

Trastornos del sueño en niños sanos

Dras. Gladys Convertini*, Sara Krupitzky*, María Rosa Tripodi*, Lic. Liliana Carusso*

Resumen

El sueño es una de las manifestaciones que pueden reflejar perturbaciones del desarrollo infantil. Los trastornos del sueño son motivo de consultas frecuentes, ya que se asocian con el despertar nocturno, situación que generalmente provoca gran perturbación familiar.

Objetivos. 1) Evaluar el sueño continuo. 2) Evaluar la prevalencia de los trastornos del sueño y 3) observar la relación de los trastornos del sueño con el colecho.

Población, material y métodos. Se investigaron las características del sueño de 203 niños sanos del Sector Salud Infantil del Hospital Posadas mediante una encuesta realizada al adulto acompañante; los niños se clasificaron por edades en 3 grupos: Grupo 1: 2 y 3 años (n= 72); Grupo 2: 4 y 5 años (n= 51); Grupo 3: 6 a 11 años (n= 80).

Según el DMS IV, los trastornos del sueño se clasificaron en disomnias (insomnio, hipersomnia, trastorno del ritmo sueño/vigilia y resistencia a dormir/miedo a dormir solo) y parasomnias (pesadillas, terrores nocturnos, sonambulismo, bruxismo y enuresis).

Resultados. 45,8% eran niñas y 54,2%, niños. El sueño continuo fue más frecuente en el grupo 3. Presentaron trastornos del sueño 37,4%. No hubo diferencia de sexos. La prevalencia de disomnias fue de 23,7%, siendo las más frecuentes la resistencia a dormir/miedo a dormir solo; la de parasomnias fue de 26,6%, entre las que predominaron las pesadillas y los terrores nocturnos. Ambos prevalecieron en el grupo 1. La prevalencia de cohabitación fue del 86,7% y de colecho, de 12,3%, con predominio en el grupo 1. Los trastornos del sueño fueron más frecuentes en niños con colecho. (p= 0,0035)

Conclusión. Se encontró una prevalencia de 37,4% de trastornos del sueño en la población estudiada. El 40,7% de estos niños presentaba tanto disomnias como parasomnias. Entre las disomnias, la más frecuente fue la resistencia a dormir/miedo a dormir solo y entre las parasomnias, las pesadillas y los terrores nocturnos.

La presencia de colecho se asoció con mayor frecuencia de trastornos del sueño. No se observó asociación entre trastornos del sueño y cohabitación, nivel de instrucción de los padres, orden de nacimiento, cantidad de hermanos ni convivencia con la familia completa.

Palabras clave: trastornos del sueño, disomnias, parasomnias, colecho.

Summary

Sleep is one of the manifestations that may reflect developmental disorders in children. Sleep disorders are a common reason for consultation,

since they are related to night-time awakenings and, therefore, may influence on the normal daytime routine of the family.

Objectives. 1) Evaluation of continuous sleep. 2) Evaluation of prevalence of sleep disturbances. 3) Evaluation of the relationship between sleep disturbances and bed-sharing.

Population, materials and methods. In the Child Health Centre of the Hospital Posadas sleep characteristics of 203 healthy infants were assessed by means of a questionnaire to the adult who accompanied the child. The children were divided in 3 groups according to their ages: Group 1 (72), 2 and 3 years old; Group 2 (51), 4 and 5 years, and Group 3 (80), 6 to 11 years.

According to DMS IV, sleep disturbances are classified as dysomnias (insomnia, hypersomnia, disorders of the day-night rhythm of sleep, sleep onset delay and fear of sleeping alone) and parasomnias (nightmares, night terrors, sleep-walking, bruxism and enuresis).

Results. 45.8% were girls and 54.2% boys. Continuous sleep was more frequent in group 3. 37.4% of both groups presented sleep disturbances. The prevalence of dysomnias was 23.7% and specific frequent problems were onset delay and fear to sleep alone. Parasomnia was observed in 26.6% with frequent nightmares and night terrors. Both were more prevalent in group 1.

The prevalence of cohabitation was 86.7% and of bed-sharing, 12.3%, predominating in group 1. Sleep disturbances were more prevalent in children with bed-sharing (p= 0.0035).

