



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

*IMPACTO DE LAS ALTERACIONES DE SUEÑO EN EL
RENDIMIENTO ESCOLAR EN NIÑOS DE PRIMARIA*

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

JOSSELINE SILVA GARCIA

DIRECTORA DE LA TESINA:

LIC. DAMARIS GARCÍA CARRANZA



Ciudad Universitaria, D.F.

Febrero, 2010



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.

INDICE

	Pág.
Introducción	1
 CAPITULO I. INTRODUCCIÓN AL SUEÑO FISIOLÓGICO Y SUS ALTERACIONES EN EL NIÑO	
1.1 Concepto de sueño	3
1.2 Etapas del sueño	5
1.3 ¿Qué son los trastornos de sueño?	9
1.4 Desarrollo del sueño en la infancia	16
1.5 Factores principales que influyen en el sueño del niño	19
1.5.1 Miedos y fobias infantiles	20
1.6 Tipos de trastornos de sueño en niños	21
1.6.1 Disomnias	22
1.6.1.1 Insomnio	22
Hipersomnia	23
Apnea del sueño infantil	24
Narcolepsia	25
1.6.2 Parasomnias	27
1.6.2.1 Sonambulismo	28
Terror nocturnos	29
Pesadillas	30
Bruxismo	32
1.7 Valoración del niño con trastorno de sueño	33
1.8 Tratamiento del niño con trastorno de sueño	34

	Pág.
1.8.1 Métodos conductuales y cognitivos conductuales	35
CAPITULO II. RENDIMIENTO ESCOLAR	38
2.1 Definición de rendimiento académico	39
2.2 El aprendizaje	40
2.2.1 Definición de aprendizaje significativo	41
2.3 Concepto de Dificultad de Aprendizaje	42
2.4 Factores relacionados a las dificultades de aprendizaje	46
2.5 Factores Cognitivos que influyen en un aprendizaje óptimo	49
2.5.1 Memoria	50
2.5.2 Atención	52
2.5.3 Percepción	53
CAPITULO III. TALLER-CONFERENCIA “IMPACTO DE LAS ALTERACIONES DE SUEÑO EN EL RENDIMIENTO ESCOLAR DE NIÑOS DE PRIMARIA”	56
• CONCLUSIÓN	62
• BIBLIOGRAFÍA	66
• ANEXOS	

INTRODUCCIÓN

Puede resultar difícil identificar si una persona padece de alguna alteración de sueño y más si hablamos el de identificarla en niños. Casi todos los padres y algunos de los profesionales de la salud no están familiarizados con las necesidades de sueño que tienen los niños. Por ejemplo la conducta de un niño somnoliento puede ser fácil de ignorar o incluso de atribuir a un trastorno de conducta.

En el capítulo siguiente se hablará de las características del sueño en general y como se desarrolla el sueño en la infancia. Así como también se revisan en general, las alteraciones de sueño encontradas más a menudo en niños, su identificación, valoración y tratamiento.

A menudo, los adultos con alteraciones del sueño muestran una amplia gama de pérdidas neurocognoscitivas, y con frecuencia tales déficits se revierten con un adecuado tratamiento. Los niños de todas las edades también experimentan dificultad para conciliar el sueño, mantenerlo, problemas durante el sueño, etc. Los trastornos del sueño provocan importante alteración del funcionamiento diurno y repercuten de manera negativa en la vida familiar y en su ámbito escolar.

Las consecuencias de las alteraciones del sueño en la función neurocognoscitiva en niños no se ha valorado del todo. Hay estudios donde se sugiere que los niños con problemas del sueño tienen reducción de memoria, atención, percepción e inteligencia, así como también conducta problemática.

En el segundo capítulo se muestra como una mala higiene en el hábito del sueño puede alterar las funciones cognitivas de un niño y esto afectar en su rendimiento académico y en otros aspectos de su vida.

Las alteraciones de sueño mejoran con educación y apoyo por parte de las personas que están en contacto y a cargo de los niños. Por ejemplo el mostrarle a un padre la relación entre la conducta paterna y la respuesta del niño y el uso de las técnicas propuestas por un profesionalista, suelen ser medidas exitosas. Los trastornos de conducta para fijar límites pueden requerir la ayuda adicional de un pediatra o un terapeuta para mejorar las habilidades paternas.

La educación sobre la importancia del sueño en la salud y el desarrollo de buenos hábitos de sueño es fundamental para lograr prevenir estos problemas.

CAPITULO I. EL SUEÑO

La psicología por lo general abarca aspectos y situaciones en el estado de vigilia en el ser humano, sin embargo, es necesario conocer el mundo en el que el ser humano se sumerge invirtiendo 8 horas cada 24 horas, donde existe un sin número de distintas funciones y alteraciones, tanto en el cerebro del mismo como en su cuerpo. Cada estado de este ritmo circadiano es independiente y alteraciones en cualquiera de estos dos estados trae consecuencias en el otro, es decir, si una persona padece de insomnio, este le traerá dificultades en sus capacidades para realizar sus actividades durante el día, y a la vez un acontecimiento emocional severo en el estado de la vigilia traerá consecuencias a la hora de dormir tales como pesadillas o el mismo insomnio.

En este capítulo se mostrarán distintas definiciones de uno de los conceptos más importantes para comprender el objetivo de esta investigación. Se abarcará las características de los ritmos biológicos y de los patrones de sueño en seres humanos, los factores que influyen sobre el sueño y los eventos fisiológicos. Se definirán los distintos trastornos del sueño que comúnmente sufrimos los seres humanos en general, así como también sus causas y consecuencias.

1.1 Concepto de Sueño

A lo largo de las distintas investigaciones acerca del estudio del sueño fisiológico, se han dado diversas definiciones donde en cada una de ellas se concluye que el sueño es un tipo de fenómeno necesario que ocurre en el ser humano y éste ocupa gran parte de nuestras vidas, es sorprendente las características que se suscitan mientras estamos durmiendo. Cuando alcanzamos los 60 años de edad, la mayoría de nosotros hemos pasado 20 años durmiendo.

El sueño (Buela-Casal y Sánchez, 1990) es un estado funcional, reversible y cíclico, con algunas manifestaciones comportamentales características, como una inmovilidad relativa y/o un aumento del umbral de respuesta a estímulos externos. A nivel orgánico se producen variaciones en parámetros biológicos, acompañados por una modificación de la actividad mental que caracteriza el soñar.

También otra característica principal de éste fenómeno que coincide con la anterior, es la absoluta ausencia de conducta (Rosenzweig, 1992) ya que es un período de inactividad con umbrales aumentados a la activación de estímulos externos.

Otra definición que maneja el Gran Diccionario Enciclopédico (1986), también se relaciona con las dos anteriores es la de que el sueño fisiológicamente es la suspensión periódica de las relaciones sensorias y motrices con el mundo exterior, acompañado de relajación de los músculos y disminución de varias funciones orgánicas y nerviosas de la temperatura del cuerpo.

Como se ha mencionado, estas definiciones citadas anteriormente muestran al concepto de sueño como el estar inactivo, el reposo de nuestro cuerpo, relajación del mismo; sin embargo esto es relativo, el proceso del sueño va mucho más allá de esa característica. Es un proceso complejo, en sí el sueño es una transición de varias etapas desde el estado de vigilia hasta el sueño donde comienza una serie de actividades psíquicas y cognoscitivas.

Es conocido que el cuerpo necesita reparar los deterioros del organismo. Durante el sueño acontecen una serie de cambios fisiológicos, como variaciones en el funcionamiento cerebral, variaciones también en el tono muscular, cambios en la presión arterial, la frecuencia cardiaca y respiratoria, así como también en la temperatura corporal, se regeneran distintas células, se secreta la hormona del crecimiento, tanto en niños como en adultos, existen estudios donde se muestra que la actividad que se da en nuestro cerebro en el proceso del sueño, está relacionada con la creatividad y memoria del ser humano.

1.2 Etapas del Sueño

Existen variaciones en una persona cuando va entrando poco a poco en un estado somnoliento, por ejemplo, una persona que lleva 90 minutos de haberse quedado dormida se le observarán movimientos oculares rápidos, indicio de que ese sujeto está soñando, o al inicio del sueño, la persona va a presentar contracciones musculares, signo de que esa persona acaba de dormirse.

Algunos de estos cambios fisiológicos fueron tomados en cuenta por A. Rechtschaffen y A. Kales (citado en Tellez, 1998), para clasificar el sueño en diferentes etapas. Esta clasificación se realiza a partir del registro de los siguientes parámetros electrofisiológicos:

- Electroencefalograma (EEG): medida de la actividad eléctrica cerebral
- Electrooculograma (EOG): medida de los movimientos oculares
- Electromiograma Submentoniano: medida del tono muscular
- Respiración: medida del flujo de aire inspirado y cantidad de movimiento muscular
- Oximetría: cantidad de oxígeno en sangre

Rechtschaffen y A. Kales publicaron un manual de clasificación del sueño en diferentes etapas, clasificación que hoy en día sigue aún vigente (A Manual of Standardized Terminology, Techniques and Scoring System for Sleep Stages of Human Subjects). Según esta clasificación, el sueño se subdivide en 2 grandes etapas: la etapa NOMOR (ausencia de movimientos oculares rápidos) que a la vez se divide según la profundidad del sueño (de menor a mayor) en fase I, fase II, fase III y fase IV y la etapa MOR (etapa caracterizada por movimientos oculares rápidos -en inglés, REM: rapid eye movement).

El patrón de actividad eléctrica en una persona totalmente despierta aparece como una mezcla desincronizada de muchas frecuencias, dominadas por ondas de frecuencia relativamente rápidas (superiores a 15-20 hertzios) y baja amplitud. Con la relajación o al cerrar los ojos, aparece un ritmo distinto, que consiste en una oscilación regular a una frecuencia de 9-12 Hz, conocida como ritmo alfa, (Rosenzweig, 1992).

Fase I

En este período disminuye la amplitud del ritmo alfa, y en algún momento desaparece siendo reemplazado por eventos de amplitud mucho más pequeña de frecuencias irregulares. Los latidos del corazón disminuyen y se reduce la tensión muscular. La mayoría de los sujetos despertados durante este estadio, no se habrían dado cuenta de haberse quedado dormidos, aunque hayan dejado de responder a estímulos del exterior. En la fase I de sueño la actividad cerebral combina el patrón alfa con la theta de baja amplitud.

Fase II

Se define por eventos del EEG denominados husos que se producen en salvas periódicas. Son salvas de ondas regulares de 14-18 Hz que progresivamente incrementan su amplitud y luego la disminuyen. Se producen alrededor de cinco husos por minuto. Además el EEG muestra complejos K (deflexiones negativas-positivas de gran amplitud que preceden algunos husos). En esta etapa el sujeto se encuentra aislado del mundo exterior y bajo los párpados cerrados los ojos empiezan a moverse de forma lenta e incoordinada. Esta fase es poco reparadora, no es lo suficiente como para descansar por completo.

Fase III

Se define por la aparición de husos mezclados con ondas lentas (alrededor de una por segundo) de amplitud bastante grande. Durante este período los músculos siguen estando relajados, y la frecuencia cardíaca y respiratoria disminuyen. En esta fase se intensifica el bloqueo sensorial, por lo que nos encontramos en un sueño más profundo que en la fase II, si se despierta en esta fase, el sujeto se siente desorientado y confuso. Cuando el sujeto llega al término de esta fase, se podría decir que ya obtuvo un descanso y un sueño reparador.

Fase IV

Se define por una continua sucesión de ondas lentas de elevada amplitud, hay un predominio de actividad delta, es el estado de sueño más profundo. Algún déficit causado en las etapas III y IV producen somnolencias diurnas. Otra característica de esta fase es que aunque no es típico, suelen aparecer los

sueños pero no en forma narrativa si no en forma de imágenes, luces, figuras, etc. En esta etapa se dan las alteraciones del sueño conocidas como sonambulismo y terrores nocturnos, de las cuales hablaremos más adelante.

Sueño Mor

El sujeto después del estadio IV, regresa al estadio II y de ahí pasa a esta fase. En esta última fase el cerebro genera ondas eléctricas que se parecen a las que generamos cuando estamos despiertos y poniendo máxima atención a algo. También movemos los ojos como si viéramos y persiguiéramos algo con la mirada y nuestro corazón late como si estuviéramos corriendo o asustados, aumenta el tono muscular y la frecuencia cardiaca. Esta fase ocupa el 25% del sueño en total. Si a la persona se le despierta en esta fase, recordará con detalle lo que había estado soñando, sin embargo si al sujeto se le despierta en las 4 primeras fases, dirán no haber estado soñando (Próspero, 2002).

Las personas suelen atravesar de 4 a 6 ciclos de sueño cada noche. Cada ciclo suele durar entre 70 y 110 minutos, con un promedio de 90 minutos. Este ciclo ha sido considerado por varios investigadores como la manifestación de un ciclo básico de descanso-actividad, es decir, que es necesario completar diariamente este ciclo para que nuestro organismo realice su efecto reparador.

Cabe mencionar que cada ciclo de sueño humano es distinto. Tiene una serie de variaciones tales como, el nivel de maduración, es decir, la edad, factores externos e internos como el estrés, la ingesta de fármacos, distintas enfermedades que pueden llegar alterar el sueño, entre otros factores.

A continuación se presenta un cuadro donde se muestran las características que tiene cada etapa de sueño, en distintos aspectos del sujeto, tales como en sus actividades autónomas, sistema muscular esquelético, el estado cognitivo, entre otras.

