---	---	---	7.9 (1.5 – 42.6)
Roba	---	---	---	---	---	---	---	109.9 (3.3 – 3659.7)
Miedo a ir a la escuela	---	---	---	---	---	---	---	13.3 (1.1 – 162.9)

TODOS: $p < 0.05$

⁺⁺en > 5 años

Cuadro 17.- Asociación entre pesadillas frecuentes y síntomas del CBTD en población clínica por sexo y grupo de edad.

Problemas para dormir		4-5 años		6-8 años		9-12 años		13-16 años	
		Población masculina	Población femenina						
		OR (IC 95%)	OR (IC 95%)						
T. déficit de atención e hiperactividad (mixto)	adhd	---	---	---	---	---	6.8 (1.8 – 25.4)	---	7.8 (1.8 – 33.9)
T. de conducta opositorista	T. de conducta opositorista	---	---	---	8.0 (2.4 – 26.5)	---	---	---	---
	T. de Conducta (severo)	---	---	---	---	---	---	---	9.6 (2.0 – 44.7)
T. de conducta opositorista/Epilepsia	T. de conducta opositorista	---	---	---	6.3 (1.7 – 22.9)	---	---	---	---
	Epilepsia	---	---	---	---	5.1 (1.2 – 22.2)	---	---	---
	Explosividad caracterológica	---	---	---	---	3.2 (1.0 – 10.3)	---	---	---
	T. de Conducta (severo)	---	---	---	---	---	---	---	8.5 (1.7 – 42.6)
T. de alimentación con Bajo peso/sobrepeso	Bajo peso	---	---	---	14.4 (1.2 – 181.9)	---	---	---	---
	Bajo peso (severo)	5.3 (1.2 – 22.9)	---	---	---	---	---	---	---
	Sobrepeso	---	---	---	---	---	---	---	9.5 (1.6 – 56.5)
T. depresivos	T. depresivo (severo 2)	12.8 (2.2 – 74.2)	---	5.9 (1.2 – 28.4)	---	12.4 (3.0 – 51.0)	9.0 (2.7 – 29.9)	---	15.8(3.9 – 63.5)
	T. depresivo (severo 1)	---	20.6 (3.5 – 120.3)	---	9.5 (2.6 – 34.6)	12.1 (3.1 – 47.0)	5.7 (1.8 – 18.2)	---	7.3 (1.7 – 32.2)
Depresión/ansiedad	Ansiedad generalizada	---	---	26.0 (3.2 – 211.8)	---	4.9 (1.3 – 18.7)	14.4 (3.1 – 66.)	---	17.8 (3.2 – 99.3)
	T. depresivo (severo 1)	---	---	---	6.4 (1.4 – 29.8)	--	---	---	---
	Ansiedad con inhibición	---	---	---	---	---	2.6 (1.2 – 5.2)	---	---

Cuadro 18.- Asociación entre problemas para dormir y síndromes en población clínica por sexo y grupo de edad.

Pesadillas frecuentes		4-5 años		6-8 años		9-12 años		13-16 años	
		Población masculina	Población femenina						
		OR (IC 95%)	OR(IC 95%)	OR (IC 95%)	OR(IC 95%)	OR(IC 95%)	OR(IC 95%)	OR (IC 95%)	OR(IC 95%)
T. déficit atención hiperactividad (mixto)	TDAH total	---	---	---	---	4.6 (1.5 – 14.5)	---	---	10 (2.2 – 45.1)
T. de conducta oposicionista/Epilepsia	Epilepsia	---	---	---	---	14.2 (2.6 – 77.7)	---	---	---
	Explosividad orgánica	---	---	---	---	---	6.2 (1.4 – 26.9)	---	---
	T. de Conducta (moderado)	---	---	---	---	---	---	---	7.3 (1.0 – 51.0)
	pbe epilepsia	---	---	---	---	---	---	---	8.85 (1.2 – 66.4)
Bajo peso/Sobrepeso	Sobrepeso	---	---	---	---	---	5.4 (1.1 – 26.6)	---	---
T. específico del lenguaje	T. del lenguaje	8.1 (1.7 – 39.0)	---	---	---	---	---	---	---
T. depresivos	Depresión severa 1	---	7.4 (1.6 – 32.7)	---	---	---	7.3 (1.8 – 29.2)	30.5 (1.4 – 683.2)	6.1 (1.1 – 33.1)
	Depresión severa 2	---	---	---	---	---	9.2 (2.2 – 38.9)	---	---
T. depresivos y de ansiedad	Ansiedad c/ inhibición	---	4.4 (1.6 – 12.5)	---	---	---	---	---	7.4 (2.0 – 26.6)
	Ansiedad generalizada	---	---	22.4 (3.8 – 132.0)	15.4 (2.3 – 100.8)	---	13.8 (2.6 – 72.2)	---	7.5 (1.3 – 44.0)

Cuadro 19.- Asociación entre pesadillas frecuentes y síndromes en población clínica por sexo y grupo de edad.

DISCUSIÓN

El presente trabajo se enfocó en el estudio del fenómeno de las alteraciones del dormir durante la infancia y la adolescencia. La forma de evaluación fue a través del CBTD, el cual fue respondido por el cuidador primario del menor y para el análisis se seleccionaron específicamente dos reactivos que evalúan la presencia de “problemas para dormir” y de “pesadillas frecuentes”. Se estudiaron muestras representativas tanto de población general, como de población clínica de la práctica médica general y se compararon los resultados de forma cualitativa.

Para la discusión de los resultados se consideró importante contemplar en primera instancia el estudio de la frecuencia de presentación del fenómeno, de forma separada población general y población clínica y posteriormente hacer la comparación cualitativa entre poblaciones y subpoblaciones específicas.

Características sociodemográficas

Los resultados indican que las características sociodemográficas fueron similares a grandes rasgos entre la población general y la clínica, si bien el porcentaje de mujeres en la población clínica fue superior al documentado en la población general. Esto podría explicarse porque es más frecuente la asistencia de las mujeres a los servicios de salud.