Conclusions. Sleep disturbances were found in 37.4% of the children studied. 40.7% of them had both disomnias and parasomnias. Resistance to sleep/fear of sleeping alone was the most common dysomnia, and nightmares and night terrors were the most common parasomnias.

Bed-sharing was associated with sleep disturbances. No relationship was found between sleep disturbances and cohabitation, parental education level, birth order, number of siblings or cohabitation with the whole family.

Key words: sleep disorders, dysomnias, parasomnias, bed-sharing.

* Sector Salud Infantil. Crecimiento y Desarrollo. Servicio de Pediatría. Hospital Nacional Prof. Dr. Alejandro Posadas.

Correspondencia:
Dra. Sara Krupitzky
P.I. Rivera 3949, 2° E
(1430) Ciudad de Buenos Aires.
skrup@intramed.net

INTRODUCCIÓN

Dormir es un proceso fisiológico altamente organizado.¹ Se puede definir como un proceso rítmico, activo, asociado al ritmo circadiano, siendo éste el patrón diario que gobierna la regulari-

dad y la intensidad del sueño y la vigilia. Este ritmo está gobernado por uno o más relojes biológicos internos, estímulos ambientales y una amplia gama de procesos que promueven o inhiben el despertar. El establecimiento y mantenimiento de patrones estables de sueño es de fundamental importancia para el desarrollo infantil.

Un adecuado sueño nocturno es una de las condiciones esenciales para el estado de alerta diurno que permitirá una mejor interacción con el medio.

El sueño es una de las funciones más importantes en la vida del niño, ya que es una actividad en la que más horas invierte desde que nace. Existe una íntima relación entre las actividades diurnas y las dificultades en el sueño; éstas se pueden asociar con conflictos familiares, trastornos del aprendizaje y con maltrato infantil.^{2,3} Además, otros autores^{4,6} confirman esta aseveración e informan que entre 20 a 30% –o aun hasta el 50%–⁷ de los niños tienen dificultades para conciliar el sueño o se despiertan frecuentemente durante la noche.

La adquisición de un hábito de sueño saludable brinda a la familia la gratificación de vivenciar la placidez reparadora del sueño de su hijo y abre un espacio a la pareja conyugal.

El conocimiento del hábito de sueño le proporciona al pediatra una de las puertas de entrada al desarrollo infantil. Sus trastornos son motivo frecuente de consulta, lo que nos lleva a reconocer la necesidad de profundizar el tema.

La investigación del cumplimiento de la función del sueño en el niño es un elemento diagnóstico importante para el equipo de salud en el acompañamiento del crecimiento y desarrollo infantil, por lo que se realizó la presente investigación con los siguientes objetivos:

- 1) Evaluar el sueño continuo por grupo etario.
- 2) Determinar la prevalencia de los trastornos del sueño y sus diferentes tipos.
- 3) Observar su relación con el colecho.

POBLACIÓN, MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño: descriptivo, observacional, transversal.

Población. Se investigó el patrón de sueño de 203 niños sanos de 2 a 11 años de

edad que concurren durante el año 1998 con citación programada para su atención integral, los días martes de 10 a 12 hs., al Sector Salud Infantil del Servicio de Pediatría del Hospital Nacional Prof. Dr. Alejandro Posadas.

Se definió como niño sano a todo aquel que presentara un crecimiento y desarrollo acordes a su edad cronológica, sin enfermedad aguda, entendiéndose como tal a toda alteración del estado de salud dentro de los 10 días previos a la consulta.

Criterios de exclusión: Se excluyeron los niños con enfermedad aguda, con crisis familiar actual (enfermedad que requiriera internación o fallecimiento de un familiar directo, mudanzas, separación o divorcio de los padres, pérdida de trabajo paterno o materno en el último mes).

La muestra probabilística se estratificó por edad, en función del desarrollo evolutivo y psicológico de los niños, en 3 grupos:

- Grupo 1: niños de 2 a 3 años 11 meses.
- Grupo 2: niños de 4 a 5 años 11 meses.
- Grupo 3: niños de 6 a 11 años 11 meses.