Propiedades del sueño NO-MOR y del sueño MOR

	NO-MOR	MOR
Actividades autónomas		
<ul style="list-style-type: none"> • Tasa cardíaca • Respiración • Termoregulación • Temperatura encefálica • Flujo sanguíneo cerebral 	<ul style="list-style-type: none"> • Leve disminución • Leve disminución • Mantenido • Disminuido • Reducido 	<ul style="list-style-type: none"> • Variable con salvas rápidas • Variable con salvas rápidas • Alterada • Aumentada • Elevado
Sistema muscular esquelético		
<ul style="list-style-type: none"> • Tono muscular • Reflejo rotuliano • Sacudidas fásicas • Movimientos oculares 	<ul style="list-style-type: none"> • Progresivamente reducido • Normal • Reducidas • Infrecuentes y lentos 	<ul style="list-style-type: none"> • Eliminado • Suprimido • Incrementadas • Rápidos y conjugados
Estado cognitivo	Pensamientos vagos	Sueños vividos, bien organizados
Secreción hormonal		
Secreción de hormona de crecimiento	Elevada	Baja
Tasas de descarga neural		
Corteza cerebral	Reducidas en muchas células, fásica en la mayoría	Tasas de descarga incrementada, actividad tónica
Potenciales evocados		
Potenciales sensoriales	Amplios	Reducidos
Efectos de fármacos		
Antidepresivos	Aumentados	Disminuidos

1.3 ¿Qué son los trastornos del sueño?

En algún momento de la vida se ha tenido dificultad para poder dormir plenamente (insomnio). Normalmente se debe a que se está preocupado por alguna situación estresante o algún problema que da vueltas en la cabeza como deudas, problemas en el trabajo, problemas en la relación de parejas o amigos, etc. Algunas personas por el otro lado, se duermen con rapidez, pero se llegan a despertar con facilidad en el transcurso de la noche, siendo imposible el volver a dormir.

Los trastornos del sueño son las dificultades relacionadas con el hecho de dormir, incluyendo dificultad para conciliar el sueño o permanecer dormido, quedarse dormido en momentos inapropiados, tiempo de sueño total excesivo o conductas anormales relacionadas con el sueño.

El DSM-IV realiza una clasificación de los trastornos del sueño con el fin de proporcionar sus descripciones para que los clínicos e investigadores puedan diagnosticar, estudiar e intercambiar información y tratar estos tipos de alteraciones:

Trastornos del sueño:

Trastornos primarios del sueño:

Disomnias:

- F51.0 Insomnio primario
- F51.1 Hipersomnia primaria
- G47.4 Narcolepsia
- G47.3 Trastorno del sueño relacionado con la respiración
- F51.3 Trastorno del ritmo circadiano

Parasomnias:

- F51.5 Pesadillas
- F51.4 Terrores nocturnos
- F51.3 Sonambulismo

Criterios para el diagnóstico de F51.0 Insomnio primario (307.42)

- El síntoma predominante es la dificultad para iniciar o mantener el sueño, o no tener un sueño reparador, durante al menos 1 mes.
- La alteración del sueño (o la fatiga diurna asociada) provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- La alteración no es debida a los efectos fisiológicos directos de sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o de una enfermedad médica.

Criterios para el diagnóstico de F51.1 Hipersomnia primaria (307.44)

- El motivo principal de consulta es la presencia de somnolencia excesiva como mínimo durante 1 mes (o menos si se trata de la forma recurrente), tal y como ponen de evidencia episodios prolongados de sueño nocturno o episodios de sueño diurno que tienen lugar casi cada día.
- La somnolencia excesiva provoca un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral, o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- La somnolencia excesiva no puede explicarse mejor por la presencia de un insomnio y no aparece exclusivamente en el transcurso de otro trastorno mental (p. ej., narcolepsia, trastorno del sueño relacionado con la respiración, trastorno del ritmo circadiano o parasomnia) y no puede atribuirse a una cantidad inadecuada de sueño.
- Especificar si:
 - Recidivante: si hay períodos de somnolencia excesiva que duran como mínimo 3 días y tienen lugar varias veces al año durante al menos 2 años.

Criterios para el diagnóstico de G47.4 Narcolepsia (347)

- Ataques de sueño reparador irresistibles que aparecen diariamente durante un mínimo de 3 meses.
- Presencia de uno o ambos de los siguientes síntomas:

1. Cataplejía (es decir, episodios breves y súbitos de pérdida bilateral del tono muscular, la mayoría de las veces en asociación con emociones intensas)
2. Intrusiones recurrentes de elementos del sueño REM en las fases de transición entre el sueño y la vigilia, tal y como indican las alucinaciones hipnagógicas o hipnopómpicas o las parálisis del sueño al principio o al final de los episodios de sueño

Criterios para el diagnóstico de G47.3 Trastorno del sueño relacionado con la respiración (780.59)

- Desestructuración del sueño que provoca somnolencia excesiva o insomnio y que se considera secundaria a una patología respiratoria relacionada con el sueño (p. ej., síndromes de apnea obstructiva del sueño o de apnea central del sueño o de hipoventilación alveolar central).

Criterios para el diagnóstico de F51.2 Trastorno del ritmo circadiano (307.45)

- Presencia persistente o recurrente de un patrón de sueño desestructurado que obedece a una mala sincronización entre el sistema circadiano endógeno de sueño-vigilia del individuo, por una parte, y las exigencias exógenas de espaciamiento y duración del sueño, por otra.
- Las alteraciones del sueño provocan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Criterios para el diagnóstico de F51.5 Pesadillas (307.47)

- Despertares repetidos durante el período de sueño mayor o en las siestas diurnas, provocados por sueños extremadamente terroríficos y prolongados que dejan recuerdos vívidos, y cuyo contenido suele centrarse en amenazas para la propia supervivencia, seguridad o autoestima. Los despertares suelen ocurrir durante la segunda mitad del período de sueño.

- Al despertarse del sueño terrorífico, la persona recupera rápidamente el estado orientado y despierto (a diferencia de la confusión y desorientación que caracterizan los terrores nocturnos y algunas formas de epilepsia).

Criterios para el diagnóstico de F51.4 Terrores nocturnos (307.46)

- Episodios recurrentes de despertares bruscos, que se producen generalmente durante el primer tercio del episodio de sueño mayor y que se inician con un grito de angustia.
- Existe amnesia del episodio: el individuo no puede describir recuerdo alguno detallado de lo acontecido durante la noche.
- Estos episodios provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral, o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Criterios para el diagnóstico de F51.3 Sonambulismo (307.46)

- Episodios repetidos que implican el acto de levantarse de la cama y andar por las habitaciones en pleno sueño, que tienen un lugar generalmente durante el primer tercio del período de sueño mayor.
- Al despertar (tanto en pleno episodio como a la mañana siguiente), el sujeto no recuerda nada de lo sucedido.
- Los episodios de sonambulismo provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Trastornos del sueño relacionados con otro trastorno mental

- F51.0 Insomnio relacionado con...
- F51.1 Hipersomnia relacionada con...

Criterios para el diagnóstico de F51.0 Insomnio relacionado con... (indicar el trastorno del Eje I o el Eje II) (307.42)

- El principal motivo de consulta es la dificultad para conciliar o mantener el sueño, o la sensación de sueño no reparador al despertarse, durante al menos 1 mes, asociadas a fatiga diurna o afectación de las actividades diarias.
- El insomnio se considera relacionado con otro trastorno (p. ej., trastorno depresivo mayor, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno adaptativo con síntomas de ansiedad), pero reviste la suficiente gravedad como para merecer una atención clínica independiente.

Criterios para el diagnóstico de F51.1 Hipersomnia relacionada con... (indicar el trastorno del Eje I o el Eje II) (307.44)

- El motivo principal de consulta es la presencia de somnolencia excesiva durante al menos 1 mes, tal como ponen de relieve episodios de sueño nocturno más prolongados de lo normal o aparición casi diaria de episodios de sueño diurno.
- La hipersomnia se considera relacionada con otro trastorno (p. ej., trastorno depresivo mayor, trastorno distímico), pero es de suficiente gravedad como para merecer una atención clínica independiente.

Otros trastornos del sueño

- G47 Trastorno del sueño debido a...una enfermedad médica
- Trastorno del sueño inducido por sustancias.

Criterios para el diagnóstico de G47.x Trastorno del sueño debido a... (indicar enfermedad médica) (780.xx)

- Alteración prominente del sueño de suficiente gravedad como para requerir una atención clínica independiente.
- A partir de la historia clínica, la exploración física o las pruebas de laboratorio hay pruebas de que las alteraciones del sueño son la consecuencia fisiológica directa de una enfermedad médica.
- Estas alteraciones no aparecen exclusivamente en el transcurso de un delirium.

Especificar tipo:

Tipo insomnio (.52): si el insomnio es la alteración del sueño predominante.

Tipo hipersomnia (.54): si la hipersomnia es la alteración del sueño predominante.

Tipo parasomnia (.59): si la alteración del sueño predominante es una parasomnia.

Tipo mixto (.59): si hay más de una alteración del sueño, pero ninguna predomina.

Criterios para el diagnóstico de F1x.8 Trastorno del sueño inducido por consumo de sustancias

- A partir de la historia clínica, la exploración física, o los hallazgos de laboratorio, hay pruebas de que 1 ó 2:
 1. Los síntomas del Criterio A aparecen durante la intoxicación o la abstinencia, o dentro del mes siguiente,
 2. El fármaco está relacionado etiológicamente con la alteración del sueño
- La alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno del sueño no inducido por sustancias. Entre las pruebas que demuestran que los síntomas se explicarían mejor por la presencia de un trastorno del sueño no inducido por sustancias se incluyen las siguientes: la aparición de los síntomas precede al consumo de la sustancia (o fármaco); los síntomas persisten por un período considerable de tiempo (p. ej., alrededor de 1 mes) tras el período agudo de abstinencia o intoxicación grave, o exceden claramente de los que cabría esperar teniendo en cuenta el tipo o la cantidad de sustancia consumida o la duración de este consumo; o existen otras pruebas que sugieren la existencia de un trastorno del sueño no inducido por sustancias independiente (p. ej., una historia de episodios de carácter recurrente no relacionados con sustancias).
- Código para el trastorno del sueño inducido por (sustancia específica):

F10.8 Alcohol [291.8] F15.8 Anfetamina [292.89] F15.8 Cafeína [292.89] F14.8 Cocaína [292.89] F11.8 Opiáceos [292.89] F13.8 Sedantes, hipnóticos o ansiolíticos [292.89] F19.8 Otras sustancias (o desconocidas) [292.89].

Especificar tipo:

Tipo insomnio: si el insomnio es la alteración del sueño predominante.

Tipo hipersomnia: si la hipersomnia es la alteración del sueño predominante.

Tipo parasomnia: si una parasomnia es la alteración del sueño predominante.

Tipo mixto: si hay más de una alteración del sueño y ninguna predomina.

Especificar si:

De inicio durante la intoxicación: si se cumplen los criterios para intoxicación por la sustancia y los síntomas aparecen durante el síndrome de intoxicación.

De inicio durante la abstinencia: si se cumplen los criterios para abstinencia de la sustancia y los síntomas aparecen durante o poco tiempo después del síndrome de abstinencia.

1.4 Desarrollo del sueño en la infancia

Es importante que el sueño se desarrolle de una manera óptima, porque es en los primeros quince años de vida donde es crucial que se produzcan todos los cambios en el proceso del sueño junto con sus funciones fisiológicas respectivas, porque de lo contrario, puede repercutir y surgir distintas patologías en los años que le siguen al sujeto.

En el ser humanos en las dos primeras semanas de vida el 50% del sueño es MOR y el porcentaje va aumentando en las 30 semanas de gestación (Rosenzweig, 1992).

Los niños pueden pasar directamente de estar despiertos al sueño MOR a los cuatro meses de edad el sueño MOR se instaura a través de un período de sueño de ondas lentas. En los niños esta fase es más activo que en cualquier otra etapa de la vida del ser humano, hay más sacudidas musculares, sonrisas, muecas y vocalizaciones.

Una característica que distingue el sueño infantil del sueño adulto es el número de cambios de estadio y su duración media. Se caracteriza por frecuentes cambios de estadio de duración media menor que la que se ve en los adultos. Estas características son atribuibles a la relativa inmadurez cerebral.

En contraste con los rápidos cambios que se producen durante el primer año de la vida, los cambios que se dan en los siguientes años de vida del niño son más notables y son poco a poco.

El sueño (Pin, 2000), empieza a consolidarse en un largo periodo nocturno de aproximadamente 10 horas: Durante los 2-3 primeros años el sueño diurno continúa con siestas diurnas cortas y entre los 3-5 años de edad se consolida en un único periodo nocturno.

A los 2-3 años de edad los niños todavía tienen unos ciclos de sueño de aproximadamente 60 minutos, con el primer periodo de sueño MOR hacia la hora de inicio del sueño (a diferencia de los adultos). Es a partir de los 4-5 años de edad cuando los ciclos se van alargando progresivamente hasta los 90 minutos típicos del adulto.

La distribución del sueño MOR / NO MOR también varía: El sueño MOR desciende progresivamente desde el 30% del tiempo total de sueño al nivel normal de adulto de 20-25%, como ya se mencionó anteriormente.

En los primeros 6 meses de vida la ritmicidad MOR / NOMOR es más predecible en los periodos de sueño que siguen a la alimentación que en los periodos de sueño que siguen a vigiliadas en las que el niño no ha sido alimentado; esto sugiere que la alimentación sirve como un dispositivo que regula los ciclos del sueño. Estos cambios están también estrechamente relacionados con el incremento de los periodos de vigilia diurna.