Frecuencia de presentación

Las alteraciones del sueño tuvieron una mayor frecuencia de presentación en población clínica que en población general y se reportaron con mayor frecuencia en los menores en los que se identificó psicopatología. Concretamente, la frecuencia de “problemas para dormir” en población clínica (15.8%) fue casi 8 veces mayor que en población general (2.0%) y del mismo modo, la de “pesadillas frecuentes” fue más de 4 veces superior en población clínica (13%) que en la general (2.9%). La frecuencia de presentación de alteraciones del sueño en menores atendidos en la práctica pediátrica general fue mayor que la reportada en la comunidad, esta diferencia pudiera explicarse porque es probable que el motivo de solicitar atención médica para el menor sea alguna condición médica

primaria que propicie o exacerbe problemas con el sueño, así como también es posible que presenten problemas de conducta u otros síntomas psicopatológicos que también están asociados a alteraciones en el sueño ⁴⁷. Al respecto, Sincras y cols ⁴⁸ realizaron un estudio retrospectivo para determinar el patrón de uso de servicios y costes en pacientes que demandan atención por problemas mentales en asistencia primaria en situación de práctica clínica habitual y reportaron que los pacientes que demandaron atención por problemas mentales, también presentaron un mayor número de problemas de salud y de utilización de recursos sanitarios, particularmente visitas médicas/paciente/año.

Concordando con los resultados de este estudio, respecto a que se reportó mayor frecuencia de presentación de alteraciones del sueño en la población clínica que en la general, se ha reportado en la literatura que en la población psiquiátrica, la frecuencia de presentación de alteraciones del sueño se eleva de forma considerable y en un estudio de niños que acuden a servicios de psiquiatría en una clínica de Singapur se ha reportado hasta en un 62% (IC95%. 57.8-66.6%) ⁸; si bien habría que llevar a cabo un estudio en menores que acudan a servicios de salud mental en nuestra población para comprobar si la frecuencia es similar a lo reportado en la literatura, aún así, se puede predecir la misma tendencia ya que los resultados de esta tesis orientan en ese sentido: la frecuencia de presentación de alteraciones del sueño fue superior en los menores en los que se identificó psicopatología y pareció incrementarse de acuerdo a la severidad.

Otro factor que es importante considerar al analizar la diferencia en la frecuencia entre poblaciones, es la diferencia de tiempo entre la recolección de la muestra de la población general y la clínica, ya que puede sugerir indirectamente un posible aumento en la frecuencia de presentación de alteraciones del sueño; es decir, cabe la posibilidad que en un estudio actual de la población general el reporte de alteraciones del sueño se haya incrementado. Desafortunadamente, no contamos con estudios nacionales que lo corroboren, el único indicador podría ser que la prevalencia reportada de alteraciones del sueño en este estudio, en la población general, fue mucho menor a lo reportado en la literatura.

Síntomas y síndromes asociados

De las alteraciones del sueño, los “problemas para dormir” se reportaron con una mayor continuidad a lo largo del tiempo (más de un año), sugiriendo que su aparición sea más temprana, lo que podría explicarse porque el componente biológico de los problemas para dormir aparece incluso antes del componente subjetivo de las pesadillas, además de que probablemente sean más fáciles de identificar para los padres, incluso en niños muy pequeños. Con este hecho se puede respaldar la propuesta de contemplar a las alteraciones del sueño como un indicador biológico de posibles dificultades en el desarrollo ⁴⁹ e incluso de riesgo para psicopatología, por las manifestaciones tempranas, la cronicidad con la que se presentan y su asociación con otros posibles indicadores biológicos (cefaleas, problemas del lenguaje, lento aprendizaje, alteraciones de la alimentación y síntomas sugerentes de una posible disrritmia cerebral).

Las asociaciones de distintos síntomas con “pesadillas frecuentes” en la población general presentaron intervalos de confianza muy amplios por la poca frecuencia del síntoma en estudio, lo cual indica únicamente *sugerencias* de asociación y marca la necesidad de realizar más estudios que lo corroboren.

Los síntomas asociados a alteraciones del sueño en las poblaciones general y clínica fueron distintos entre sí, en cambio, con los síndromes asociados no se observó una dicotomía tan marcada entre poblaciones. Los síndromes asociados con mayor frecuencia a alteraciones del sueño fueron los del grupo de desórdenes afectivos y de ansiedad, lo cual concuerda con el conocimiento teórico acerca de que los cambios en el patrón del sueño son un componente central de las manifestaciones de los trastornos del afecto (referido en el marco teórico). De hecho, se ha estudiado la asociación entre alteraciones del sueño, síntomas depresivos y de ansiedad, proponiendo que las alteraciones del sueño a edades tempranas pueden ser un predictor de problemas depresivos en etapas posteriores ⁵⁰, que la persistencia de los problemas del sueño a lo largo del tiempo puede tener una base genética ⁵¹, que la manifestación conjunta de estos síntomas dificulta su identificación y manejo ²³, y por lo tanto, que siempre que se identifique un síndrome depresivo o de ansiedad debe realizarse la búsqueda sistemática de problemas para dormir.

Sin embargo, aunque se sugiere clínicamente asociación entre síntomas depresivos y problemas del sueño, en población pediátrica aún no se documentan de forma consistente cambios en la arquitectura del sueño asociados a la depresión, al contrario de lo reportado en adultos ^{52, 53}.