El instrumento de recolección se implementó a través de un cuestionario confeccionado por las autoras, de acuerdo con protocolos utilizados en trabajos de investigación consultados.^{8,9} Se interrogó al adulto acompañante del niño acerca de factores socioambientales, los hábitos de sueño y sus trastornos; para unificar criterios referentes a su clasificación se redactó un instructivo basado en el DSM IV, Manual de Psiquiatría Infantil, categorías diagnósticas.⁹ Según éste, los trastornos del sueño se clasifican en dos grandes grupos:

- 1) Las disomnias, que son las alteraciones en la cantidad y calidad del sueño, incluyen: el insomnio, la hipersomnia, los trastornos del ritmo sueño-vigilia, resistencia a dormir y miedo a dormir solo.
- 2) Las parasomnias, que son fenómenos que aparecen durante el sueño, caracterizados por conductas motoras o vegetativas, una vez que éste ya se ha instalado. Incluimos las pesadillas, terrores nocturnos, sonambulismo, bruxismo y enuresis.

Entre los factores socioambientales se tomaron en cuenta los siguientes datos: edad, sexo, cantidad de hermanos, orden de naci-

miento, con quién vive el niño, principal sostén de la familia, cohabitación, colecho, nivel de instrucción materno y paterno.

Definiciones^{2,9-12}

Sueño continuo: Presencia de sueño nocturno sin despertar o que no requiere intervención parental, por lo menos de 0 horas a 5 de la mañana.

Insomnio: Dificultad para iniciar o mantener el sueño por lo menos 3 veces por semana durante un mes.

Hipersomnía: Excesiva somnolencia diurna no explicable por falta de sueño, por lo menos durante un mes.

Trastorno del ritmo sueño-vigilia: Presencia de patrón de sueño desestructurado que obedece a una mala sincronización entre el ritmo circadiano endógeno y las exigencias del medio en que vive.

Resistencia a dormir, miedo a dormir solo: Persistencia durante más de 1 hora por noche durante un mes, de protesta, oposición a acostarse, ritos como despedidas reiteradas, luz encendida, puerta abierta, etc.

Pesadilla: Sueño angustioso, despertar con recuerdos terroríficos que se calma con la presencia de los padres, por lo menos 2 veces por mes.

Terror nocturno: Despertar súbito precedido por un grito de pánico, intensa ansiedad y signos de actividad vegetativa como taquicardia, taquipnea y sudoración, no se calma con la presencia de los padres y amnesia posterior del episodio, por lo menos 2 veces por mes.

Sonambulismo: Caminar nocturno, sin recuerdo posterior, por lo menos 1 vez por mes.

Enuresis: Mojar la cama 1 vez por semana en niños mayores de 5 años.

Bruxismo: Entrechocar o rechinar de los dientes.

Colecho: Dormir en la cama con los padres u otro adulto 3 veces por semana o más, durante el último mes.

Cohabitación: Compartir la habitación con los padres, otro adulto o niño.

El análisis estadístico de las variables se realizó mediante Epi Info 6; se utilizó la prueba de chi cuadrado (Mantel-Haenzel).

RESULTADOS

Se evaluó la prevalencia de los trastor-

nos del sueño en 203 niños controlados en el Sector Salud Infantil del Servicio de Pediatría del Hospital Nacional Profesor Dr. Alejandro Posadas, que presentaban las siguientes características socioambientales: Se incluyeron 72 pacientes (35,5%) del grupo 1; 51 (25,1%) del grupo 2 y 80 (39,4%) del grupo 3. Noventa y tres (45,8%) eran niñas y 110 (54,2%), varones.

La distribución por orden de nacimiento fue la siguiente: 69 niños (34%) eran primeros hijos, 53 (26,1%) segundos; 33 (16,3%) terceros y 48 (23,6%) cuartos hijos o más. Respecto al número de hermanos, 28 niños (13,8%) eran hijos únicos, 57 (28,1%) tenían un solo hermano, 51 (25,1%) tenían 2 hermanos y 67 (33%) 3 hermanos o más.

Ciento ochenta y siete niños (92,1%) vivían con la familia completa (padre, madre y hermanos), 16 (7,9%) vivían con la madre y con los hermanos.

El principal sostén económico de la familia en 159 niños (78,3%) era el padre, en 16 (7,9%) la madre, en 21 (10,4%) ambos progenitores y en 7 (3,4%), otros.