La disminución del periodo MOR es continua hasta los 3- 4-6 años en los que desaparece la siesta diurna.

Típicamente los niños a esta edad suelen tener 7 ciclos de sueño durante cada periodo de sueño nocturno. La transición entre los diferentes ciclos a esta

edad es regular y tranquila, mientras que los adultos se mueven bruscamente al paso de un ciclo a otro.

En la edad que interesa en esta investigación, los patrones del sueño ya muestran una cierta estabilidad y se parecen al de los adultos. El tiempo total de sueño suele ser 2 horas y media más largo que el adulto.

A la edad de 6 a 10 años la presencia de manera constante de siestas diurnas debe alertar sobre la existencia de algún proceso patológico. La duración media de la latencia del sueño suele ser de alrededor de 15 minutos lo que demuestra un estado importante de alerta y vigilancia. Si un niño a esta edad, tiene una buena higiene al dormir, podrá cumplir con funciones propias a sus habilidades, tales como, focalizar su atención en la competencia y la productividad como individuos y como miembros de una familia, en una comunidad y sobretodo en la escuela, que es donde el niño pasa el mayor tiempo de su día.

Resumiendo, a lo largo de la infancia van disminuyendo las horas dedicadas al sueño y, de forma progresiva, se va unificando en único episodio nocturno. Es importante que a temprana edad el niño duerma adecuadamente y establecer horarios de sueño desde un inicio para prevenir desajustes en esta función que repercuten en distintas áreas del desarrollo del mismo niño que mencionaremos más adelante.

1.5 Factores principales que influyen en el sueño del niño escolar

Es común pensar que los niños difícilmente tienen problemas para poder dormir, ¿cómo podemos definir un problema de sueño en los infantes?

De acuerdo con Nelson, S. (2005), en su tratado de pediatría, menciona que los niños suelen interpretar inconscientemente el sueño como un período durante el cual se les aparta del amor y la atención de los padres. Si existe un conflicto dentro de la familia o ha habido una separación o divorcio, esta ansiedad aumentará indudablemente.

Hay pocos datos respecto a los tipos normales de sueño en niños, puede haber distintas situaciones por las que niño tenga problemas al dormir, por tanto el tema de qué constituye un problema de sueño relacionado con la conducta es subjetiva, por ejemplo, algunos padres tienen poca tolerancia al encontrar a sus hijos en la cama de los padres durante la noche; otros no consideran esto un problema, y algunos más lo consideran una situación deseable.

Desde muy pequeños, es de gran importancia la educación de los hábitos de dormir, como acostumarlos a dormir solos sin la necesidad de compañía, para que pueda ir aprendiendo a dormir con tranquilidad y seguro, ya que le permitirá ser cada vez más autónomo ante sus necesidades y en consecuencia menos dependiente de los adultos. La actitud en ese momento va a ser determinante, cuando se le sobreprotege al niño, le es muy difícil adaptarse a su autonomía.

1.5.1 Los miedos infantiles y las fobias

El miedo es un sentimiento innato en todos los seres vivos. El niño a lo largo de su desarrollo, ha de ir elaborando y superando poco a poco sus temores.

A partir de los dos años, aparece el miedo en los sueños, originando pesadillas y terrores nocturnos. En cuanto a éstos últimos se trata de episodios repetidos en los que el sujeto emite un grito de pánico y se despierta bruscamente. La ansiedad es muy intensa, y suele acompañarse de taquicardia, respiración súbita, sudoración y dilatación pupilar. En ocasiones hay desorientación, confusión y movimientos estereotipados y no suele ser fácil persuadir la tranquilidad. Aparecen en el primer tercio de la noche y se acompañan de una actividad emocional mucho más intensa que en las pesadillas, (Biblioteca práctica para padres y educadores, 2000).

Hacia los 4 ó 5 años muchas pesadillas terroríficas suelen estar relacionadas con animales y personajes fantásticos, como las brujas, fantasmas, los ogros, lobo feroz, etc. Entre los 6 y 7 años cuando el niño comienza a tener un mayor grado de comprensión del mundo real de los adultos, estos entes de ficción son reemplazados por las sombras, los ladrones y personas malignas que dañan o matan.

Los temores a la hora de dormir en esta etapa de la infancia, se basan mucho más en la realidad que aquellos que afectan a niños preescolares. Los chicos en edad escolar se obsesionan con circunstancias raras en las cuales podrían verse dañados sus seres queridos. Como ya se mencionó, suelen tener terrores nocturnos; son una señal de angustia y merecen investigación y tratamiento.

Es posible que los niños de edad escolar puedan estar bajo el tratamiento de medicamentos clásicos como el metilfenidato (ritalín) para el problema de hiperactividad con déficit de atención, o preparaciones de teofilina para el asma. Esas medicaciones suelen interferir con el sueño del niño.

De acuerdo a Splaingard, M. (2004), los problemas del sueño en la infancia media están estrechamente relacionados con los avances que tienen lugar en el desarrollo. Los problemas del sueño pueden llegar a interferir con factores importantes, tales como la autoestima y el desempeño escolar debido a que la alteración de las distintas etapas de su actividad onírica, alteran las principales funciones cognitivas que son necesarias para un aprendizaje significativo.

1.6 Tipos de trastornos de sueño en niños

En este apartado se mencionarán los problemas de sueño más frecuentes en los niños y sus principales características, cabe mencionar que tanto el diagnóstico y tratamiento de este tipo de dificultades son similares a los de los de la población adulta.

Algunos especialistas consideran que unas perturbaciones ligeras y ocasionales del sueño son absolutamente normales y distintivas de nuestra cultura, por lo tanto no deben de ser motivo de preocupación de los padres, puesto que desaparecerán espontáneamente, tal vez, con una pequeña ayuda externa, como un baño caliente o un vaso de leche antes de dormir.

Los hábitos de sueño en la relación padres-niños son difíciles de cuantificar, por lo general, los padres cuyos hijos tienen problemas de sueño padecen o han padecido ellos mismos este tipo de dificultades. Aguirre, Cañellas, Espinar, Forteza, García de León, Navelet y Peralta (1992) encontraron que una actitud

donde no hay una supervisión sobre la actividad onírica en el hijo o una demasiado permisiva por parte de ellos antes de los dos años, facilita la aparición de un trastorno de sueño crónico.

Como ya se ha mencionado los trastornos de sueño se clasifican en disomnias, parasomnias, trastornos de sueño secundarios a trastornos médicos o psiquiátricos y trastorno de sueños propuestos. Durante este periodo de latencia (de 5 a 11 años de edad), los trastornos de sueño más frecuentes quedan incluidos principalmente en el grupo de las parasomnias (terrores nocturnos, sonambulismo etc.), que describiremos más adelante.

1.6.1 Disomnias:

Insomnio

El insomnio primario, definido por los criterios del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV), indica que el insomnio en niños tiene rasgos únicamente caracterizados por la relación mental y factores de maduración, estilo e interacciones paternas y temperamento del niño.

Del mismo modo, Aguirre *et al.* (1992), también menciona que el insomnio de un niño está ligado generalmente a distintos factores tales como, el contexto psicoafectivo, normas educativas y especialmente la conducta de los padres y sus diversos problemas. También intervienen otros factores como los temores y preocupaciones propias de la edad por la que están cursando.

El insomnio, ocupa un lugar destacado, puesto que es causa de bastantes problemas para los padres. Hasta el 15% de los escolares presentan resistencia para acostarse (Splaingard, 2004). Si estos problemas se resuelven mal, o peor aún, no se resuelven, pueden dar lugar a conflictos familiares o conyugales que no harán otra cosa que agravar una delicada situación emocional en la que el niño se ve inmerso (Biblioteca para padres y educadores, Pedagogía y psicología infantil, 2000).

Se observa frecuentemente el insomnio infantil a causa de la incapacidad de los padres por poner límites y determinar horarios en donde el niño tiene que conciliar y terminar el sueño, de modo que permanece despierto o se rehusa a

acostarse hasta muy tarde (Velázquez, 1997). En esta etapa por la que cursa el escolar, donde son por naturaleza niños particularmente activos, son éstos niños los que son más propensos a éstos problemas, ya que no desean dormir, si no permanecer despiertos y jugar,

Es muy común que los padres no crean necesario el imponer las reglas en lo que se trata de el sueño en sus hijos, debido a que se encuentra común a que los niños a temprana edad se desvelen viendo la tele, jugando videojuegos o usando la computadora, así que los padres toman el papel de ser permisivos en estos aspectos. Otro factor, pueden ser los problemas familiares o maritales por los que atreviesen los padres, producen descuido en los hábitos del sueño en el infante, promoviendo el problema de sueño.

En estos casos los especialistas recomiendan una preparación para el acto de dormir, en la que un baño caliente y relajador tendrá siempre un efecto positivo. El mismo remedio puede aplicarse a los que sufren insomnio por causa de problemas emocionales, generalmente angustia de separación debido a enfermedades, viajes, intervenciones quirúrgicas, etc. (Biblioteca para padres, 2000).

En todos los demás casos, es decir, aquellos en que las perturbaciones del sueño adquieran el carácter de insomnio persistente y prolongado, eventualmente acompañado de terrores nocturnos, debe establecerse en un trastorno emocional más serio y en ese caso tratarse con un especialista.

Hipersomnia

La hipersomnia es un conjunto de de trastornos caracterizados por el aumento en la duración y/o de la profundidad del sueño con excesiva somnolencia diurna y ataques de sueño durante el día (Aguirre, et al, 1992).

La mayoría de las hipersomnias se presenta en el adolescente, sin embargo en el niño se presentan dos entidades importantes uno de ellos denominado el síndrome de muerte súbita, (Hidalgo, 2008) que se presenta en dos a tres niños por cada mil nacidos y tiene que ver con antecedentes de prematurez, haber sido manejado en una unidad de cuidados intensivos, o con antecedentes de problemas

neurológicos, respiratorios o cardíacos. La otra entidad se denomina síndrome de apnea durante el sueño, el cual se describirá a continuación.

Apnea de sueño infantil

La apnea del sueño es la interrupción de la actividad respiratoria asociada con el dormir. Tiene lugar principalmente durante el sueño MOR. Se considera apnea, al cese completo de la respiración durante al menos 10 segundos, donde no existe intercambio de aire a través de las vías respiratorias (Buela-Casal y Sánchez, 1990), sin embargo, algunos autores manejan este periodo hasta 15 segundos en el niño.

Este síndrome se puede clasificar en obstructiva, central y mixta. En la apnea obstructiva, se produce el cese del flujo aéreo a través de la vía aérea, pero persisten los movimientos toracoabdominales. Un niño con apnea obstructiva a menudo presenta ronquido intenso y respiración bucal crónica, inhibiendo el reflejo tusígeno y favoreciendo eventos de broncoaspiración. En la apnea central se produce el cese simultáneo de flujo aéreo y de los movimiento torácicos y la apnea mixta comienza como la central y acaba como la obstructiva (Velázquez, 1997).

La apnea obstructiva durante el sueño, es un problema médico común en los adultos, que se ha identificado con creciente frecuencia en los niños. Varios estudios indican tasas de prevalencia de alrededor de 2% en niños de entre 2 y 8 años de edad, cuando las amígdalas y adenoides son más grandes, en relación con el tamaño de las vías respiratorias superiores (Splaingard, 2004).

Es común que se observen periodos en los que cesa el ronquido asociados con un aumento del esfuerzo respiratorio, posición anormal e importantes episodios de falta de oxígeno que terminan con un movimiento corporal y un breve despertar corrigiendo la respiración y la saturación de oxígeno (Velazquez, 1997).

Este Síndrome (Hidalgo, 2008) origina episodios de hipoxemia , que clínicamente se identifican con la presencia de ronquido, respiración bucal, despertares y enuresis, así como dificultades escolares, déficit atención, y somnolencia diurna. Si no se identifica ni trata, la apnea del sueño puede producir secuelas neuroconductuales, del crecimiento y cardiovasculares infantiles.

En el cuadro siguiente se muestran las principales razones por las cuales, los niños menores y mayores de 5 años que padecen apnea del sueño acuden a consulta.

MOTIVO DE CONSULTA DE LO NIÑOS CON SÍNDROME DE APNEA DEL SUEÑO SEGÚN LA EDAD

<i>Menores de 5 años</i>	<i>Mayores de 5 años</i>
Dificultad respiratoria durante el sueño	Excesiva somnolencia
Ronquido	Trastornos de conducta o del aprendizaje
Pausas respiratorias	Cefaleas matutinas frecuentes
Sueño inquieto	Enuresis nocturna
Pesadillas o terrores nocturnos	

Narcolepsia:

La narcolepsia de acuerdo con los autores Buela-Casal y Sánchez (1990) es un trastorno de sueño caracterizado por una tendencia anormal de sueño. Este trastorno está formado por tétrada sintomática constituida por:

- Somnolencia diurna excesiva. Es el síntoma que más impacto tiene en el paciente. Consiste en períodos de sueño cortos durante el día que se presentan de forma súbita. Estos ataques son observados en situaciones de rutina (p.ej. ver la televisión, leer escuchar música, ir en autobús, etc.) aunque también pueden ocurrir en situaciones en que las personas está realizando alguna actividad como caminar, hablar, conducir, etc. La duración de estos episodios oscila entre los 10-15 minutos.
- Cataplexia. Son episodios caracterizados por una disminución o pérdida del tono muscular repentina que suele aparecer ante emociones intensas como la risa, la cólera, el llanto, etc. La pérdida del tono muscular puede ser total o parcial. La duración de estos episodios es corta (máximo 2 minutos) y el sujeto no pierde la conciencia. La musculatura más frecuentemente afectada es la de la cara, mandíbula, cuello y ocasionalmente la del tronco y extremidades.