En la población general se encontró asociación entre “pesadillas frecuentes” y problemas de conducta oposicionista pero no con problemas de atención; esto podría tener distintas explicaciones teóricas y hay que considerar que la información se obtuvo mediante el reporte paterno de la conducta estudiada. Cabe la posibilidad de que la tolerancia de los padres hacia los problemas de atención sea mayor que a los problemas de conducta y por lo tanto se reporten con menor frecuencia. Sin embargo, la evidencia indica que por lo general, hay una estabilidad considerable en el reporte de los padres a lo largo del tiempo ⁵⁴ e incluso a través de distintas sociedades ⁵⁵. Por lo tanto, se tienen que proponer otras posibilidades que lo expliquen, por ejemplo, que la conducta oposicionista reportada en este caso pudiera estar asociada a un probable daño orgánico y por lo tanto también a alteraciones en el sueño ⁵⁶, donde haya descargas focales frecuentes implicadas en los mecanismos subyacentes a los problemas conductuales de la epilepsia ⁵⁷, o bien que la presencia de pesadillas esté relacionada a una reacción de estrés ante situaciones adversas y la respuesta conductual sea mediante un comportamiento oposicionista ⁵⁸ dentro de un ambiente familiar disfuncional ⁵⁹.

En contraste, en la población clínica se reportó asociación con “pesadillas frecuentes” tanto en los problemas de atención como en los de conducta oposicionista.

Comparación por sexo

Hubo diferencias marcadas por sexo en cuanto a las principales asociaciones reportadas entre alteraciones del sueño y los distintos síntomas y síndromes del CBTD. Lo que cabe cuestionarse es hasta qué punto esta diferencia estriba en la perspectiva de sexo mediada por la observación (crianza) o a una mayor vulnerabilidad en las niñas a presentar sintomatología ante la adversidad familiar. Es decir, habría que estudiar si los patrones de crianza difieren por género y por lo tanto también el reporte de síntomas sea desigual, y

por otra parte, está el hecho de una probable mayor vulnerabilidad de las niñas a expresar sintomatología emocional en condiciones familiares negativas ⁶⁰.

En este caso, en el sexo femenino, los síntomas y síndromes que se asociaron a “problemas para dormir” forman parte del espectro de los síntomas interiorizados, a diferencia de los reportados en la población masculina. Esto concuerda con lo que se ha reportado previamente en la literatura respecto a las diferencias de sexo y síntomas interiorizados.

Tanto en la población general como en la clínica, se encontró que el comportamiento difiere por sexo respecto a las asociaciones entre “pesadillas frecuentes” y los distintos síntomas y síndromes psicopatológicos reportados en el CBTD, reportándose un mayor número de asociaciones en mujeres. En este rubro, los síntomas y síndromes asociados a “pesadillas frecuentes” en población femenina a los sugerentes de problemas internalizados, sino que también se encontraron algunos posibles indicadores de problemas externalizados (“mentiroso”, “roba”, “malas compañías” y “problemas de conducta”), lo cual contrastó con lo observado en población masculina. Pensando en posibles explicaciones etiológicas de este hallazgo, podría proponerse que el reporte de “pesadillas frecuentes” en mujeres pudiera estar relacionado a una historia de abuso, condicionando parte de un trastorno de ansiedad, concretamente, de estrés postraumático ⁵⁸. De ser así, podría fundamentarse la presencia tanto de síntomas internalizados como externalizados: los primeros como una forma de relación y los segundos como una respuesta conductual al rechazo implícito en el abuso. Por ejemplo, la asociación encontrada en mujeres de la población general con “malas compañía”, conlleva el cuestionamiento acerca del estilo de crianza, la posibilidad de un ambiente disfuncional o de abandono ⁵⁹, en el cual se conduce a la menor a buscar compañía fuera del hogar, no necesariamente la más apropiada: ¿y con quién relacionarse si se vive rechazado?.

Es menester destacar los resultados obtenidos al hacer el análisis comparativo entre sexo: los resultados son contrastantes entre hombres y mujeres, tanto en población general como en población clínica. En la población general se encontró un mayor número de asociaciones aunque con intervalos de confianza mayores que en la población clínica, en

la cual, los síntomas asociados a alteraciones del dormir fueron mucho más específicos y consistentes.

Con el síntoma “problemas para dormir” las principales asociaciones que se encontraron en población general fueron “lento aprendizaje” en hombres y “dependiente” en mujeres, mientras que en la población clínica, el sexo femenino fue en el que se encontró un mayor número de asociaciones, incluyendo síntomas sugerentes de problemas externalizados (de conducta) y enuresis, además de que en ambos sexos se asoció “nervioso”. Esto podría indicarnos una situación de ansiedad, probablemente más intensa en mujeres por su asociación con enuresis.

En mujeres de la población clínica, el número de síntomas asociados a “problemas para dormir” fue menor que el asociado a “pesadillas frecuentes” y ocurrió un patrón similar en hombres de la población general (no en la clínica). Queda entonces abierto el cuestionamiento acerca de los factores que podrían intervenir en la diferencia reportada y si en algún momento estaría implicado cierto componente afectivo.

Comparación por grupo de edad.

El análisis por grupo de edad de los síntomas asociados a “problemas para dormir” mostró resultados difusos: en cada etapa vital se encontraron distintas asociaciones, los únicos síntomas que se mantuvieron en distintos grupos de edad fueron “pesadillas frecuentes” y “nervioso”.

En la población general, los intervalos de confianza fueron muy amplios en las asociaciones identificadas, lo cual podría explicarse por la poca frecuencia de presentación de alteraciones del sueño en una población heterogénea con un número menor de integrantes por grupo de edad estudiado. En esta misma población, el grupo de edad más afectado fue el de los 4-5 años, en donde los síntomas que reportaron una asociación más sólida con “problemas para dormir” fueron “sobrepeso”, “distraído” y “dependiente”, lo cual podría sugerir indirectamente problemas de apego temprano ⁶¹ pero es importante contar con más información para poder sustentarlo.

En la población general no se reportaron asociaciones en el grupo de edad de 13 a 16 años. Una posible explicación sería una pobre supervisión parental y pasar por alto el síntoma, en vez de haber realmente remisión de la sintomatología en esa edad.