Respecto al nivel de instrucción materna y paterna, la mitad de los padres cursaron primaria completa. El número de padres con primaria incompleta fue mayor que el de madres. En cambio se observó la inversa respecto al secundario incompleto (Tabla 1).

a) **Características del sueño y sus trastornos:** Presentaron: a) sueño continuo: 61,1% del grupo 1 (44/72 niños), 74,5% (38/51) del grupo 2 y 80% (64/80) del grupo 3.

b) **Trastornos del sueño:** Lo presentaban 37,4% (76/203); correspondieron 53,9% a niñas (n= 41) y 46,1% a niños (n= 35).

El 40,7% de los 76 que presentaban trastornos del sueño referían tanto disomnias como parasomnias.

TABLA 1: Nivel de instrucción de los padres.

Nivel de instrucción	Materno		Paterno	
	N	%	N	%
1ª Incompleta	12	5,9	26	12,8
1ª Completa	102	50,2	109	53,7
2ª Incompleta	49	24,1	40	19,7
2ª Completa	32	15,8	18	8,9
3ª Incompleta	8	3,9	10	4,9

De los niños que padecían disomnias, la mayoría presentaba resistencia a dormir y miedo a dormir solo, con una ligera prevalencia entre los 2 y 3 años (véase *Tabla 2*).

Respecto a los niños que padecían parasomnias, se observó que la prevalencia de pesadillas y terrores nocturnos fue similar, también con predominio en el Grupo 1 (véase *Tabla 3*).

c) *Cohabitación*: El 86,7% (176/203) de los niños compartían la habitación con sus padres, con otro adulto o con hermanos, con prevalencia similar en los tres grupos: 87,5% en el Grupo 1; 90,1% en el Grupo 2 y 83,7% en el Grupo 3.

De los que compartían la habitación con adultos u otros niños, el 36,3% presentaban dificultades para dormir (64/176), mientras que los que dormían en su propia habitación las referían en 44,4% (12/27), diferencias significativas (X^2 : 0,65; p = 0,42).

d) *Colecho*: Dormían en la misma cama con un adulto el 12,3% (25/203): 23,6% en el Grupo 1; 5,8% en el Grupo 2 y el 6,2% en el Grupo 3.

De los 25 niños que compartían la cama con los padres u otro adulto, 64% presentaban dificultades para dormir (16/25), mientras que los que dormían solos o con otro niño, las referían en 33,7% (60/178): X^2 : 8,55; p = 0,0035.

No se consideró colecho si compartían la cama con otro niño; en nuestro trabajo representó un 13,8% (28/203).

e) *Relación entre trastornos del sueño y variables socioambientales*: No se encontró asociación entre los trastornos del sueño y el grado de instrucción materno y paterno, orden de nacimiento, cantidad de hermanos y familia completa (véase *Tabla 4*).

CONCLUSIÓN

De los datos obtenidos en el presente trabajo se puede concluir que 37,4% (76/203) de los niños incluidos presentaban trastornos del sueño, de los cuales 40,7% presentaban tanto disomnias como parasomnias.

Entre las disomnias, la más prevalente fue la resistencia a dormir/miedo a dormir solo y entre las parasomnias, las pesadillas y los terrores nocturnos.

Encontramos asociación entre la presencia de trastornos del sueño y colecho.

No se observó asociación entre trastor-

nos del sueño y cohabitación, nivel de instrucción de los padres, orden de nacimiento, cantidad de hermanos y convivencia con familia completa.

TABLA 2: Prevalencia de disomnias (por grupo etario).

Disomnias	n	% en población general n= 203	% en niños con TS n= 76	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3
				n	n	n
Insomnio	0	0	0	0	0	0
Hipersomnia	1	0,49	1,3	0	1	0
T. ritmo S/V	3	1,47	3,9	2	1	0
R. dormir-Mds	44	21,6	57,8	19	13	12

Referencias:

Grupo 1: 2 años a 3 años 11 meses.

Grupo 2: 4 años a 5 años 11 meses.

Grupo 3: 6 años a 11 años 11 meses.

TS: Trastorno del sueño.