- Parálisis de sueño. Se define como episodios transitorios en los que la persona pierde la capacidad para mover las extremidades o hablar, generalmente durante la transición del sueño a la vigilia. Durante este tiempo, el paciente no puede moverse o abrir los ojos, siendo preso de una gran ansiedad. La duración de estos episodios puede ir desde pocos segundos a varios minutos, terminando con un movimiento vigoroso de los ojos o al ser tocado.
- Alucinaciones hipnagógicas. Las alucinaciones hipnagógicas se caracterizan por percepciones vividas y aterradoras que se producen cuando el paciente está dormido. Pueden ser visuales, auditivas o táctiles, aunque las más frecuentes son las visuales.

La narcolepsia suele aparecer en la segunda o tercera década de vida, pero en un 10% de los casos los síntomas aparecen antes de los 16 años. El 5% de los casos se inicia antes de los 10 años, el 18% después de los 30 años. Frecuentemente se inicia durante crisis madurativas como lo son por ejemplo, la adolescencia o el embarazo.

En niños, la manifestación más común de narcolepsia es la somnolencia diurna excesiva. Las otras partes de esta tétrada, se presentan con menor frecuencia, donde hay cataplexia en 80% de los casos, alucinaciones hipnagógicas en 60%, y la parálisis de sueño en 40%, (Splaingard, 2004).

De acuerdo a Aguirre y colaboradores (1992), cuando la narcolepsia se presenta en niños, las características son distintas a las del adulto, los ataques de sueño suelen ser de más larga duración, incluso horas y no es restaurador. Además suelen presentar embriaguez de sueño y una sintomatología psiquiátrica florida que a veces domina el cuadro. El niño suele aparecer irritable, se muestra deprimido y a veces con trastornos graves del comportamiento. En ellos la narcolepsia puede tener repercusiones psicológicas adversas debido a interrupción persistente del sueño nocturno, dificultad con la excesiva somnolencia diurna y problemas en la escuela. A menudo estos síntomas son percibidos de manera errónea por los padres, compañeros, maestros y otros adultos, lo que provoca vergüenza y dificultad con el autoestima del niño.

El tratamiento de la narcolepsia incluye la educación sobre la naturaleza y cronicidad de la enfermedad. Deben revisarse la asesoría vocacional y preocupaciones al conducir, sobre todo en adolescentes. (Splaingard, 2004).

Los fármacos utilizados para el control de la narcolepsia son los mismos que para la hipersomnia . Se considerará de primera elección en el niño la pemolina y en caso de no disponer de ella, se utilizará el metilfenidato o en su defecto las anfetaminas. El metilfenidato por su larga experiencia con su uso en niños, es lo más utilizado y con mejores resultados. En circunstancias específicas, se justifica enviar al paciente, para que reciba terapia psicológica.

1.6.2 Parasomnias:

Las parasomnias consisten en la aparición, durante el sueño conductas clásicas de la vigilia como caminar, hablar etc.

Su característica principal es que interrumpen el sueño y no suelen dejar recuerdo, están asociadas a las fases del desarrollo del niño, y mientras se presente en la infancia o en la adolescencia pueden ser trastornos benignos y autolimitados; llega a convertirse en patología cuando se presentan en la vida adulta ya que sus consecuencias que desencadena suelen ya considerarse de importancia.

El estudio de Lara H. en 1994 (citado en Velázquez, 1997) en población mexicana describió los principales problemas psiquiátricos que afectan a los niños durante la edad escolar. Mediante una serie de cuestionarios a 1719 niños, se determinó que el 17.4% presentó algún problema psiquiátrico, de los cuales, el 63.2% presentaban parasomnias, es decir, de la muestra original el 10.9% presentaba algún tipo de parasomnias.

Las dos entidades que describiremos a continuación se originan durante el sueño NO-MOR y son las que se suscitan con más frecuencia en la infancia.

El sonambulismo y los terrores nocturnos son dos alteraciones de sueño que más afecta a la población infantil como ya se mencionó, estos trastornos se

caracterizan por una combinación entre el estado neurofisiológico del dormir y el estado de conciencia de la vigilia.

Sonambulismo

Alrededor del 15% de los niños experimenta por lo menos un ataque de sonambulismo; hasta el 6% lo padece de manera crónica (Splaingard, 2004). Otros datos acerca de su prevalencia señalan que este trastorno se presenta en el 33% de su población a los 5 años de edad, el 12% a los 10 años y el 2% a los 12 años y siendo más frecuente entre los 4 y 8 años (Klackenberg, 1987).

Es un trastorno que ocurre generalmente en el primer tercio de la noche durante las fases III y IV de sueño NOMOR (Buela-Casal y Sánchez, 1990).

El sonambulismo es más frecuente en niños que en los adultos, estos episodios suelen comenzar al final de la infancia o al inicio de la adolescencia. Se tiene la creencia errónea de que es peligroso despertar a la persona mientras está en este estado, sin embargo, hay que tener la conciencia de que el niño está realmente dormido y un despertar brusco puede llegar a espantarlo y confundirlo.

Generalmente son comportamientos complejos con una duración menor a 20 minutos. El niño intenta salir de la casa o deambular dentro de la habitación, orinar en lugares inapropiados o simplemente estar sentado. Habitualmente lleva los ojos abiertos con una mirada ausente. La característica esencial al igual que los terrores nocturnos es la amnesia del episodio.

Los sujetos están conscientes del medio que los rodea, solo que permanecen indiferentes a él. En ninguno de los episodios observados en las investigaciones han intentado realizar un diálogo o hacer contacto con terceros, sin embargo los somniloquios son muy comunes. Se desconoce las causas primarias del sonambulismo, pero cabe mencionar que podría tener una base hereditaria, ya que existe una mayor incidencia en niños cuyos padres fueron sonámbulos (Velázquez, 1997). Por otra parte, Navarro y Espert, 1994 (citado en Buela-Casal y Sánchez, 1990) señalan determinados estudios que indican que existen ciertos factores como el alcohol, la privación del sueño y algunos fármacos que pueden facilitar la aparición de episodios de sonambulismo.

Terrores nocturnos

Los terrores nocturnos son bastante menos frecuentes, pero entre los 3 y 6 años pueden adquirir particular intensidad. Se ha informado que alrededor del 3% de prepúberes padecen de este trastorno y solo el 1% en los adultos, siendo el género masculino el que está más afectado (Splaingard, 2004).

Los episodios inician súbitamente presentando ansiedad y temor intenso, el niño se sienta, grita y cabecea, pareciendo que estuviera presente una amenaza, se observa un incremento de la actividad autonómica (taquicardia, diaforesis y midrasis), no responde a los estímulos externos y puede tener recuerdos difusos de una escena de miedo pero no recuerda imágenes. Los intentos de los padres para calmarle pueden resultar vanos, ya que como se mencionó, el niño no responde a los estímulos del medio ambiente.

Aunque se le consuele o se le tranquilice puede continuar en el mismo estado de 5 a 30 min. Cuando finalmente reacciona, presenta amnesia total del episodio y vuelve a dormirse como si nada hubiera pasado. En algunos casos los terrores nocturnos aparecen después de traumatismos cerebrales y casi siempre acompañan al síndrome cerebral agudo (Oswald, 1990).

Algunos estudios han demostrado que este trastorno tiene una base hereditaria, ya que se ha observado que la mayoría de los pacientes con terrores nocturnos tienen familiares que también han sufrido de sonambulismo o de terrores nocturnos. Además, el estrés y la fatiga son dos factores que parecen incrementar la aparición de esta alteración en aquellos niños hereditariamente predispuestos (Buela-Casal y Sánchez 1990).

Es conveniente distinguir las pesadillas de los terrores nocturnos. Las pesadillas son bastantes normales. El niño en el curso de la pesadilla, se angustia, se mueve, gime y a menudo se despierta, siente angustia pero no está dominado por ella y los padres pueden tranquilizarle con mayor facilidad. En la pesadilla, el niño se muestra capaz, pese a lo vivido o angustiante de las imágenes del sueño, a sobreponerse.

Una vez superada esta etapa en la que los padres deben guardarse de tomar actitudes intransigentes, amenazantes o excesivamente castigadoras, el

sueño del niño volverá a ser tranquilo y normal ya que generalmente este tipo de trastorno desaparece en la adolescencia, si no es el caso, entonces convendrá realizarse exploraciones especiales y medidas terapéuticas.

Parasomnias asociadas al sueño MOR:

Pesadillas

La mayoría de los estudios indican que las pesadillas se producen a cualquier edad, sin embargo, se sabe que en la infancia son más frecuentes y comunes debido a la abrumadora cantidad de miedos que los niños suelen tener a esta edad. Se ha informado que hasta el 80% de niños entre 4 y 12 años refieren por lo menos tener pesadillas ocasionales, (Splaingard, 2004).

Aguirre y colaboradores (1992) definen a las pesadillas como experiencias oníricas de contenido terrorífico que despiertan al sujeto de forma sobresaltada y ansioso. Estas ocurren generalmente en el sueño MOR más largo e intenso. Entre los posibles factores causales, se ha observado que situaciones de estrés, así como episodios traumáticos aumentan la frecuencia y la severidad de las pesadillas.

Aunque las pesadillas, como ya se mencionó son relativamente comunes, si el niño presenta pesadillas frecuentes, intensas, ansiedad relevante o disfunción conductual diurna o del desempeño, es muy probable que estén interfiriendo problemas de tipo psicológico o médicos como ansiedad o trauma que deben ser tratados por un especialista de la salud mental para una intervención adecuada.

El tratamiento se basa en informar a los padres y tranquilizarlos. Es indispensable una higiene de sueño apropiada, identificar y reducir al mínimo las causas relacionadas con la ansiedad o el estrés por las que está pasando el niño (Splaingard, 2004).

En la tabla siguiente se expone la comparación entre los terrores nocturnos y las pesadillas, como ya se mencionó anteriormente, es importante tener en cuenta las distintas características que tiene cada padecimiento.

TERRORES NOCTURNOS	PESADILLAS
Se presentan durante el primer tercio o la primera mitad de la noche.	Se presentan durante la segunda mitad o el último tercio del periodo de sueño.
Se presentan durante el sueño NOMOR.	Se presentan durante el sueño MOR
El niño tiene una rápida y breve vuelta al sueño.	El niño muestra un retorno prolongado al sueño
El niño se resiste a intervenciones paternas.	Es tranquilizado fácilmente por los padres.
El niño recuerda poco o nada del cuadro.	Tienen un claro recuerdo del sueño y su contenido detallado
Experimenta actividades sistemáticas autónomas intensas.	Experimenta leve actividad del sistema nervioso autónomo.
Muestra confusión al despertar.	Se muestra alerta al despertar.

Bruxismo

El bruxismo se caracteriza por el rechinar de dientes durante cualquier fase del sueño con una fuerza mucho mayor que la que se puede hacer en la vigilia imitándolo, lo que puede llevar a la erosión e incluso a la movilidad de los dientes. Puede provocar la hipertrofia de los músculos masticadores y en raros casos afectar a la articulación temporomandibular, con dolor facial. Los investigadores han calculado que 5% a 20% de niños han presentado síntomas de bruxismo; éste se ha notificado en más de 50% de los niños con edad promedio de inicio de 10.5 años (Splaingard, 2004).

Los síntomas diurnos son comunes e incluyen dolor mandibular, dolor craneofacial, dolor dental, cefaleas matutinas, desgaste crónico de las coronas de los dientes, daño del tejido periodontal y sangrado de encías.

Existe poca evidencia que señalen los factores específicos que provocan este trastorno, sin embargo, se encuentra relacionado con problemas de maloclusión bucal, factores sistémicos, fisiológicos, psicológicos, genéticos y de

desarrollo. Debido al daño provocado en la lengua por los movimientos bruscos de la mandíbula, se debe realizar un registro polisomnográfico con el objetivo de descartar epilepsia nocturna (Velázquez, 1997).

Existen distintos tipos de trastornos de sueño que padecen los niños en la etapa escolar, cada uno de ellos con sus respectivas características ya mencionadas. La detección a tiempo de cada uno de ellos es imprescindible para que el desarrollo del niño no se vea afectado y pueda existir un tratamiento adecuado. Cabe mencionar que se tienen que tomar en cuenta los rasgos y características propias de cada sujeto, porque cada ciclo de sueño es distinto y existen varios factores que van a determinar su atención correspondiente.

1.7 Valoración del niño con trastorno de sueño

Las preguntas relacionadas sobre la manera en que un niño duerme y el impacto que las alteraciones del sueño tienen en la familia deben ser parte integral de la valoración inicial y las visitas de control del niño sano, y de la atención en la etapa aguda. La valoración comienza con la descripción paterna del trastorno de sueño percibido en el niño, incluidos momento de presentación, tipo de alteración, duración e interacción padre-hijo. Esto incluye la respuesta de los padres a la crisis y la del niño en la intervención paterna. La identificación de la cronicidad del problema y de los momentos en que el niño duerme sin problemas proporciona información sobre la gravedad del trastorno y el posible buen éxito de los esquemas de intervención (Splaingard, 2004).