Por su parte, en población clínica, hubo mayor estabilidad y solidez en las asociaciones encontradas con “problemas para dormir” por grupo etáreo. El grupo de edad más afectado fue el de 9-12 años y los síntomas que más se reportaron en los distintos grupos de edad fueron “nervioso”, “pesadillas frecuentes” y “dependiente”, posibles indicadores de síndromes afectivos o de ansiedad, lo cual de hecho se corrobora con el análisis de asociaciones sindromáticas.

Como indicadores tempranos en la población general está el “sobrepeso”, mientras que en la población clínica se observa “nervioso”, “irritable” y “pesadillas frecuentes”. Algo que hay que tener en consideración es el reporte de “fugas de casa” en la población clínica, que se repite en distintos grupos de edad y podría ser un señalamiento de que el ambiente familiar en el que se desarrollen estos menores sea adverso. El hecho de que el reporte de “fugas de casa” se hiciera únicamente en la población clínica y no en la general podría explicarse por el sesgo socioeconómico de la población clínica, dado que los participantes fueron reclutados de un centro de salud público al que por lo general acceden los sectores con un nivel socioeconómico más bajo de la población, mientras que la muestra de la población general en este sentido fue uniforme.

La asociación con el síntoma “nervioso” tuvo dos picos de presentación en la población clínica: en edades preescolares y posteriormente en la infancia tardía (9-12 años). Esto podría indicarnos una situación de reactivación por la etapa vital, que incluye la etapa previa y propia de la pubertad y suceden las primeras manifestaciones de cambios físicos. En el análisis por grupo de edad de los síntomas asociados a “pesadillas frecuentes” el síntoma que estuvo siempre asociado fue “problemas para dormir”, un fenómeno observado a lo largo de este estudio y que se comprende dado que ambos síntomas forman parte de las alteraciones en el sueño. Nuevamente, los intervalos de confianza en la población general son amplios, lo cual sugiere que se requiere un estudio con una muestra suficiente para estudiar bien el fenómeno

Comparación entre sexo y grupo de edad

Al desglosar el análisis por edad y sexo en la población clínica se encontró que en las mujeres hubo asociación entre síntomas sugerentes de problemas de conducta y “pesadillas frecuentes”, lo cual ya se había estado señalando en la discusión de los resultados por sexo y se ha propuesto líneas de investigación sobre las posibles causas de dicha asociación.

Cabe mencionar que no fue posible hacer el análisis por edad y sexo en la población general dado que no había suficientes casos.

El estudio indica que las alteraciones en el sueño son más habituales en la población clínica que en la población general y se reportan con mayor frecuencia en los menores con uno o más síndromes psicopatológicos que aquellos en los que no se identifique psicopatología, y son más frecuentes en los síndromes que sugieren problemas de ansiedad, de ánimo, déficit de atención e hiperactividad y conducta oposicionista desafiante, lo cual coincide con lo planteado en los antecedentes. Sin embargo, a diferencia de lo esperado, no hubo una asociación consistente con síndromes que sugieren problemas de déficit de atención e hiperactividad: las asociaciones encontradas se limitaron a la población clínica, y dentro de ésta, estuvieron presentes de forma predominante en el sexo femenino en los grupos de edad de 9-12 y 13-16 años. Se ha documentado que las alteraciones del sueño suelen ser más frecuentes en niños con TDAH que en niños sanos^{20, 62, 63, 64}, que es usual el reporte subjetivo de los padres acerca de problemas para dormir en estos niños^{65, 66} e incluso también se ha corroborado de forma objetiva⁶⁷ mediante evaluaciones médicas con polisomnogramas o actígrafos, sugiriendo que existe una arquitectura del sueño alterada en menores con TDAH, sin embargo en este trabajo de tesis no se pudo confirmar una asociación consistente entre el TDAH y las alteraciones del sueño. Se considera que esta discrepancia pueda deberse a que en las poblaciones estudiadas en esta tesis haya un subregistro de problemas de atención e hiperactividad por una mayor tolerancia a este tipo de conductas, principalmente en hombres, y sea por eso precisamente que haya sido en mujeres y no en hombres en quienes sí se reportó asociación.

Es de llamar la atención el hecho de que dentro de los síndromes más frecuentemente asociados a alteraciones del sueño, se incluyeran también los síndromes sugerentes de una probable disritmia cerebral, lo cual abarca el reporte de “convulsiones” y “explosividad” y posiblemente el de “cefaleas frecuentes”. Anteriormente, ya se ha estudiado la asociación entre alteraciones del sueño y epilepsia en niños y adolescentes ^{68,69}, considerando que la arquitectura del sueño es anormal en estos niños ^{70,71} y que incluso puede repercutir en su desempeño en pruebas neuropsicológicas ⁷² y estar relacionado a malos hábitos de sueño ⁷³. De igual forma, ya se ha descrito la relación entre alteraciones del sueño y cefaleas frecuentes, considerando que los problemas en el sueño pueden contribuir a hacer crónica la evolución de la cefalea ⁷⁴ y a su vez, la presencia de cefalea tipo migraña en niños, puede predecir alteraciones específicas del sueño ⁷⁵.

Dentro de esta línea, la asociación entre alteraciones del sueño y problemas de conducta fue ligeramente mayor cuando se analizaron los datos de forma conjunta con síndromes sugerentes de disritmia cerebral que cuando se analizaron de forma independiente. Esto podría sugerir que los problemas de conducta reportados en este rubro pudieran tener una alteración orgánica de base que sustentara el comportamiento y explicara su asociación con las alteraciones del sueño, pero es pertinente realizar más estudios al respecto antes de aseverar dicha relación.

En cuanto a hipótesis

Con los resultados se descartó la hipótesis nula y por lo tanto se apoya la hipótesis alternativa al sugerir que en efecto, existe asociación entre las alteraciones del sueño y la presencia de síndromes psicopatológicos reportados en menores mediante el CBTD.