T. ritmo S/V: Trastorno del ritmo sueño/vigilia.

R. dormir-Mds: Resistencia a dormir-Miedo a dormir solo.

TABLA 3: Prevalencia de parasomnias (por grupo etario).

Parasomnias	n	% en población general n= 203	% en niños con TS n= 76	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3
				n	n	n
Pesadillas	17	8,3	22,1	10	3	4
Terrores nocturnos	15	7,3	19,5	7	3	5
Sonambulismo	7	3,4	9,1	2	1	4
Bruxismo	11	5,4	14,3	5	3	3
Enuresis	4	1,97	5,2	-	-	4

TS: Trastorno del sueño.

TABLA 4: Asociación entre trastornos del sueño y las variables analizadas.

Variable	p
Nivel de instrucción materno	0,79
Nivel de instrucción paterno	0,34
Orden de nacimiento	0,80
Cantidad de hermanos	0,83
Familia completa	0,28
Cohabitación	0,42
Colecho	0,0035

Prueba de X^2 (Mantel-Haenzel).

DISCUSIÓN

En los primeros quince años de la vida se producen más cambios en la estructura del sueño y en las funciones fisiológicas asociadas a él que en el resto de la vida.¹³

La cantidad de horas de sueño diurno y nocturno disminuye gradualmente a lo largo de la infancia.¹⁷⁻¹⁹

El ciclo sueño-vigilia tiene una duración de 25 horas aproximadamente, pero el oscilador interno está entrenado para adecuarse a las 24 horas mediante señales cronológicas como las actividades sociales, los horarios de comida y, especialmente, la luz ambiental.¹⁴

Desde el punto de vista fisiológico, el sueño se divide en dos períodos alternantes de agitación y calma que se suceden con regularidad a lo largo de la noche¹⁵: el sueño activo o REM, responsable de la actividad onírica, que desempeña un papel primordial en la retención mnésica;^{15,16} en este estado los niños se despiertan fácilmente y se generan los sueños y las pesadillas, y el sueño calmo o no REM, es donde se lleva a cabo la síntesis proteica, la reparación energética y la secreción de hormona de crecimiento; aquí se presentan los trastornos del sueño, sonambulismo, bruxismo y enuresis.¹⁵⁻¹⁷

Desde el punto de vista emocional, el sueño tiene valor como defensa del mundo exterior, como liberación y descarga de tensiones, como una forma de integración de las huellas mnémicas dejadas por la actividad diurna.¹⁶

Nuestros hallazgos con respecto a la presencia de sueño continuo indican que lo presentaba el 61,1% del Grupo 1, el 74,5% del Grupo 2 y el 80% del Grupo 3. Este incremento de sueño continuo a medida que aumenta la edad es lo esperable.

Respecto de los trastornos del sueño, en nuestra población, el 37,4% de los niños manifestaban alguna de las dificultades mencionadas, cifras comparables con las informadas por Kataría (42%),⁵ Kahn (43%),¹⁰ Lozoff (30%).²⁰ En cambio, la investigación de Rona informó una prevalencia menor (20%) a los 5 años y 6% a los 11.³

En cuanto al comportamiento relacionado con el adormecimiento, las disomnias, hemos observado que entre el total prevalecen la resistencia a dormir y el miedo a

dormir solo en el 21,7% de nuestra población, cifra semejante a la citada por Blader, (27%) en una población de 5 a 12 años¹² y Zuckerman (29%) sobre 309 niños de 3 años;²¹ en cambio, Kataría menciona un 42% en una población de niños de 3 años.⁵ Es de destacar que en nuestro trabajo, el mayor número de niños con este trastorno se encontraba en el grupo de 2 a 3 años y 11 meses, comprobación que coincide con el trabajo de Kataría respecto al grupo de edad, no así con Blader. Según Ajuriaguerra y Marcelli,¹⁶ la resistencia a dormir solo es una manifestación esperable entre los 2 a 5-6 años de edad, por ello los autores mencionados consideran que “casi forman parte del desarrollo normal de todo niño”.