La valoración incluye identificar el horario de sueño-vigilia durante 24 horas. Esto puede comenzar al averiguar si hay un ritual previo a la hora de acostarse e identificar las actividades del niño y la de los padres durante ese momento. Otra información pertinente incluye hora de acostarse del niño y otros miembros de la familia, aparición de una transición suave o bien peleas para la hora de acostarse, inicio del sueño (inmediato o tardío), sitio donde inicia el sueño (p. ej; en brazos de los padres, en la cama del niño o de sus padres o un sillón) y el entorno del sueño (como es la cama y la habitación propia, si se comparte la habitación o la de los padres). Deben averiguarse el momento y la frecuencia de los despertares luego de irse a dormir e identificarse como factores de sueño (p. ej; ronquidos,

movimiento de piernas, pesadillas) factores ambientales, (p.ej; regreso al hogar de un padre que trabaja, ladrido de un perro) y respuesta paterna (p. ej; meterse a la cama con el niño o llevarlo a la propia cama, encender la televisión).

La información referente a la conducta de sueño del niño debe ser complementada con información sobre somnolencia diurna, siestas durante el día y otras conductas, como dificultad de atención y concentración, fracaso escolar que pudiera relacionarse con la alteración de sueño durante la noche o somnolencia diurna en el niño. A este respecto, la información sobre problemas conductuales y cognoscitivo de otras fuentes, como maestros, puede ser útil. El informe de alteraciones de sueño del niño debe usarse también para valorar las conductas de sueño no observadas por los padres.

El establecimiento de un esquema de intervención que proporciona un método realista y factible y atiende las preocupaciones y necesidades del niño y su familia depende de entender las experiencias y objetivos de los cuidadores. Puede obtenerse información útil sobre la regularidad de horarios de sueño y vigilia, gravedad de la alteración del sueño del niño y somnolencia diurna, por medio de diarios de sueño, que es un registro que se lleva a cabo durante una o dos semanas. La videograbación de las conductas nocturnas del niño por el padre también puede proporcionar útil información referente a las características de la alteración de sueño. En casos seleccionados, la polisomnografía durante la noche en el laboratorio (estudios de sueño) o la prueba de latencia múltiple de sueño diurna están indicadas para valorar los trastornos del sueño y la excesiva somnolencia diurna.

1.8 Tratamiento del niño con trastorno de sueño

De acuerdo con Splaingard y sus colaboradores (2004), el tratamiento eficaz debe considerar la causa de la alteración del sueño. El clínico debe averiguar si el problema de sueño constituye un trastorno de sueño de base conductual o médica o es un síntoma de otro problema médico primario. En general, se usan dos métodos para el tratamiento de insomnio en niños: métodos cognoscitivo y conductual y farmacoterapia. Los métodos conductuales aplican los principios de la teoría del aprendizaje (estímulo y respuesta) para la realización de cambios en las conductas observables. En los métodos cognoscitivos-conductuales se utilizan

métodos que incluyen manipulación de pensamientos, actitudes y creencias para cambiar las conductas observables y las que no lo son como cognición y emociones. Los métodos cognoscitivos-conductuales requieren comunicación verbal y por lo general se utilizan en niños de mayor edad con capacidad cognoscitiva más refinada.

Los métodos conductuales/cognoscitivos-conductuales pueden usarse solos o combinados con farmacoterapia. Aunque cada vez se acepta mejor el tratamiento farmacológico de los trastornos de sueño en la infancia, faltan datos de estudios con testigos que sustenten el uso de un agente farmacológico u otro. Además de estos métodos, es necesario instituir un programa amplio de higiene de sueño y prestar apropiada atención a los tipos de sueño y vigilia en un periodo de 24 horas.

1.8.1 Métodos conductuales y cognoscitivos-conductuales

Los trastornos de sueño, como el de asociación con el inicio del sueño, el de fijación de límites para el sueño y el de ajuste de sueño, son trastornos en que los métodos cognoscitivos-conductuales y conductuales son apropiados.

Los métodos conductuales no sólo afectan al niño sino también a los padres. Los padres juegan un importante papel en el establecimiento y mantenimiento de las dificultades de sueño. Niños y padres aprender a modificar su conducta para que conduzca mejor al sueño.

Los investigadores también han observado que los niños pueden verse afectados por más de un trastorno conductual de sueño y pueden sufrir trastornos de sueño conductuales y biológicos, como apnea obstructiva durante el sueño. Así, es necesario atender ambos aspectos del trastorno del sueño.

Se han descrito numerosas estrategias conductuales para alteraciones del sueño durante la infancia. De esas estrategias, la extinción (períodos breves durante los cuales los padres ignoran al niño excepto para fines de seguridad es la mejor estudiada. La extinción estándar cumple los criterios de una técnica bien establecida, y las mejorías de sueño atribuirles a la extinción pueden mantenerse en períodos prolongados. Sin embargo, la extinción puede ser una técnica difícil de instaurar, debido a la baja aceptación paterna de los requerimientos de ignorar al niño, y a su incapacidad para aguantar los brotes de extinción. Estas crisis se

caracterizan por un incremento en frecuencia e intensidad de la conducta indeseable que se presenta con intentos iniciales de ignorarla. Cuando los padres atienden al niño durante un brote de extinción, la eficacia de ésta merma. Una técnica mejor aceptada en la extinción gradual.

Esta técnica permite a los padres revisar al niño según su propio horario, con una disminución gradual de la frecuencia. Por ejemplo, un retraso inicial de tres a cinco minutos es seguido por la entrada de los padres a la habitación para verificar rápidamente la situación del niño de manera práctica sin retroalimentación negativa o positiva para el niño. Se programan retrasos más prolongados de tres a cinco minutos adicionales (hasta un máximo de 15 a 20 minutos) hasta que el niño concilia el sueño. Esta secuencia se repite para despertares subsecuentes.

Se ha observado que cualquiera de esos tratamientos, extinción estándar o gradual, es exitoso a comparación con falta de intervención en la aprobación de hora de acostarse y trastornos del sueño durante la noche. La extinción gradual se relaciona con menos estrés para la madre y mejor apego con el régimen de conducta.

Otra técnica que puede ser eficaz es el despertar programado. Esta técnica altera la etapa de sueño porque se despierta al niño 15 a 30 minutos antes que lo haga espontáneamente y le permite reajustarse de la manera habitual. También son eficaces las rutinas positivas para la hora de acostarse, como fijar la hora de acostarse durante el tratamiento más tarde cada vez, cuando es más probable un rápido inicio del sueño, y adelantar con buen éxito la hora de acostarse en la noche (desvanecimiento) hasta lograr la deseada .

Estas estrategias pueden ser de especial utilidad en la atención de alteraciones del sueño, como trastorno de asociación relacionado con el inicio de sueño y resistencia para acostarse, concordantes con expectativas inapropiadas para la edad de inicio de sueño por parte de los padres.

El uso de otras estrategias cognoscitivas puede ser más útil en niños de mayor edad. Las técnicas de control de estímulo restringen las actividades en la cama a dormir y reducir al mínimo la cantidad de tiempo despierto en cama para fortalecer la relación entre sueño y condiciones de estímulo bajo las que suele

presentarse. La restricción de sueño consiste en reducir la cantidad de tiempo pasado en cama a la cantidad real o estimada de tiempo de sueño y luego incrementar gradualmente hasta lograr una duración óptima de sueño. Ambos métodos son eficaces para tratar insomnio psicofisiológico del adulto y pueden ser útiles en el tratamiento de otros cuadros de insomnio experimentados por niños.

Otras intervenciones cognoscitivas incluirán estrategias, como autoaseveraciones positivas, por ejemplo autocontrol y estrategias de enfrentamiento, desensibilización sistemática, reforzamiento positivo y técnicas de relajación. Estas estrategias conductuales individuales rara vez se usan solas y se aplican más a menudo en combinación adaptada a las necesidades del niño y su familia.

Un factor determinante fundamental de cualquier intervención conductual es el cumplimiento por parte de los padres. Las razones citadas para explicar la dificultad paterna de enfrentar la intervención conductual propuesta incluyen cansancio y privación de sueño de los padres, depresión u otras enfermedades mentales de los padres, falta de aceptación paterna del plan terapéutico, y falta de comprensión paterna de los aspectos del plan terapéutico.

También se ha observado que las características del entorno hogareño afectan el buen éxito de las intervenciones conductuales. Problemas como alojamiento cercano o compartir habitación, prioridades de competencia como atender a otros niños o deberes laborales, y recursos monetarios pueden afectar el buen éxito de éstas estrategias conductuales. Los niños con conductas nocturnas que se lastimen físicamente tal vez no sean buenos candidatos para las técnicas como la extinción, en que se requiere que los padres ignoren al niño.

CAPITULO II. RENDIMIENTO ESCOLAR

Las repercusiones de los trastornos del sueño inciden directamente sobre el niño e indirectamente alteran el medio familiar, lo que afecta también al propio niño. Una disfunción en la actividad onírica, afecta la actividad cerebral, alterándose la memoria, el lenguaje, la atención y los procesos de solución de problemas. Por lo tanto las funciones cognitivas, motoras y el estado de ánimo se ven afectadas en el niño.

Características físicas y sensoriales están directamente relacionadas con el rendimiento escolar. La investigación en este campo (Brueckner y Bond, 1986) ha demostrado que los escolares con limitaciones de este tipo tienen una predisposición a ciertas deficiencias de aprendizaje, aunque en ningún caso sean éstas exclusivamente efecto directo de aquéllas. La falta de energía física, la escasa coordinación motora y los defectos visuales y auditivos no determinan un aprendizaje deficiente, pero aumentan sus probabilidades.

Normalmente ante la falta de sueño aumenta la irritabilidad y la impulsividad, lo que hace que los padres llamen la atención continuamente al niño por su mal comportamiento, perdiendo así su autonomía y mostrándose más opositorista y con menos tolerancia a la frustración, lo que provoca una situación límite que altera el entorno familiar.

Los niños en edad escolar ante la pérdida de sueño, a corto plazo responden sin mostrar somnolencia, lo hacen con lo contrario del cansancio. Pueden presentar:

- Irritabilidad
- Inquietud
- Baja tolerancia a la frustración
- Déficit de atención
- Disminución del rendimiento escolar
- Fracaso escolar
- Apatía

- Síntomas depresivos
- Cefaleas

2.1 DEFINICIÓN RENDIMIENTO ACADÉMICO

Para afirmar si el rendimiento académico es satisfactorio o no en el niño, es necesario contar con un criterio de valor, el cual estará determinado si existe discrepancia entre el aprovechamiento predicho para la edad del alumno, su habilidad e inteligencia y su actual nivel de ejecución o desempeño de sus tareas (Frick, Kamphaus, Lozber, Christ y Tannenbaum 1991; Frod y Thomas, 1997).

El Diccionario Enciclopédico de Educación Especial (1985, pp. 1770) indica que “el rendimiento escolar se encuentra fijado por la calificación que se alcanza en las pruebas de evaluación, o bien en el grado de dominio que muestra el alumno en las materias que componen el plan de estudios”.

Aguario (1984) en su tesis, menciona que el rendimiento escolar es el resultado de un proceso de aprendizaje, en el cual intervienen tanto el nivel intelectual, como las variables de personalidad (extroversión-introversión, ansiedad, autoestima) y las variables motivacionales (intereses, hábitos de estudio, relación profesor-alumno).

Silvia Baum (citado en Aguario, 1984) considera que el rendimiento académico o escolar es el grado de conocimientos y habilidades que reconoce la sociedad posee un individuo de un determinado nivel educativo. La expresión institucional de ese grado cognoscitivo está en la calificación escolar, asignada al alumno por el profesor”.

La disminución del rendimiento escolar puede llevar a un fracaso escolar y a largo plazo esto puede generar en los niños, o bien apatía y desinterés por los temas escolares por el esfuerzo mental que suponen, y como consecuencia evitar y/o rechazar las tareas escolares pudiendo incluso abandonar los estudios, o bien frustración e impotencia, desmoralizándolos y desmotivándolos, lo que puede influir en su autoestima e incluso degenerar en síntomas depresivos.

2.2 EL APRENDIZAJE

El aprendizaje del ser humano está ligado necesariamente a dos aspectos, el primero es a lo educativo y el segundo es para su desarrollo personal.

Para que un sujeto en este caso el niño, rinda de una manera óptima en su desempeño académico, se deben tomar en cuenta dos campos, por un lado las funciones y características del sistema nervioso central que se requieren para que se lleve a cabo el proceso de aprendizaje y por el otro lado las dificultades de aprendizaje que presente el sujeto, previniéndolas, detectándolas a tiempo para así ir corrigiendo sus efectos no deseados.

Las dificultades del aprendizaje derivan de disfunciones en la psicomotricidad del sujeto, que esto se ve reflejado en sus habilidades de procesamiento de información y sus funciones motoras, que son necesarias para el aprendizaje, y en el desarrollo de sus relaciones con el exterior.

Granados (2003) señala que un aprendizaje básico consiste en cuatro habilidades que son las del lenguaje, la lectura, la escritura y las matemáticas, habilidades que marcan la base de un desempeño escolar que cumplan con las expectativas en el rendimiento académico del niño en un futuro. Primero tendríamos que definir en sí, qué es el aprendizaje y en qué consiste este complejo, pero vital proceso del ser humano.

El aprendizaje de una respuesta es un estado inferido del organismo. Adams (1983) nos indica que aprender es el resultado de determinados tipos de experiencia que producen un potencial relativamente estable para que la respuesta se siga repitiendo subsiguientemente.

Azcoaga, Perman e Iglesias (1985), nos dicen que el aprendizaje es un proceso que determina una modificación del comportamiento de carácter adaptativo, siempre que la modificación de las condiciones del ambiente que lo determinaron sean suficientemente estables. Para que este proceso tenga lugar es indispensable la intervención de un conjunto de actividades neurofisiológicas en los sectores superiores del sistema nervioso central.

Todo aprendizaje se apoya necesariamente en el sistema neurológico del individuo cuya atención, percepción, procesos mentales, lenguaje, motivación, memoria, emociones, sentimientos, creatividad, etc., dependen de su capacidad, de su forma de funcionamiento.