Limitaciones

Se identificaron algunas limitaciones metodológicas:

Los resultados de este estudio deben tomarse como posibles indicadores de psicopatología, que orienten nuestra práctica clínica cotidiana, sienten las bases hacia investigaciones futuras y a medidas de prevención primaria. No se deben tomar como un estudio diagnóstico, ya que no se contó con la posibilidad de una valoración clínica y por lo tanto no es posible señalar si los menores con mayor número de síntomas presentaron alteraciones clínicamente importantes. De igual forma, en aquellos síntomas con más de un año de evolución, tampoco se registró la edad de aparición de la sintomatología.

La muestra de la población general se considera una muestra representativa de la Ciudad de México, sin embargo surge el cuestionamiento de qué tanto son extrapolables los resultados al resto del país. Respecto a la muestra de la población clínica, se limita a un primer nivel de atención.

En cuanto al rango de edad, si se toma en cuenta que se trató de un estudio de tamizaje, no se incluyeron otros grupos de edad, como el periodo neonatal, lactancia ni adolescencia tardía. Por otra parte, es difícil homogenizar resultados si se estudian grupos de edad con características tan diversas por ser de distintas etapas del ciclo vital.

La definición operacional de alteraciones del sueño se redujo a dos reactivos del CBTD, sin incluir otras características del dormir que pudieran orientarnos hacia una posible alteración, por ejemplo, no se incluyó un reactivo que explore somnolencia excesiva, la cual se ha reportado en estudios en comunidad ⁸⁰ y esta podría ser una de las razones por las cuales la frecuencia de presentación de alteraciones del sueño en la población general en este estudio fue menor a lo reportado en la literatura

Se proponen investigaciones importantes futuras. Fortalezas del estudio

Se consideró importante hacer una aproximación de la frecuencia con la cual se presentan alteraciones en el sueño tanto en población general como en población clínica de nuestro país para señalar la conveniencia de realizar estudios epidemiológicos dirigidos al problema y adoptar medidas de detección temprana y atención oportuna de acuerdo a las necesidades.

Con base en los resultados obtenidos en este estudio, se identificaron distintas necesidades que deben ser atendidas tanto en la población general como en la clínica. Por una parte, se señala la necesidad de establecer un programa de prevención primaria que incluya mensajes de educación para la salud dirigidos a la población general, en los que se resalten las necesidades y características del desarrollo normal del individuo, principalmente acerca de los indicadores de las funciones biológicas básicas, como el sueño y la alimentación. Dicha acción estaría encaminada a lograr la identificación oportuna y una búsqueda temprana de atención por parte de los padres y al mismo tiempo, intervenir con medidas conductuales para mejorar la calidad del sueño de los menores, ya que se sabe que suele haber un retraso en la búsqueda de atención, posiblemente por falta de reconocimiento temprano de las manifestaciones de psicopatología en niños y adolescentes por parte de los padres^{36, 76}, y a su vez, se tiene conocimiento de que las estrategias empleadas por los padres para atender las necesidades de sueño del menor, incide en los resultados a largo plazo^{77, 78}. Por otra parte, a nivel de la población clínica, las acciones estarían dirigidas establecer programas de educación continua del personal de salud, que incluyan aspectos del desarrollo y de medicina del sueño, para fomentar la búsqueda sistemática de las características del dormir y el escrutinio de psicopatología cuando se identifiquen alteraciones del sueño, ya que son un posible indicador biológico temprano de riesgo para psicopatología y es frecuente que los prestadores de salud tengan desconocimiento al respecto y se haga un diagnóstico erróneo de los problemas del sueño^{35, 79}. Asimismo, se recalca la importancia de establecer programas de vigilancia epidemiológica continua de la salud mental del niño y el adolescente y se abren nuevas líneas de investigación.

CONCLUSIONES

A manera de conclusión es importante destacar que la frecuencia de presentación de alteraciones del sueño fue distinta al comparar la población general contra la clínica, se reportaron con mayor frecuencia en los menores con uno o más síndromes psicopatológicos que en aquellos en los que no se identificó psicopatología y el reporte de alteraciones en el sueño fue por lo general más frecuente a mayor número de síndromes psicopatológicos identificados en un mismo sujeto.

Se identificaron de forma más temprana “problemas para dormir” que “pesadillas frecuentes”, lo cual puede indicar que el componente biológico de los problemas para dormir sea más marcado que el de las pesadillas, que en estas últimas intervenga también la historia de vida del individuo, matizada por su componente subjetivo, y además, que los “problemas para dormir” sean más fácilmente identificables para los padres a edades más tempranas, al contrario de “pesadillas frecuentes”.

Se reportaron asociaciones con distintos síntomas y síndromes psicopatológicos identificados con el CBTD y hubo marcadas diferencias por sexo. La asociación entre sí de las distintas alteraciones del sueño fue constante.

Se considera que es importante contemplar las alteraciones del sueño como un posible indicador biológico temprano de riesgo para psicopatología, dado que la frecuencia de presentación de alteraciones del sueño fue mayor en población clínica que en la general, fue mayor en los menores en los que se identificó psicopatología que en los que no se identificó, las asociaciones entre alteraciones del sueño y los distintos síntomas y síndromes psicopatológicos del CBTD se reportaron con frecuencia, y además, se identificaron asociaciones incluso en los grupos de edad más pequeños. Naturalmente se requieren más estudios que sustenten estas conclusiones, pero de forma preliminar nos pueden señalar la conveniencia de realizar estudios epidemiológicos dirigidos al problema, adoptar medidas de detección temprana y atención oportuna, así como orientar hacia la búsqueda intencionada de psicopatología cuando se identifiquen alteraciones del sueño en menores en nuestra práctica médica cotidiana.