Nos llama la atención no haber encontrado manifestaciones de insomnio en el Grupo 3 entre las disomnias, edad en que comienza a prevalecer,¹⁶ Blader detectó 6,5%.¹² Respecto a esta manifestación, cabría preguntarse—teniendo en cuenta que por definición el insomnio es la dificultad para conciliar el sueño— si los niños con resistencia a dormir y/o miedo a dormir solos, no están presentando una manifestación de insomnio, como opina también Kahn.¹⁰

En el análisis de las parasomnias, 26,4% de nuestra población las presentaba a semejanza de Kahn, quien menciona un 29%.¹⁰ En nuestro trabajo, las pesadillas predominaron en un 8,3% de nuestra población en el grupo de menor edad; nuestros resultados no coinciden con la bibliografía. Se observan resultados muy dispares: mientras Smedje detecta un 3,1% en niños de 5 a 7 años,² Beltramini encuentra un 38% en el mismo grupo etario,⁴ Pin Arboledas un 30% desde los 2 años¹³ y Pedreira un 55% en un grupo de 233 niños de 6 a 11 años, con un pico máximo a los 9 años.²² A pesar de que en nuestra muestra la prevalencia de pesadillas es menor, estas manifestaciones, por su trascendencia, nos invitan a incluirlas en nuestra anamnesis, ya que pueden ser indicadores de trastornos del desarrollo.

En cuanto a los terrores nocturnos, nosotros encontramos un 7,4%, con mayor prevalencia en el grupo de menor edad, coincidiendo con Pedreira, que encontró un 7%;²² por su parte Beltramini constató un 5,4% en un grupo de niños de 1 a 5 años.⁴

Respecto a las demás manifestaciones

de parasomnias, se observa que un 3,4% de nuestra muestra presentaba sonambulismo, cifra menor a la de otros autores. Kahn ha detectado un 5% y Blader 9,7%.¹² Detectamos un 2% de niños con enuresis en el grupo de 6 a 11 años, cifra que coincide con el trabajo de Kahn,¹⁰ pero no con el de Smedje,² que menciona un 5,3% en niños de 5 a 7 años, ni con el de Blader¹² que informa un 5,3% en niños entre 5 y 12 años.

Estos resultados incitan a la búsqueda de los motivos de tal diferencia, para confirmar si el tipo de seguimiento del crecimiento y desarrollo implementado desde el nacimiento para nuestra población en estudio, incide en la disminución de la prevalencia de enuresis.

Con respecto a la cohabitación, 86,7% de los niños compartían la habitación con los padres u otros familiares, hecho generalmente más relacionado con factores socioambientales (elevado número de convivientes, cantidad de habitaciones), que con trastornos del sueño. De acuerdo con varios autores,^{10-12,20} no hemos encontrado asociación entre trastornos del sueño y cohabitación.

Por su parte, un factor que sí está relacionado con una mayor prevalencia de trastornos del sueño es el colecho. Es significativo que de los 25 niños con colecho, 16 (64%) presentaban dificultades para dormir, mientras que las referían el 33,7% de los 178 que dormían solos o con otros niños. Sin embargo, otros autores no encontraron asociación entre colecho y trastornos del sueño.^{10,22}

Se especula que la mayor prevalencia de trastornos del sueño en niños con colecho informada en varias publicaciones se debería a una inseguridad del niño en relación con su madre, con sentimientos ambivalentes de ella hacia su hijo entrelazando actitudes positivas con sensaciones de resentimiento, que llevan al niño a demorar la posibilidad de lograr la regulación del sueño por sí mismo.^{4,5,11,12,21}

No se pueden dejar de mencionar aquí los factores culturales, ya que muchas familias de costumbres tan distintas a las occidentales, como es el caso de los asiáticos, tienen como modalidad habitual de crianza el compartir la habitación y aun la cama con sus hijos, sin que ello sea vivido por ellos como un problema. Esto fue comprobado

por Latz, quien si bien encontró alta prevalencia de colecho en la población japonesa, esto no se asoció *per se* con trastornos del sueño.²³

En nuestro trabajo, los trastornos del sueño fueron más prevalentes en niños con colecho, pero cabe mencionar que no tomamos datos del origen étnico de las familias, de las características de las habitaciones, ni de conflictos emocionales parentales que pudieran incidir en los niños como causa o consecuencia de los trastornos del sueño. Se requeriría otro tipo de diseño de trabajo de investigación para poder comprobar tal asociación.