Con cierta frecuencia las alteraciones neuropsicológicas pasan desapercibidas hasta que hacen notar en el aprendizaje escolar. Su pronta detección es de gran utilidad para así poder proporcionar a tiempo estrategias adecuadas complementarias al tratamiento médico que se requiere.

Sabemos de muchas patologías y discapacidades que están relacionadas al impedimento de un desarrollo y desempeño escolar exitoso en los niños actualmente, como lo es el caso de un daño cerebral que es el principal origen de muchas discapacidades, también existen otras disfunciones en menor grado que afectan las fases tempranas de al menos el 5% de los niños (Granados, 2003), que se manifiestan como trastornos de la percepción, en el lenguaje, en la conceptualización, en la memoria, en la atención en el control de los impulsos o en las funciones motoras, como son los trastornos del sueño tales como el insomnio, los terrores nocturnos, la narcolepsia o la apnea del sueño.

2.2.1 DEFINICION DE APRENDIZAJE SIGNIFICATIVO

Según Ausubel, teórico cognoscitivista: El aprendizaje implica una reestructuración activa de percepción e ideas, conceptos y esquemas que el aprendiz posee en su reestructura cognitiva.

En el proceso de orientación del aprendizaje, es de vital importancia conocer la estructura cognitiva del alumno; no sólo se trata de saber la cantidad de información que posee, sino cuales son los conceptos y proposiciones que maneja así como de su grado de estabilidad. Los principios de aprendizaje propuestos por Ausubel (1983), ofrecen el marco para el diseño de herramientas metacognitivas que permiten conocer la organización de la estructura cognitiva del educando, lo cual permitirá una mejor orientación de la labor educativa, ésta ya no se verá como una labor que deba desarrollarse con "mentes en blanco" o que el aprendizaje de los alumnos comience de "cero",

pues no es así, sino que, los educandos tienen una serie de experiencias y conocimientos que afectan su aprendizaje y pueden ser aprovechados para su beneficio.

Diversos autores han postulado que es mediante la realización de aprendizajes significativos que el alumno construye significados que enriquecen su conocimiento del mundo físico y social, potenciando así su crecimiento personal. De esta manera, los tres aspectos clave que debe favorecer el proceso instruccional serán: el logro del aprendizaje significativo, la memorización comprensiva de los contenidos escolares y la funcionalidad de lo aprendido.

2.3 CONCEPTO DE DIFICULTAD DE APRENDIZAJE

Las dificultades de aprendizaje constituyen un fenómeno que puede afectar a todo el ciclo vital de las personas. Su trascendencia social es importante y son causa frecuente, aunque no única de un fracaso escolar. No puede negarse que cualquier defecto del sistema nervioso puede constituir un factor básico en la aparición y desarrollo de problemas de aprendizaje.

Una dificultad de aprendizaje, se refiere a un retraso, trastorno o desarrollo retardado en uno o más procesos del habla, lenguaje, lectura, escritura, aritmética u otras áreas escolares, resultantes de un déficit causado por una posible disfunción cerebral y/o alteración emocional o conductual. No es el resultado de un retraso mental, Kirk (1962), citado en Granados García (2003).

Bateman (1965), al igual que el autor anterior, citado en Granados García (2003), nos dice que los niños con dificultades de aprendizaje son los que manifiestan una discrepancia educativa significativa entre su potencial intelectual estimado y el nivel actual de ejecución relacionado con los trastornos básicos en los procesos de aprendizaje, que pueden o no ir acompañados por disfunciones demostrables en el sistema nervioso central, y que no son secundarias al retraso mental generalizado.

De acuerdo con la autora Cecil D. Mercer (1991), los niños que presentan algún tipo de dificultades de aprendizaje tienden a poseer cierto

comportamiento y rasgos de conducta social y ambiental que los distingue de los demás niños. Estos son los siguientes:

- Hiperactividad

Se distraen con facilidad, son torpes, irritables y tienen muy poca capacidad de atención.

- Distracción

No pueden concentrarse por completo en una actividad concreta. Atienden a estímulos irrelevantes e inapropiados.

- Autoconcepto bajo

Algunos estudiantes tienen muy poca confianza en sus habilidades. Black (1974) citado en Mercer (1991), encontró que los niños con dificultades de aprendizaje tenían un autoconcepto inferior al de sus compañeros, así como también menciona que el autoconcepto está relacionado con el logro (cuanto más bajo es el nivel de logro, más bajo es el autoconcepto).

- Déficit de habilidades sociales

Algunos con dificultades de aprendizaje no entienden las convenciones sociales. La investigación (Bachara, 1976; Bryan, 1977; Wig y Harris, 1974) citado en Mercer (1991) nos indica que dichos estudiantes, a menudo no saben interpretar el significado de la comunicación no verbal (juzgar emociones o evaluar expresiones afectivas).

- Impulsividad

Un estudiante impulsivo habla y actúa rápidamente, sin tener en cuenta las consecuencias. Un niño impulsivo corre para ser el primero en la fila, sin darse cuenta de que pudo haber tirado a otro compañero. Estos niños muestran resultados académicos bajos y pocas habilidades sociales.

- Comportamiento perturbador

Algunos niños muestran un comportamiento agresivo hacia alguna víctima. Utilizan un lenguaje impropio (dicen palabrotas o son sarcásticos). Con

frecuencia este comportamiento es el resultado de una frustración del estudiante ante fracasos escolares.

- Dependencia

Muchos niños con dificultades de aprendizaje muestran una superdependencia con respecto a los padres; profesores y otras personas, exigiendo excesiva ayuda y seguridad en diversas actividades. La falta de éxito académico puede conducir a una excesiva necesidad de pedir ayuda o seguridad.

- Obsesividad

Los estudiantes obsesivos tienden a repetir un comportamiento durante mucho tiempo de haber dado la respuesta apropiada. La imposibilidad de cambiar las respuestas motrices y verbales, de acuerdo a nuevos estímulos auditivos puede interferir con el éxito académico y las relaciones interpersonales.

Muchos niños que presentan dificultades de aprendizaje están convencidos de que no tendrán éxito en una tarea porque carecen de habilidad para resolverla. Esta carencia metacognitiva puede obstaculizar el entrenamiento basado en la tarea porque afecta a la cantidad de esfuerzo que el niño está dispuesto a dedicar la tarea.

En nuestra actualidad, las dificultades de aprendizaje afectan a una importante cantidad de niños. Pueden ser leves, moderadas o graves, generales o específicas; de corta o larga duración. Adelman (1978) citado en Da Fonseca 2004, en Estados Unidos concluyó que de 10 a 40% de los niños con dificultades de aprendizaje se debe a diversas causas como, motivacionales, desinterés, negativismo, hiperactividad, refuerzos negativos, actitudes negligentes, problemas de autoestima, etc.

Para el profesional, esas dificultades requieren de evaluación e intervención. La mayor contribución del análisis cognitivo de las dificultades de aprendizaje recae sobre la comprensión de la interacción entre el niño y la tarea. De una forma u otra, cada uno de los aspectos anteriores ha sido

postulado para explicar las dificultades de aprendizaje que presentan los niños. Pero no está clara la existencia de un mecanismo causal común para esas dificultades. Puede haber un conjunto de factores que, combinados de forma diversas, expliquen los problemas de aprendizaje.

Estadios en la evaluación y la intervención en una dificultad de aprendizaje

Estadio 1 Tomar la decisión de solicitar una evaluación

Estadio 2 Evaluar para ofrecer un perfil de potencialidades y necesidades

Estadio 3 Establecer propósitos y objetivos

Estadio 4 Diseñar y aplicar un programa de intervención

Estadio 5 Evaluar los efectos del programa de intervención

Estadio 6 Finalizar la intervención o establecer nuevos propósitos y objetivos

2.4 FACTORES RELACIONADOS A LAS DIFICULTADES DE APRENDIZAJE

Existe una multitud de componentes que ponen en juego la etiología de las dificultades de aprendizaje, muchas de ellas, consecuencias de complejas privaciones socioculturales y de múltiples índices y factores sanitarios, así como de hábitos nutricionales y culturales específicos. Dentro de ellos también está el descuido y desinterés de un buen régimen de higiene en su descanso.

Un estado físico general precario se relaciona con las dificultades de aprendizaje discentes en muchos sentidos. El niño débil falta a menudo a la escuela, perdiendo parte de las enseñanzas; el que padece enfermedades frecuentes probablemente carece de la vitalidad necesaria para aprender eficazmente; suele ser desatento y mostrar signos de fatiga y aburrimiento.

Muchos niños no descansan lo suficiente a causa de un abuso del tiempo dedicado a la televisión en el hogar. Se ha descubierto mediante una encuesta que el programa favorito de un grupo de niños de tercer grado es

difundido a las once de la noche. No es sorprendente, pues, que estos niños muestren síntomas de fatiga a la mañana siguiente.

Una niña que venía siendo tratada en la clínica psicopedagógica de la Universidad de Minnesota (Brueckner, 1986), tenía permanentes síntomas de cansancio durante el período de enseñanza correctiva de la lectura a que estaba sometida. Posteriores investigaciones pusieron de manifiesto que sus padres atendían diariamente a una reunión para jugar al “bridge”, que solía durar hasta la una de la madrugada, y se llevaban a la niña de ocho años con ellos, la cual dormía cada noche en una cama distinta y después era despierta para ir a su casa al final de la partida. La fatiga de la niña obedecía no al mal estado de su salud, si no a la irregularidad de su descanso nocturno. Es necesario modificar el régimen de descanso del niño

Las características físicas y sensoriales del niño le predisponen a determinadas deficiencias en materias básicas como la lectura, escritura, cálculo, ortografía y otros aspectos del lenguaje.

Dado que el niño es la persona que vive la dificultad con la tarea, obviamente, es importante contar con métodos para evaluar sus habilidades cognitivas, así como otros atributos psicológicos relevantes. Una vez realizada la evaluación, se ha de determinar qué demandas cognitivas se plantean a las capacidades del niño. También hay que tomar en cuenta el aspecto entorno, que es el contexto externo en el cual se manifiesta la dificultad infantil; y los aspectos del entorno pueden ser factores que contribuyan a esa dificultad. Comprender el papel del entorno puede ser especialmente importante en relación con las dificultades de aprendizaje, sobre todo en el establecimiento de reglas y límites en el entorno familiar y como el niño responde a éstas.

El centro de Salud Mental para las escuelas en Estados Unidos (Center Mental Health in Schools, 1998) divide las causas de los problemas de aprendizaje en tres tipos. (Aguario, 1984).

- Problemas de tipo I: Causados por el factor ambiente

Estimulación insuficiente, (privación o limitación de oportunidades de aprendizaje, tanto en el hogar como en la escuela, mala nutrición, instrucción académica de mala calidad, etc.).

Estimulación excesiva, (sobredemandas y presiones en el hogar y escuela para alcanzar calificaciones altas, así como expectativas contradictorias respecto a su desempeño).

Estimulación hostil (prácticas de crianza inadecuadas; familia disfuncional, conflictos en casa, agresión intrafamiliar, alcoholismo, maestros que gritan, exhiben, golpean o insultan).

- Problemas de tipo II: Causados por el medio ambiente y por la persona en similar proporción. Aquí se manifiesta la vulnerabilidad moderada o severa de la persona aunada a los problemas del medio ambiente, (por ejemplo, las personas con un desarrollo demasiado lento en contraste con un ambiente demasiado demandante o viceversa).
- Problemas de tipo III: Factores que se encuentran dentro de la persona, tales como las limitaciones genéticas, como el temperamento, la personalidad, carencia de conocimientos o habilidades como el caso de las estrategias cognoscitivas básicas, inteligencia emocional, manifestada en su tolerancia a la frustración, baja autoestima, también están los déficits auditivos, déficits motores, la reducida o excesiva sensibilidad a la estimulación (déficit en la atención y concentración), así como también traumas cerebrales, disfunciones endocrinas, desbalances neuroquímicos, así como enfermedades que afectan al cerebro o a las funciones sensoriales.

En el cuadro siguiente, se muestran los factores internos y externos que pueden generar dificultades de aprendizaje en el niño, esto es según Granados (2003).

	FACTORES INTERNOS	FACTORES EXTERNOS
DIFICULTADES DE APRENDIZAJE	<ul style="list-style-type: none"> • Trastorno de percepción • Trastorno de inteligencia • Trastorno de atención • Trastorno de memoria • Trastorno de pensamiento • Trastorno de conciencia • Trastorno psicomotriz • Trastorno afectivo • Trastorno en la comunicación el lenguaje y el cálculo • Disfunciones Biológico-Instintivas : Insomnio, Hipersomnio y enuresis • Trastorno de la personalidad 	<ul style="list-style-type: none"> • Origen académico: programas, horarios, métodos, exámenes, etc. • Origen sociocultural: la familia, nivel cultural, relaciones internas, nivel socioeconómico y cultural.

2.5 FACTORES COGNITIVOS PARA EL APRENDIZAJE ÓPTIMO

Es muy utilizada la frase “Los niños son como unas esponjas”, esta comparación se debe a que en la etapa de la infancia es crucial en la formación del niño y aprendizaje del mismo, es cuando en el cerebro existe la mayor plasticidad posible, por eso es de suma importancia la calidad que se aprende y la forma que aprende el niño.

La inteligencia no siempre tiene relación con el desempeño de los niños en la escuela. El niño puede ser hábil y capaz, sin embargo, de acuerdo con Brueckner (1986), los deterioros en sus principales funciones cognitivas es suficiente impedimento para que el niño no obtenga la calidad necesaria de un aprendizaje óptimo afectando su desempeño. La atención difusa, la fatiga, el escaso control motriz y los defectos visuales o auditivos tampoco contribuyen a la realización de un trabajo eficiente.

