

## TEMA 11.- LOS TRASTORNOS DEL SUEÑO.

### 2.- EVOLUCIÓN HISTÓRICA DEL CONCEPTO DE SUEÑO.

Los estudios acerca del sueño han ido evolucionando a lo largo del tiempo en función del desarrollo de las distintas culturas; así podemos diferenciar varias etapas:

#### 2.1.- PERÍODO FILOSÓFICO: ANTIGÜEDAD-SIGLO XVII.

Se plantearon diversas hipótesis acerca de por qué se producía el estado de sueño. Eran especulaciones dado que no se realizaba ningún tipo de investigación que pudiese confirmar tales creencias:

- Hipótesis vascular (Alcmeón de Crotona, S. VI a.C.): el sueño era producido por un incremento de sangre en las venas.
- Hipótesis térmica (Empédocles de Agrigento): El sueño era producido por un aumento de la temperatura corporal.
- Hipócrates: relaciono las dos hipótesis anteriores al considerar que el sueño era resultado de fluctuaciones vasculares y térmicas.
- Hipótesis de la ingesta (Aristóteles).
- Textos religiosos: frecuentes alusiones al sueño, en la mayoría de los casos asemejándolo con la muerte.
- Hipótesis de la ingesta (Hildegard Von Bingen): “el hombre tiene dos condiciones que son la vigilia y el sueño. Por medio de estos estados su cuerpo se nutre mediante el alimento u el descanso”

#### 2.2.- PERÍODO PRECIENTÍFICO: SIGLO XVIII-1929.

A partir del siglo XVIII se incrementa el interés por el sueño y surgen un gran número de hipótesis que tienen un marcado interés por una explicación fisiológica:

- Hipótesis de que la fatiga produce una disminución de oxígeno en el cerebro, lo que termina provocando el sueño; o que la fatiga tiene como consecuencia la hinchazón de las neuronas y eso produce sueño.

- Hipótesis de la inhibición condicionada de Pavlov.
- Hipótesis químicas: debido a sustancias en el suero sanguíneo.
- Hipótesis endocrinas: el sueño se produce por la influencia de hormonas vagotónicas.

📄 En la segunda mitad del S. XIX hay que resaltar las reflexiones de Griesinger, primer autor que considera el sueño como un fenómeno activo y no como un estado pasivo como se había considerado hasta entonces.

### 2.3.- PERÍODO CIENTÍFICO: A PARTIR DE 1929.

📄 El año 1929 Hans Berger sienta las bases del registro de la actividad electroencefalográfica (EEG) con lo que se producen un gran número de hallazgos que llevan a plantear teorías muy diversas sobre el sueño:

- La aplicación del EEG al estudio del sueño realizada por Loomins en 1935.
- Las hipótesis anatómicas propuestas por Bremer en 1937.
- La clasificación de las fases del sueño propuestas por Demet y Kleitman en 1957 (Fases I, II, III, IV y sueño MOR).
- Contribución de Rechtschaffen y Kales, quienes en 1968 propusieron las normas de registro polisomnográfico vigentes aún en la actualidad.

📄 Recientemente, Buela-Casal propone un modelo según el cual el sueño está determinado por cuatro dimensiones:

- Tiempo circadiano u hora del día en el que está localizado.
- Factores intrínsecos al organismo (edad, patrones de sueño, estados fisiológicos o necesidad de dormir).
- Conductas desarrolladas que facilitan o inhiben el sueño.
- Ambiente en el que el sujeto duerme (habitación, temperatura, luz, ruido, etc.)

### 3.- CONSIDERACIONES ACERCA DE LA NECESIDAD NORMAL DE SUEÑO.

- ☞ La cantidad necesaria de sueño en el ser humano depende de factores biológicos, conductuales y ambientales.
- ☞ Las personas pueden calificarse también en función de la calidad de sueño:
  - "buenos dormidores".
  - "malos dormidores".
  - Matutinos (tendientes a acostarse y levantarse temprano, mayor activación y tiempos de reacción más cortos a primera hora de la mañana) y
  - Vespertinos (tendientes a acostarse y levantarse tarde, la fase IV del sueño aparece mucho más tarde).
- ☞ Las personas con patrón de sueño eficiente y las personas con patrón de sueño no eficiente, se diferencian en las perturbaciones en el sueño de ondas lentas durante la fase IV (La calidad de la fase IV de sueño es fundamental para que el sueño sea reparador).
- ☞ No hay diferencias de personalidad entre sujetos con patrón de sueño largo y corto.

### 4.- CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS DEL SUEÑO.

- ☞ La actual clasificación de los trastornos del sueño incluye cuatro categorías:
  - Disomnias: trastornos de iniciación y mantenimiento del sueño, trastornos de somnolencia diurna excesiva y trastornos del sueño relacionados con el ritmo circadiano).
  - Parasomnias: trastornos del despertar, trastornos de la asociación sueño-vigilia y alteraciones asociadas al sueño MOR.
  - Trastornos asociados con alteraciones médicas o psiquiátricas.
  - Otros posibles trastornos sobre los que no se posee suficiente información para ser considerados como trastornos específicos del sueño.