De todo lo expuesto concluimos que la identificación temprana de los trastornos del sueño como uno de los indicadores de posibles dificultades del crecimiento y desarrollo, debe ser una tarea prioritaria del equipo de salud, para poner en práctica una intervención oportuna y exitosa con el consiguiente beneficio para el niño y su familia, lo que en alguna medida, contribuirá a una mejor calidad de vida. ■

BIBLIOGRAFÍA

1. Lozoff B, Zuckerman B. Trastorno del sueño en el niño. *Pediatr Rev* 1989; 10(1):17-14.
2. Smedje H, Broman J, Hetta J. Parents' reports of disturbed sleep in 5-7 years old Swedish children. *Acta Pædiatr* 1999; 88:858-865.
3. Rona R, Li L, Guilliford M, Chinn S. Disturbed sleep: effects of sociocultural factors and illnesses. *Arch Dis Child* 1998; 78:20-25.
4. Beltramini A. Sleep and bedtime behavior in preschool aged children. *Pediatrics* 1983; 71:153-158.
5. Kataria S y col. Persistence of sleep disturbances in preschool children. *J Pediatr* 1987; 110 (4):642-646.
6. Estivil E. Las parasomnias y las hipersomnias en los niños. *Formación Médica Continuada en Atención Primaria* 1997; 4(1):16-25.
7. G. Pin Arboledas A, Lluch Roselló F, Borja P. El pediatra ante el niño con trastornos del sueño. *An Esp Pediatr* 1999; 50(3):1-6.
8. Lejarraga H, Krupitzky S. Organización de un estudio racional para la evaluación de desarrollo psicomotor infantil con un programa de entrenamiento para pediatras. *Arch.argent.pediatr.* 1996; 94:290-300.
9. DSM IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Madrid: Masson S.A., 1995.
10. Kahn A et al. Sleep problems in healthy preadolescents. *Pediatrics* 1989; 84:542-546.
11. Lozoff B, Abraham W y Davis N. Cosleeping in urban families with young children in the United States. *Pediatrics* 1984; 74:171-182.
12. Blader J, Koplewicz H, Abikoff H, Foley C. Sleep problems of elementary school children. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1997; 151:473-480.
13. Arboledas GP. Alteraciones del sueño en el niño:

- enfoque desde la asistencia primaria. Conferencias del Área de Trastornos del Sueño (Curso Virtual). 1998, (1):1-18.
<http://neurología.rediris.es/congreso-1/conferencias/son-1.html>
14. Gillin C, Ancoli-Israel S. Impacto de la edad sobre el sueño y los trastornos del sueño. *Trastornos del sueño* 1994; 2:35-46.
 15. Niedermeyer E. Terminología de los estudios del sueño. *Trastornos del sueño* 1994; 1:10-12.
 16. Ajuriaguerra J, Marcelli D. Psicopatología de las conductas de adormecimiento y sueño. *Manual de Psicopatología del niño*. Madrid: Masson S.A., 1992:75-87.
 17. Levingston R. Funciones neurológicas superiores: sueño. *Trastornos del sueño* 1994; 1:6-10.
 18. Blum N, Carey W. Trastornos del sueño en lactantes y niños pequeños. *Pediatr Rev* 1996; 17(4):123-129.
 19. Blanco O. Trastornos del sueño. En: Sociedad Argentina de Pediatría. PRONAP. Buenos Aires: SAP, 1996. Módulo 3.
 20. Lozoff B, Wolf A W, Davis NS. Sleep problems seen in pediatric practice. *Pediatrics* 1985; 75:477-483.
 21. Zuckerman B, Stevenson J, Bailey V. Sleep problems in early childhood: continuities, predictive factors and behavioral correlates. *Pediatrics* 1987; 80:664-671.
 22. Pedreira JL, Martín-Alvarez L. Trastornos del sueño en la infancia. *Rev Psiquiatr Psicol Niño Adol* 2001; 3(1):1-15
 23. Latz S, Wolf A, Lozoff B. Cosleeping in context: sleep practice and problems in young children in Japan and the United States. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1999; 153 (4):339-346.

*Sorprendernos por algo es el primer paso de la mente
hacia el descubrimiento.*

LOUIS PASTEUR