Se estima que este estudio contribuyó a recalcar la importancia de establecer mensajes de educación para la salud dirigidos a la población general, que incluyan cuáles son las necesidades y características del sueño en niños y adolescentes, como parte de un programa de prevención primaria. Por su parte, en la población clínica, las acciones estarían dirigidas a sensibilizar al personal de salud respecto a la importancia del sueño como parte fundamental del desarrollo de un individuo, a que en la práctica médica cotidiana se realice la búsqueda sistemática de las características del dormir, y a considerar las alteraciones del sueño como un posible indicador biológico temprano de riesgo para psicopatología y por lo tanto, al identificar alteraciones en el sueño, explorar la salud mental del individuo y brindar el tratamiento apropiado. Asimismo, se reiteró que es de suma importancia establecer programas de vigilancia epidemiológica continua para normar acciones de salud y sentar las bases para el desarrollo de investigaciones futuras.

Referencias

1. Montes-Rodríguez CJ, Rueda-Orozco PE, Urteaga-Urías E, Aguilar-Roblero R, Prospero-García O. De la restauración neuronal a la reorganización de los circuitos neuronales: una aproximación a las funciones del sueño. *Rev Neurol* 2006;43 (7): 409-415.
2. Mindell J, Owens J. *A clinical guide to pediatric sleep. Diagnosis and management of sleep problems*. 1st Ed, Lippincot Williams and Wilkins; 2003.
3. Velluti RA, Pedemonte M. Fisiología de la vigilia y el sueño. En: Tresguerres JAF (ed.) *Fisiología Humana*. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 1999.
4. Meltzer LI, Mindell JA. Sleep and Sleep Disorders in Children and Adolescents. *Psych Clinics North America* 2006;29:1059-1076.
5. American sleep disorders association. *The International Classification of Sleep Disorders, Revised: Diagnostic and Coding Manual*, American Sleep Disorders Association. Rochester, Minn; 1997.
6. Owens JA. Epidemiology of sleep disorders during childhood. En: Sheldon SH, Ferber R, Kryger MH (eds). *Principles and practice of pediatric sleep medicine*. Philadelphia: Elsevier Saunders; 2005.
7. Tomas Vila M, Miralles Torres A, Beseler Soto B. Versión española del Pediatric Sleep Questionnaire. Un instrumento útil en la investigación de los trastornos de sueño en la infancia. Análisis de su fiabilidad. *Anales de Pediatría* 2007;66(2):121-8.
8. Mahendran R, Subramaniam M, Cai Y, Chan YH. Survey of sleep problems amongst Singapore children in a psychiatric setting. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2006;41:669-673.
9. Pavoneen EJ, Aronen ET, Moilanen I, Piha J, Taminen T, Almqvist F. Sleep problems of school-aged children: a complementary view. *Acta Paediatr* 2000;89:223-228.
10. Kahn A, Van De Merckt C, Rebuffat E, Mozin MI, Sottiaux M, Blum D. Sleep problems in healthy preadolescents. *Pediatrics* 1989;84: 542-546.
11. Blader JC, Koplewicz HS, Abikoff H, Foley C.. Sleep problems of elementary school children. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1997;151:473-80.
12. Pavoneen EJ, Solantaus T, Almqvist F, Aronen ET. Four-year follow-up study of sleep and psychiatric symptoms in preadolescents: relationship of persistent and temporary sleep problems to psychiatric symptoms. *J Develop Behav Pediatrics* 2003;24(5):307-314.
13. Laberge L, Tremblay R, Vitaro F, Montplaisir J. Development of Parasomnias From Childhood to Early Adolescence, *Pediatrics* 2000;106:67-74.
14. Gregory A, O'connor T. Sleep Problems in Childhood: A Longitudinal Study of Developmental Change and Association With Behavioral Problems. *J Am Acad Child Adolesc Psych* 2002;41(8):964-971.
15. Polimeni M, Richdale A, Francis A. The impact of children's sleep problems on the family and behavioural processes related to their development and maintenance. *E-J. applied Psychology* 2007;3(1):76-85.

16. Lam P, Hiscock H, Wake M. Outcomes of Infant Sleep Problems: A Longitudinal Study of Sleep, Behavior, and Maternal Well-Being. *Pediatrics* 2003;111:203-207.
17. Touchette E, Petit D, Séguin JR, Boivin M, Tremblay RE, Montplaisir JY. Associations between sleep duration patterns and behavioral/cognitive functioning at school entry. *Sleep* 2007;30(9):1213-1219.
18. Carvalho LBC, Prado LF, Silva L, Medeiros De Almeida M, Almeida E Silva T, Lora MI, Prado G. Cognitive Dysfunction in Sleep-Disordered Breathing. *J Child Neurol* 2005; 20:400-404.
19. Gozal D. Sleep-Disordered Breathing and School Performance in Children. *Pediatrics* 1998;102:616-620.
20. Golan N, Shaahr E, Ravid S, Pillar G. Sleep disorders and daytime sleepiness in children with attention-deficit/hyperactive disorder. *Sleep* 2004;27(2):261-266.
21. Shang CH, Gau SSF, Soong WT. Association between childhood sleep problems and perinatal factors, parental mental distress and behavioral problems. *J Sleep Res* 2006;15:63–73.
22. Ivanenko A, Crabtree VM, Gozal D. Sleep in children with psychiatric disorders. *Pediatric Clinics North America* 2004;51(1):51-68.
23. Chorney DB, Detweiler MF, Morris TI, Kuhn BR. The Interplay of Sleep Disturbance, Anxiety, and Depression in Children. *J Pediatr Psycho* 2008;33(4):339-48.
24. Wiggs L. Services et programmes efficaces pour gérer les troubles du sommeil chez l'enfant et chez le nourrisson ainsi que leur impact sur le développement social et émotif des jeunes enfants (0 – 5 ans). En: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV (eds). Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants [sur Internet]. Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; Montréal, Québec, 2004. <http://www.excellence-jeunesenfants.ca> (18/10/07).
25. Hiscock H, Wake M. Infant Sleep Problems and Postnatal Depression: A Community-Based Study. *Pediatrics* 2001;107;1317-1322.
26. Bruni O, Ottaviano S, Guidetti V, Romoli M, Innocenzi M, Cortesi F, Giannotti F. The Sleep Disturbance Scale for Children (SDSC). Construction and validation of an instrument to evaluate sleep disturbance in childhood and adolescence. *J Sleep Res* 1996;5:251-261.
27. Douglass AB, Bornstein R, Nino-Murcia G., Sharon Keenan, Miles L, Zarcone VP, Guilleminault C, Dement WC. The sleep disorders questionnaire. I: Creation and multivariate structure of SDQ. *Sleep* 1994;17(2):160-167.
28. Chervin RD, Hedger KM, Dillon JE, Pituch KJ. Pediatric Sleep Questionnaire (PSQ): validity and reliability of scales for sleep-disordered breathing, snoring, sleepiness and behavioral problems. *Sleep* 2000;1:21-32.
29. Bobes J, González MP, Vallejo J, Saiz J, Gilbert J, Ayuso JL. Oviedo Sleep Questionnaire (OSQ): a new semistructured interview for sleep disorders. *Eur Neuropsychopharmacol* 1998;8:S162.
30. Jaramillo-Villanueva L. Validación del cuestionario de sueño del Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro: una propuesta para evaluar los trastornos del sueño en niños y adolescentes. Tesis para obtener el grado de subespecialidad en Paidopsiquiatría, México, UNAM; 2006.
31. Rutter M, Cox A, Tupling C, Berger M, Yule W. Attainment and adjustment in two geographical areas: 1. Prevalence of psychiatric disorder. *Brit J Psychiatry* 1975;126:493-509.