Dentro de las alteraciones de sueño que sufre el niño, los aspectos principales cognitivos que son afectados son tres: la memoria, la atención y la percepción. De los tres, la memoria y la atención son los factores más afectados.

Ya se mencionó que el aprendizaje es un proceso mediante el cual el sujeto adquiere conocimientos (ya sea empíricamente o enseñados), la memoria es la función por la cual esos conocimientos son retenidos y recuperados.

El aprendizaje y memoria son dos conceptos que obligatoriamente van de la mano y no se podría hablar de uno sin hacer mención del otro, son fundamentales para el desarrollo de la individualidad para la transmisión de la cultura de generación en generación y para impulsar el progreso social.

2.5.1 MEMORIA

El aprendizaje tiene por objeto las operaciones que por principio colocan en la memoria un potencial conductual relativamente estable, y memoria es el almacenamiento de ese potencial por un tiempo determinado y su activación cuando se verifica la evocación. El tiempo entre aprender y el intento por activar la memoria se llama intervalo de retención, y toda pérdida que ocurre entre el aprendizaje y la prueba se llama pérdida de retención u olvido (Adams, 1983).

Como ya se mencionó, uno de los rasgos principales de la arquitectura del sistema cognitivo es la organización del sistema de la memoria, tradicionalmente la memoria se divide en dos tipos de memoria: la memoria a corto plazo y la memoria a largo plazo. La memoria es la base del raciocinio. Al

“evocar” o “recordar” la información, el cerebro se encuentra apto para combinarla y organizarla (Da Fonseca, 2004).

Los niños con dificultades de aprendizaje se caracterizan por una actuación pobre en memoria. Para que un niño pueda acceder a la información en memoria, ésta debe ser codificada inicialmente, almacenada y recuperada como se mencionó anteriormente. Para que la información sobre los procesos de memoria sea útil de modo aplicado, es necesario enmarcarla de forma que tenga implicaciones para la intervención.

Dockrell y Mcshane (1997) mencionan que la memoria de trabajo se puede considerar como el espacio cognitivo en el que residen los mecanismos de atención. Tiene dos funciones:

- Almacenar la información que se está procesando
- Regular la operación de las rutinas ejecutivas.

Desde una perspectiva cognitiva, las dificultades generales de aprendizaje se refieren a un proceso evolutivo en el cual las estrategias para almacenar, adquirir o utilizar el conocimiento se desarrollan a un ritmo más lento y alcanzan finalmente niveles más bajos que en el caso de los estudiantes normales. Los niños que tienen problemas en este aspecto cognitivo, de acuerdo con Torgesen (1987) citado en Dockrell y Mcshane (1997) pueden:

- Tener dificultades para recordar información nueva
- Tener dificultades para generalizar a nuevas situaciones lo que han aprendido
- Tener muchas dificultades para entender ideas complejas o abstractas
- Tardar más en acabar los trabajos y no completar las tareas

A medida que los niños se desarrollan, aumenta su base de conocimiento día con día, lo cual les permite recuperar, directamente de la memoria, información acerca de un dominio. Esto puede ser de gran ayuda para la ejecución de tareas. A modo de ejemplo, consideremos la diferencia en el tiempo que se emplea para sumar números cuando la solución se puede

recuperar directamente de la base de conocimiento y cuando se ha de obtener empleando una estrategia de contar. Sin embargo si el niño posee dificultades para recordar los distintos tipos de estrategias que se le ha enseñado probablemente fracasará en la ejecución de las tareas escolares.

Desde el nacimiento, los niños son capaces de almacenar información asociativa en la memoria a largo plazo, y la función integrativa de la memoria es indispensable para el análisis, la selección, la conexión, la síntesis, la elaboración y la regulación de la información necesaria para la elaboración, la planeación y la ejecución de comportamientos. Por lo tanto es importante procurar que no exista un desgaste en este aspecto a temprana edad, y una de las formas de lograrlo, es implementando una adecuada higiene a la hora de dormir en los niños desde pequeños.

2.5.2 ATENCIÓN

La atención desempeña un importante papel en diferentes aspectos de la vida del hombre, comporta aspectos muy diversos que deben ser estudiados relacionándolos con los efectos y procesos mentales a los que asiste y sobre los que se apoya, como los ya mencionados, percepción, memoria, y también procesos como la comunicación, la resolución de tareas y el pensamiento.

La atención es considerada por varios autores, como la capacidad de focalización de la conciencia. Para otros es la capacidad de procesamiento que puede distribuirse de forma adecuada, a estímulos y actividades. Para unos, forma parte del proceso perceptivo, para otros es un proceso psicológico.

Blumenthal (1977), la considera como una actividad de ejecución cognitiva. Tejero (1999), como un mecanismo cognitivo que posibilita controlar voluntariamente la actividad perceptiva cognitiva y conductual y que activa, inhibe y organiza las operaciones mentales oportunas. Los dos autores anteriores están citados en García, 1997.

Con frecuencia los procesos atencionales pobres han sido considerados como la principal barrera para un funcionamiento intelectual adecuado (Verdugo y Aguado, 1995).

El papel de la atención es decisivo en lo que se refiere a qué información entra en el sistema de memoria. Una serie de factores externos al sistema de atención, determinarán en qué dimensiones se centrará el niño en tareas más complejas. Por ejemplo, se da una interacción entre lo que el niño ya sabe (su base de conocimiento) y la atención. Los subprocesos de atención pueden ser entendidos como parte de un conjunto más amplio de procesos (incluyendo la retención y el aprendizaje) relacionados con el funcionamiento cognitivo de los niños con dificultades generales de aprendizaje.

La atención ha sido concebida en muchas ocasiones como una propiedad o atributo de la percepción, gracias a la cual seleccionamos más eficazmente la información que nos es relevante.

García (1997) indica que la atención considerada como propiedad de la percepción produce dos efectos principales:

- Que se perciban los objetos con mayor claridad.
- Que la experiencia perceptiva no se presente de forma desorganizada, sino que al excluir y seleccionar datos, estos se organicen en términos de figura y fondo.

2.5.3 PERCEPCIÓN

La percepción es un proceso con el cual el sistema nervioso central inicia el tratamiento cognitivo, que incluye funciones de pre-reconocimiento, como el discernimiento y la identificación, y de reconocimiento como el análisis y la síntesis. Las sensaciones pasan a ser convertidas, seleccionadas e interpretadas, lo cual exige una vigilancia selectiva adecuada para, en términos de figura-fondo, captar las sensaciones relevantes y así iniciar la detección diferenciada (Da Fonseca, 2004).

Para que pueda darse la percepción de acuerdo con Ardila 1979, es necesario que se opere una estimulación sensorial, y dentro de ella se debe considerar el tipo de modalidad sensorial que está en operación , su

naturaleza, las características de la situación, etc. Dicha percepción se origina de los procesos de selección e interpretación que operan en el cerebro, ya sea en forma intraneurosensorial, interneurosensorial o integradora.

La percepción presupone la capacidad para extraer un significado del entorno, como resultado de la experiencia y de la práctica con la estimulación. Comprende como afirma Gibson (1969) citado en Ardila 1979, un proceso activo en términos de una exploración, que a su vez produce una estimulación en forma de retroalimentación, que se integra después en el cerebro.

En términos de discernimiento auditivo, el niño debe tener la capacidad de diferenciar pares de palabras con sutiles diferencias fonéticas como: “mata-lata”, “para-gata”, “voy-soy”, “luna-tuna”, etc. Así mismo en el plano de discernimiento visual, el niño debe ser capaz de discernir la “b” de la “d”, la “q” de la “p” o la “u” de la “n”, o el “6” del “9”, etc. (Da Fonseca, 2004).

En el ámbito más atípico, se pueden dar agnosias, pues se trata de trastornos en el reconocimiento de los objetos sin que se encuentren involucrados trastornos sensitivos o sensoriales.

Un niño que tiene una deficiencia perceptiva, tiene dificultades para formar percepciones refinadas y organizadas, como las necesarias para aprender a leer. Percibe mal la información sensorial, no le concede importancia a los detalles relevantes o le presta demasiada importancia a detalles que alteran la noción del todo. Comprende aspectos del todo, pero no logra entender las relaciones de las partes que los constituyen. En el aspecto auditivo confunde las estructuras de las palabras. Se distrae con sonidos, señales e ideas que le resultan interesantes o significativas, pero que son irrelevantes para el objetivo específico de las tareas o situaciones del momento.

Para los niños que tienen problemas perceptivos el aprendizaje en una clase normal se torna complicada. Sus trastornos perceptivos-visuales les dificultan la comprensión de muchos de los materiales de aprendizaje. Sus dificultades perceptivo auditivas dañan su capacidad para averiguar el significado de las explicaciones e instrucciones del profesor. Las confusiones

que el niño experimenta al pensar lo conducen a confusiones de comprensión y sacar conclusiones erróneas, que se tornan vergonzosas para él mismo y para los demás.

Al arrastrar trastornos perceptivos a lo largo de los años de escolaridad el niño adquiere conciencia de sus problemas, por lo que se desanima y se margina a sí mismo, deja de sentir gusto por la escuela y se aferra a varios medios de afirmación con falsas satisfacciones , que pueden poner en riesgo su futura adaptación social.

CAPITULO III

TALLER- CONFERENCIA “IMPACTO DE LAS ALTERACIONES DE SUEÑO EN EL RENDIMIENTO ESCOLAR EN NIÑOS DE PRIMARIA”

Justificación:

El motivo por el cual elegí realizar este trabajo acerca de las alteraciones de sueño en niños escolares principalmente porque es un motivo de consulta ocasional en la práctica del psicólogo clínico, debido a que no se le ha dado la importancia debida a este tipo de padecimientos y las consecuencias que estos conlleva. Cabe mencionar que en la mayoría de los casos, los problemas de sueño que pueden presentar los niños, suelen pasar inadvertidos, ya que los padres o los mismos niños no suelen expresar sus preocupaciones por los hábitos del sueño que se estén suscitando. Sin embargo, cuando se llega a detectar ciertas anomalías en el sueño del infante, se suelen tratar por médicos generales y llegan a ignorar que estos padecimientos son razón necesaria de consulta de un especialista (ya sea psicólogo o psiquiatra).

Poder tratar y entender los distintos trastornos que sufren los niños a su corta edad es de suma importancia, debido a que si no se llega a detectar a tiempo el trastorno de sueño podría tener secuelas en un futuro no muy lejano, principalmente manifestarse en dificultades en su aprendizaje escolar teniendo como consecuencia un bajo rendimiento académico llegando hasta el fracaso escolar.

En la práctica de la psicología a nivel público o privado, la demanda de atención por bajo rendimiento escolar en la infancia, llega a alcanzar la mitad de las consultas que atiende un psicólogo, siendo éste el principal detector de los factores que impiden al niño a tener un rendimiento adecuado en sus clases. Si bien la causa del bajo rendimiento de un niño es causado por problemas de aprendizaje de tipo orgánicos, tales como, la disgrafía, la dislalia o la dislexia, hay que señalar que estos factores en la mayoría de los casos nada tienen que ver con limitaciones o falta de capacidad del niño, si no que es

más adjudicado a problemas psicopatológicos o fisiológicos como lo son los trastornos de sueño.

Es por eso mi inquietud por la cual me he enfocado a plantear las distintas alteraciones que puede sufrir el niño escolar, así como también sus causas y consecuencias si no se llega a un tratamiento adecuado; es decir, pretender ayudar a niños con problemas de aprendizaje, sin saber con claridad el origen por el que se están suscitando, es como avanzar en la oscuridad, por eso es de suma importancia establecer un buen diagnóstico para así elaborar un buen tratamiento.

Normalmente, como ya se mencionó anteriormente, pasan inadvertidos los padecimientos del niño en el desarrollo de su sueño; no es hasta que se refleja en problemas escolares, cuando la familia decide tomar la iniciativa de investigar el porque de su bajo rendimiento en la escuela.

Es por eso que encuentro de gran importancia el informar al equipo docente, a trabajadores de la salud y principalmente a los padres de familia que han tenido dificultades con sus hijos en su rendimiento escolar, ligado con los distintos trastornos de sueño que pueda padecer.

Objetivo general:

Al término de la conferencia “Impacto de las alteraciones de sueño en el rendimiento escolar en niños de primaria”, los padres de familia, con la información adquirida y explicada, podrán identificar los factores y consecuencias por las que el niño no tiene un rendimiento académico adecuado, estableciendo hábitos de sueño correctos para prevenir las consecuencias que pueden originarse con las alteraciones de sueño en su etapa escolar.

Dirigido a:

Padres de familia con hijos a nivel escolar primaria, que presenten un bajo rendimiento escolar, siendo éste una consecuencia de una mala higiene en su actividad onírica.

Número de participantes:

De 15 a 20 personas

Materiales:

Proyector de diapositivas, computadora, equipo de sonido con un micrófono integrado, hojas de cuestionario y lápices.

Duración del programa:

El taller-conferencia estará conformado por una sola sesión, dividida en dos partes, con una duración total de 4 horas.

Escenario:

Salón audiovisual con capacidad para 20 personas, con buena ventilación y asientos donde se les permita a los participantes apoyarse para escribir.