32. Conners CK. Symptom patterns in hyperkinetic, neurotic and normal children. *Child Development* 1970;41:667-682.
33. Achenbach TM, Edelbrock C. *Manual for the Child Behavior Checklist and Revised Child Behavior Profile*, University of Vermont, Burlington; 1983.
34. Caraveo-Anduaga JJ. Validez del Cuestionario Breve de Tamizaje y Diagnóstico (CBTD) para Niños y Adolescentes en Escenarios Clínicos. *Salud Mental* 2007;30(2):42-49.
35. Owens J. The Practice of Pediatric Sleep Medicine: Results of a Community Survey, *Pediatrics* 2001;108(3):1-16.
36. Caraveo-Anduaga JJ, Colmenares-Bermúdez E, Martínez-Vélez NA. Síntomas, percepción y demanda de atención en salud mental en niños y adolescentes de la Ciudad de México. *Salud Pública de México* 2002;44(6):492-498.
37. Caraveo-Anduaga JJ. Cuestionario breve de tamizaje y diagnóstico de problemas de salud mental en niños y adolescentes: confiabilidad, estandarización y validez de construcción. Primera parte. *Salud Mental* 2006;29(6):65-72.
38. Caraveo AJ, Colmenares BE, Saldivar HG. Morbilidad psiquiátrica en la ciudad de México: Prevalencia y comorbilidad durante la vida. *Salud Mental* 1999;22(Número Especial): 62-67.
39. Medina-Mora ME, Borges G, Lara C, Benjet C, Blanco J y cols.. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultado de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental* 2003;26(4):1-16.
40. Caraveo-Anduaga JJ, Medina-Mora ME, Villatoro J, López-Lugo EK, Martínez-Vélez A. Detección de problemas de salud mental en la infancia. *Salud Pública de México* 1995;37(5):446-451.
41. Arana-Lechuga Y, Nuñez-Ortiz R, Terán-Pérez G, Castillo-Montoya C, Jiménez-Anguiano A, Gonzalez-Robles Ro, Castro-Roman R, Velázquez-Moctezuma J. Sleep-EEG patterns of school children suffering from symptoms of depression compared to healthy controls. *World J Biol Psych* 2008;9(2):115-120.
42. Mercado-Méndez A. Asociación de insomnio y psicopatología en adolescentes que acuden al Centro de Actividades Acuáticas de Alto Nivel (CAAAN) de la Unidad Deportiva Morelos del IMSS, en el período de marzo a abril del 2008. Tesis para obtener el grado de especialidad en psiquiatría, México, UNAM; 2008.
43. Gruen I, Martinez A, Cruz-Ulloa C, Aranday F, Calvo JM. Características de los fenómenos emocionales en las ensoñaciones de los pacientes con epilepsia del lóbulo temporal. *Salud Mental* 1997;20:8-15.
44. Feinstein AR. *Principles of medical statistics*. 1st Ed. Boca Raton: Chapman & Hall/CRC; 2002
45. Caraveo-Anduaga JJ. Epidemiología de la morbilidad psiquiátrica en la ciudad de México. Proyecto No. 2077-H (Reporte Final) CONACYT. México, Instituto Mexicano de Psiquiatría, México;1997.
46. Caraveo-Anduaga JJ. Determinación del riesgo familiar para desarrollar psicopatología en tres generaciones (Reporte Final Tesis Doctorado), México, UNAM; 2005.
47. Chervin RD, Hedger KM, Pahani P, Pituch KJ. Sleep problems seldom addressed a two general pediatric clinics. *Pediatrics* 2001;107:1375-1380.