SESION	ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	MATERIALES	TIEMPO	FORMA DE EVALUAR
1	<ul style="list-style-type: none"> • Bienvenida 	<p>Pedirles a los participantes que tomen asiento, enseguida se presentará al ponente y se establecerán las reglas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Micrófono 	10 minutos	A los participantes del taller-conferencia, se le evaluará aplicándoles un cuestionario pre-test
	<ul style="list-style-type: none"> • Expectativas 	<p>Preguntar a algunos participantes lo que esperan de este taller-conferencia e indagar el motivo por el cual ellos asistieron al mismo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Micrófono 	20 minutos	
	<ul style="list-style-type: none"> • Pre-test 	<p>Se les entregará a los participantes una hoja con un cuestionario, con el objetivo de que con el mismo el participante se introduzca en el tema para que así exista una mayor comprensión de la exposición que proseguirá más adelante.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Hojas del cuestionario • Lápices 	20 minutos	
	<ul style="list-style-type: none"> • Exposición teórica 	<p>Presentación de diapositivas donde se mostrará el desarrollo de la información sobre los conceptos principales:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿ Qué es el sueño? - El desarrollo del sueño en 	<ul style="list-style-type: none"> • Equipo de proyección de diapositivas 	45 minutos	

		<p>la infancia</p> <ul style="list-style-type: none"> - Descripción de los principales trastornos de sueño que sufren los niños escolares - Características y consecuencias de un mal diagnóstico y tratamiento 			
	<ul style="list-style-type: none"> • Receso 			15 minutos	
	<ul style="list-style-type: none"> • Exposición teórica 	<p>Presentación de diapositivas donde se mostrará el desarrollo de información sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rendimiento escolar - Procesos cognitivos que intervienen en un aprendizaje óptimo - Las alteraciones de sueño como factor en un bajo rendimiento 	<ul style="list-style-type: none"> • Equipo de proyección de diapositivas 	45 minutos	

	<ul style="list-style-type: none"> • Compartiendo experiencias reales 	<p>Se presentará a los participantes el testimonio de dos familias quienes compartirán su experiencia de cómo han atendido y sobrellevado la problemática de aprendizaje debido a una alteración de sueño en la vida de sus hijos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Micrófono 	30 minutos	
	<ul style="list-style-type: none"> • Ronda de preguntas y respuestas 	<p>Se responderán las interrogantes de cada participante que pudieron haber surgido de la información dada, tanto del ponente como de los testimonios presentados.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Micrófono 	20 minutos	
	<ul style="list-style-type: none"> • Cierre del Taller-conferencia 	<p>Se compartirán abiertamente si las expectativas esperadas por los participantes fueron cumplidas a través de el desarrollo del taller-conferencia. También se repartirán a cada uno de los participantes una hoja con un post-test para la evaluación de la misma.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Micrófono • Hojas del cuestionario post-test • Lápices 	15 minutos	

CONCLUSIÓN

Mantener una higiene saludable con respecto a nuestro sueño nos permite mejorar la capacidad de atención, de creatividad y de la memoria, y sobre todo mantenernos sanos con un cuerpo en buen funcionamiento. Todo esto nos lleva a la buena educación de los hábitos para dormir bien desde pequeños, ya que si se realiza adecuadamente, se pueden disminuir el riesgo de sufrir las consecuencias de estos padecimientos.

En la revisión teórica del estudio del sueño fisiológico se ha concluido que el sueño es una función vital y necesaria que ocurre en el ser humano con distintas finalidades para el buen funcionamiento del organismo, mismo que presenta deterioros a lo largo del día y que durante el sueño son reparados.

Mientras se da el proceso del sueño, en nuestro cuerpo se presentan una serie de cambios fisiológicos como lo son el aumento de la frecuencia cardiaca, la respiración, la temperatura corporal, variaciones en el tono muscular, entre otras. Gracias a estos cambios, se ha podido ampliar la investigación y estudios acerca de las características en particular que tienen las distintas fases del sueño y las repercusiones que tiene en nuestro cuerpo si existe alguna perturbación en ellas. Cabe mencionar que existen factores como la edad, nivel de maduración, factores internos o externos como lo son distintas enfermedades o el estrés, para que cada ciclo de sueño en el ser humano sea un caso en particular con sus repercusiones en distintas áreas de su vida.

Es importante que un niño en la etapa escolar duerma adecuadamente y por parte de los padres establecer límites y horarios de sueño desde temprana edad, para prevenir desajustes y formación de patologías en un futuro. Se cree generalmente en nuestra sociedad que esta bien el que un niño se desvele viendo su programa favorito o jugando, sin embargo el que un niño asista desvelado a la escuela, el rendimiento no será el mismo al que cuando el niño va con las ocho horas mínimas que requiere para tener un sueño reparador.

Los trastornos del sueño en niños escolares necesitan más estudios especializados para poder llevar a cabo una atención más eficaz y óptima. Las principales alteraciones que padece un niño en esta edad (5 a 11 años) son los terrores nocturnos, insomnio y sonambulismo. Existe un porcentaje que llama la atención de especialistas, de niños que sufren este tipo de trastornos, el 3% de la población infantil sufre de terrores nocturnos, alrededor de un 15% presenta alguna vez un episodio de sonambulismo y dentro de ese porcentaje, el 6% de los niños escolares lo sufren de manera crónica (Splaingard, 2003). En niños mayores de 5 años, la excesiva somnolencia, cefaleas matutinas frecuentes, enuresis nocturna y dificultades de aprendizaje, son motivo de consulta médica y psicológica, cuando un niño sufre de apnea del sueño. Por lo tanto es un síndrome que obstruye el desarrollo óptimo de un niño.

Un niño a esta edad, que padezca un trastorno de sueño, es suficiente para que éste, no le permita funcionar adecuadamente en el salón de clases, debido a que influye en su manera de aprender. Un desajuste en la función del sueño, altera las funciones cognitivas como lo son la memoria, la percepción y la atención, mismas que son cruciales para un proceso de aprendizaje óptimo. Granados (2003), señala que para que un niño cumpla con las expectativas de un rendimiento escolar óptimo debe tener un aprendizaje básico que consiste en cuatro habilidades: lenguaje, lectura, escritura y matemáticas. Para que estas habilidades se lleven a cabo de manera adecuada, el niño debe de estar dotado de una estructura cognitiva sana y no deteriorada.

Todo lo anterior va generando un estado físico y mental deteriorado en el niño, y esto se relaciona con las dificultades de aprendizaje en muchos sentidos, ya que un niño que no duerme bien, normalmente aumenta la irritabilidad y la impulsividad, generando un mal comportamiento, se da el ausentismo en clases y por lo tanto no va al ritmo que los demás niños, está distraído, creando problemas en relaciones maestro-alumno, y sobretodo generando conflictos en el entorno familiar.

La escuela es la primera experiencia que tiene el niño de la vida, en cuanto a logro de metas, competitividad y a nivel de relaciones interpersonales, por lo que es importante crearle al niño todas las herramientas necesarias para que esta experiencia sea enriquecedora. No podemos darnos el lujo de descuidar el proceso de sueño de los niños escolares, ya que es entre otros factores, una función vital para que el niño de lo mejor de sí y rinda mejor en sus actividades escolares.

Es importante detectar los factores que estén afectando a que el niño no rinda bien en sus actividades escolares. La detección de un trastorno de sueño a tiempo puede prevenir, con ayuda de una adecuada atención de los padres y maestros, a un fracaso escolar, ya que generalmente un bajo rendimiento académico nos lleva a eso. Cabe mencionar que un mal funcionamiento en el niño en la escuela puede generar una baja autoestima ya que el niño está consciente de la falta de habilidades que se supone posee para resolver las tareas que le son pedidas, el niño tiende a tener apatía o desinterés por los temas escolares llegando a tener sentimientos de frustración debido a que no llena las expectativas de los padres o los maestros.

Si la institución o los padres de familia no identifican a tiempo las causas por las que el niño no está dando su mejor rendimiento, la misma escuela con su propio criterio puede influir y reforzar la inadaptación, lo que culmina muchas veces en sentimientos depresivos, en delincuencia o en psicopatías múltiples.

Por eso es esencial el conocimiento del proceso del desarrollo de un niño para planear programas de higiene en todos los sentidos, en su actividad onírica, nutricional, escolar, etc. Y que la prevención de la enfermedad y el fomento de la salud deben ser las finalidades de dichos programas.

Por lo tanto a nivel de atención primaria es importante implementar las herramientas necesarias para que la población tenga un fácil acceso a la información y una educación sobre una buena higiene de sueño desde una temprana edad y cómo los trastornos de sueño influyen en las distintas áreas de un niño escolar, sobre todo su impacto en su rendimiento escolar, para así prevenir de manera eficaz las consecuencias ya mencionadas anteriormente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Adams, A. J. (1983). **Aprendizaje y memoria**. México: Manual Moderno.
2. Aguario, A. (1984). **Rendimiento escolar y su relación con la percepción del niño de sus relaciones familiares**. Tesis profesional inédita. Universidad Autónoma de México, México.
3. Aguirre, A; Cañellas, F; Espinar, J; Forteza, I; García de León, M; Navalet, Y; Peralta, M. R. (1992). **Trastornos de sueño en la infancia**. España: CEPE S.A.
4. Ausubel, D; Novak; Hanesian. (1983). **Psicología educativa: Un punto de vista cognoscitivo**. México: Trillas.
5. Azcoaga, J. E; Perman, B; Iglesias, A. (1985). **Alteraciones del aprendizaje escolar, diagnóstico y tratamiento**. España: Paidós.
6. **Biblioteca práctica para padres y educadores: Pedagogía y psicología infantil** (2000). España: Cultural.
7. Brueckner, G. L; Bond, G. L. (1986). **Diagnóstico y tratamiento de las dificultades en el aprendizaje**. España: Rialp, S.A.
8. Buela-Casal, G; Sánchez, A. (1990). **Trastorno del sueño**. Madrid: Síntesis.
9. Da Fonseca, V. (2004). **Dificultades de aprendizaje**. México: Trillas.
10. Dianol-Santillana (Ed.). (1985). **Diccionario enciclopédico de educación especial**. México.

11. Dockrell, J; Mcshane, J. (1997). ***Dificultades del aprendizaje en la infancia: Un enfoque cognitivo***. España: Paidós.
12. DSMIV
13. Frick, P. J; Kamphaus, R. W; "et al." (1991). Academic underachievement and the disruptive behavior disorders. *Journal of consulting and clinical psychology*, Vol. 59, Num. 2, 289-294.
14. García, J. (1997). ***Psicología de la atención***. España: Síntesis Psicológica.
15. Granados, T. P. (2003). ***Diagnóstico pedagógico (aprendizajes básicos, factores cognitivos y motivación)***. España: Dykinson, S.L.
16. Hidalgo, R. (2008). Trastornos de sueño en niños. Tomado de la página electrónica: <http://www.socmexped.org.mx/trans/trans.htm>, consultada en Julio de 2009.
17. Klackenberg, G. (1987). ***Incidence of parasomnias in children in a general population***. Nueva York: Raven Press.
18. Mercer, D. C. (1991). ***Dificultades de aprendizaje 2: Trastornos específicos y tratamiento***. España: CEAC, S.A.
19. Nelson, S. (2005). ***Tratado de Pediatría Volumen I***. México: McGraw Hill.
20. Oswald, I. (1990). ***Terros nocturnes y sonambulismo***. España: Siglo XXI.
21. Pin, A. G. (2000). ***Alteraciones del sueño en el niño: enfoque desde la asistencia primaria***. Tomado de la página electrónica: <http://neurologia.rediris.es/congreso-1/conferencias/son-1.html>, consultada el 31 de julio de 2009.
22. Próspero, G. O. (2002). ***Dormir y soñar, cuestión de salud***. Tomado de la página electrónica: <http://www.jornada.unam.mx/2002/02/25/cien-dormir.html>, consultada el 18 de junio de 2009.

23. Reader's Digest (Ed.). (1986). **Gran Diccionario Enciclopédico Ilustrado** (1986) México.

24. Rosenzweig, M. (1992). **Psicología Fisiológica**. México: McGraw Hill.

25. Splaingard, M. (2004). **Clínicas pediátricas: Medicina del sueño**. México: McGraw Hill.

26. Tellez, A. (1998). **Trastornos del sueño: Diagnóstico y tratamiento**. México: Trillas.

27. Velázquez, J. (1997). **Medicina del sueño: Aspectos básicos y clínicos**. Sociedad Mexicana de Sueño UAM.

28. Verdugo, M. A.; Aguado, A. (1995). **Personas con discapacidad: perspectivas psicopedagógicas y rehabilitadoras**. España: Siglo XXI.

ANEXO 1

PRE-TEST

1. ¿ Tiene el niño dificultades para iniciar o mantener el sueño?
2. ¿Tiene episodios que molestan al niño durante la noche? ¿Ronca?
3. ¿Cuál es la razón por la que su hijo interrumpe su sueño?
4. ¿Qué hace usted para su hijo vuelva a conciliar el sueño?
5. ¿Está excesivamente activo o somnoliento durante el día?
6. ¿Ha recibido quejas acerca de que su hijo se duerma en clases con frecuencia?
7. ¿Cómo es el desempeño académico de su hijo, en cuanto a su concentración dentro del aula de clases y en la elaboración de sus tareas?

ANEXO II
POST-TEST

1. ¿Identificó usted, alguna alteración de sueño en su hijo?

2. ¿Identificó usted, algún problema emocional, que esté propiciando que su hijo no duerma adecuadamente?

3. ¿ Usted cree que hace falta establecer límites en su hijo a la hora de dormir? ¿Cuáles?

4. ¿Qué medidas piensa utilizar para resolver la problemática que se está suscitando?

5. ¿Tenía usted conocimiento de que alguna de estas alteraciones de sueño podrían afectar el desempeño escolar de su hijo?