48. Sicras Mainar A, Rejas Gutiérrez J, Navarro Artieda R, Serrat Tarrés J, Blanca Tamayo M, Díaz Cerezo S. Costes y patrón de uso de servicios en pacientes que demandan atención por problemas mentales en asistencia primaria. *Gac Sanit.* 2007;21(4):306-13.
49. Convertini G, Krupitzky S, Tripodi MR, Carusso L. Trastornos del sueño en niños sanos. *Arch. argent. pediatr* 2003;101(2): 99-105.
50. Johnson EO, Roth T, Breslau N. The association of insomnia with anxiety disorders and depression: Exploration of the direction of risk. *J Psych Research* 2006;40(8): 700-708.
51. Gregory AM, Rijsdijk FV, Lau JV, Dahl RE, Eley TC. The direction of longitudinal associations between sleep problems and depression symptoms: a study of twins aged 8 and 10 years. *Sleep* 2009;32(2):189-99.
52. Ivanenko A, Crabtree VM, Gozal D. Sleep and depression in children and adolescents. *Sleep Medicine Reviews* 2005;9(2): 115-129.
53. Armitage R, Hoffmann RF, Emslie GJ, Weinberg WA, Mayes TL, Rush AJ. Sleep microarchitecture as a predictor of recurrence in children and adolescents with depression. *Int J Neuropsychopharm* 2002;5(3):217-228.
54. Hofstra MB, Van Der Ende J, Verhulst FC. Continuity and change of psychopathology from childhood into adulthood a 14-year follow-up study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000;39(7):850-858.
55. Rescorla LA, Achenbach TM, Ivanova MY, Dumenci L, Almqvist F, Bilenberg N y cols. Behavioral and emotional problems reported by parents of children ages 6 to 16 in 31 societies. *J Emotional Behavioral Dis* 2007;15:130-142.
56. Becker DA, Fennell EB, Carney PR. Daytime behavior and sleep disturbance in childhood epilepsy. *Epilepsy Behav* 2004;5:708-715.
57. Pressler RM, Robinson RO, Wilson GA, Binnie CD. Treatment of interictal epileptiform discharges can improve behavior in children with behavioral problems and epilepsy. *J Pediatrics* 2005;146(1): 112-117.
58. Lyon GJ. Posttraumatic Stress Disorder and Reactive Attachment Disorder: Outcome in an Adolescent. *J child adolesc psychopharm* 2008;18(6):641-646.
59. Rey JM, Walter G, Plapp JM, Denshire E. Family environment in attention deficit hyperactivity, oppositional defiant and conduct disorders. *Australian New Zealand J Psych* 2001;34(3):453-457.
60. Cova F, Maganto C, Melipillan R. Género, Adversidad Familiar y Síntomas Emocionales en Preadolescentes. *Psyke* 2005;14(1):227-232.
61. Scher A. Attachment and sleep: A study of night waking in 12-month-old infants. *Developmental Psychobiology* 2001;38(4):274-285.
62. O'Brien LM, Ivanenko A, Crabtree VM, Holbrook CR, Bruner JL, Klaus CJ, Gozal D. Sleep Disturbances in Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Pediatric research* 2003;54(2): 237-243.
63. Bullock GL, Schall U. Dyssomnia in children diagnosed with attention deficit hyperactivity disorder: a critical review. *Australian and N Zealand J Psych* 2005;39:373-377.
64. Sung V, Hiscock H, Sciberras E, Efron D. Sleep Problems in Children With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Prevalence and the Effect on the Child and Family. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2008;162(4):336-342.

65. Owens JA, Maxim R, Nobile C, Mcguinn M, Msall M. Parental and self-report of sleep in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2000;154:549-555.
66. Tuell A, Hume B, Gozal D, Bruner J, Raffield T, Rutherford J, Mehl R, Wang M, O'Brien L, Holbrook CH, Mervis C, Klaus C. Sleep and Neurobehavioral Characteristics of 5- to 7-Year-Old Children With Parentally Reported Symptoms of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Pediatrics* 2003;111(3):554-563.
67. McLaughlin V, Ivanenko A, Gozal D. Clinical and Parental Assessment of Sleep in Children with ADHD Referred to a Pediatric Sleep Medicine Center. *Pediatrics* 2003;42:807-813.
68. Becker D, Fenell E, Carney PR. Sleep disturbance in children with epilepsy. *Epilepsy Behav* 2003;4(6):651-658.
69. Wirrell E, Blackman M, Barlow K, Mah J, Hamiwka L. Sleep disturbances in children with epilepsy compared with their nearest-aged siblings. *Develop Medicine Child Neurology* 2005;47(11):754-759.
70. Bazil C. Epilepsy and sleep disturbance. *Epilepsy Behav* 2003; 4(suppl 2):39-45.
71. Maganti R, Sheth RD, Hermann BP, Weber S, Gidal BE, Fine J. Sleep Architecture in Children with Idiopathic Generalized Epilepsy. *Epilepsia* 2005;46(1):104-109.
72. Byars AW, Byars KC, Johnson CS, Degrauw TJ, Fastenau PS, Perkins S, Austin JK. The relationship between sleep problems and neuropsychological functioning in children with first recognized seizures. *Epilepsy Behav* 2008;13(4):607-613.
73. Batista BHB, Nunes ML. Evaluation of sleep habits in children with epilepsy. *Epilepsy Behav* 2007;11(1):60-64.
74. Rains JC. The Chronification of Headache. Chronic Headache and Potentially Modifiable Risk Factors: Screening and Behavioral Management of Sleep Disorders. *Headache* 2008;48:32-39.
75. Miller VA, Palermo TM, Powers SW, Scher MS, Hershey AD. Migraine Headaches and Sleep Disturbances in Children. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*. 2003;43(4):362-368.
76. Blunden S, Lushington K, Lorenzen B, Ooi T, Fung F, Kennedy D. Are sleep problems under-recognised in general practice? *Arch Dis Child* 2004;89:708-712.
77. Kuhn BR, Weideinger D. Interventions for Infant and Toddler Sleep Disturbance: A Review. *Child Family Behavior Therapy* 2000;22(2):33-50.
78. Morell J, Cortina-Borja M. The Developmental Change in Strategies Parents Employ to Settle Young Children to Sleep, and their Relationship to Infant Sleeping Problems, as Assessed by a New Questionnaire: the Parental Interactive Bedtime Behaviour Scale. *Inf. Child Dev* 2002;11:17-41.
79. Stores G. Misdiagnosing sleep disorders as primary psychiatric conditions, *Advances in Psychiatric Treatment* 2003;9:69-77.
80. Spruyt K, O'Brien LM, Cluydts R, Verleye GB, Ferri R. Odds, prevalence and predictors of sleep problems in school-age normal children, *J. Sleep Res* 2005;14:163-176.

Anexos

II.... Otros anexos

No se consideró necesario anexar ningún documento

Contacto con el autor: arletyunes@gmail.com