## 5.- PRINCIPALES TRASTORNOS DEL SUEÑO.

### 5.1.- INSOMNIO.

#### 5.1.1.- Definición.

- ☞ El insomnio es un trastorno caracterizado por la reducción de la capacidad de dormir como consecuencia de factores psicológicos, biológicos y/o ambientales.
- ☞ Dado que la necesidad de sueño está determinada por diferentes factores (edad, sexo, patrones de sueño, etc.) debemos valorar en cada caso particular qué grado de patología supone esta disminución de la capacidad de dormir.
- ☞ Se suele aceptar y utilizar algunos criterios con el fin de establecer una definición operativa de insomnio:
  - Que la latencia de sueño sea superior a 30 minutos.
  - Que el tiempo total de vigilias nocturnas sea superior a 30 minutos.
  - Que el tiempo total de sueño por noche sea inferior a 6 horas y media.
  - Tener somnolencia diurna y decremento del rendimiento.
  - Los síntomas deben presentarse tres o más veces por semana.
  - La duración de la sintomatología debe ser superior a un mes.
- ☞ Estos criterios de diagnóstico deben constituir un conjunto de parámetros (fisiológicos, motores y cognitivos) a tener en cuenta, pero nunca utilizando como referencia unos valores absolutos.

#### 5.1.2.- Epidemiología.

- ☞ Es el trastorno del sueño más frecuente (5% de la población adulta).
- ☞ Más frecuente en las mujeres con incremento significativo al aumentar la edad (20% en la tercera edad).

### 5.1.3.- Tipos de insomnio.

☞ A la hora de hablar de insomnio se suelen describir dos tipos: transitorio (o situacional) y persistente.

☞ Los dos tipos se caracterizan por:

- Una latencia de sueño prolongada.
- Despertares frecuentes y dificultad para reanudar el sueño.

#### Insomnio transitorio (días o semanas)

Existen numerosos factores que pueden provocar insomnio, entre los que destacan:

- Alteraciones ambientales: las modificaciones de las condiciones ambientales preferidas para dormir del sujeto pueden dar lugar a un episodio de insomnio, especialmente si el cambio es brusco. (tipo de colchón, temperatura, ruido, luz, etc.)

- Cambios horarios:

➤ Turnos de trabajo nocturnos: hacen que el sujeto descanse durante el día, cuando las condiciones ambientales no favorecen el sueño, reduciéndose la duración del mismo.

La calidad de sueño de estos trabajadores también experimenta un deterioro, y aunque no suelen encontrarse diferencias en el inicio del sueño, se reduce la fase II y se incrementa la somnolencia.

➤ Vuelos transcontinentales (yet-lag): provocan cambios horarios rápidos y pronunciados que pueden originar trastornos del sueño.

- Crisis emocionales agudas: los factores psicológicos intervienen en cerca de un 80% de los pacientes que se quejan de insomnio transitorio (laborales, financieros, familiares, etc.).

Una persona sometida a una situación estresante presenta como unos de los primeros síntomas de estrés la dificultad para conciliar el sueño, por lo que tendrá más tiempo para pensar en su problema, creándose de esta forma un círculo vicioso.

El sueño en estos casos no suele ser reparador.

### Insomnio crónico (meses o años):

La mayor parte de los insomnios crónicos están relacionados con problemas médicos, psiquiátricos o conductuales. No obstante hay algunos pacientes que presentan insomnio persistente en ausencia de una patología:

- Dolor: es una de las causas médicas más frecuentes de insomnio crónico. Sujetos con migraña nocturna, arritmias cardíacas, afecciones neurológicas en el troncoencéfalo o hipotálamo, etc., suelen manifestar alteraciones del sueño.
- Trastornos de personalidad los cuales suelen ir acompañados de ansiedad, fóbias, etc.
  - Depresión: el insomnio del sujeto depresivo se caracteriza por una latencia normal y frecuentes despertares.
  - Hipomanía: el insomnio en el paciente hipomaníaco se distingue por la elevada latencia de sueño y por un notable decremento del tiempo total de sueño.
  - Psicosis esquizofrénica: relacionado especialmente con la fase aguda, se caracteriza por grandes dificultades para iniciar y mantener el sueño, produciéndose en algunos casos un insomnio casi total.
  - Anorexia nerviosa: suelen presentar alteraciones del sueño, despertándose temprano.
- Tolerancia y abstinencia a fármacos depresores del SNC: (barbitúricos, benzodiazepinas, antihistamínicos)

Se suelen producir despertares nocturnos acompañados de una dificultad para conciliar de nuevo el sueño ya que modifican la arquitectura normal del sueño, lo cual repercute en su calidad.

La suspensión del tratamiento suele ir acompañada de la reaparición de los síntomas de ansiedad e insomnio previos al tratamiento, fenómeno conocido con el nombre de insomnio rebote.

- Consumo prolongada de grandes cantidades de alcohol: provoca alteraciones en la organización de sueño (disminución de las fases de sueño MOR y frecuentes interrupciones del sueño).

La suspensión brusca del alcoholismo crónico provoca un aumento en la latencia de sueño, reducción de las fases III y IV, y un incremento del sueño MOR.

- Consumo prolongado de estimulantes: va acompañado de un incremento de la latencia de sueño y una disminución del tiempo total de sueño.

## 5.2.- SÍNDROME DE APNEA DEL SUEÑO.

### 5.2.1.- Definición.

- ☞ Alteración de la respiración caracterizada por una interrupción repetitiva y de duración de más de 10 segundos del flujo aéreo nasobucal, durante el sueño y provocado por una obstrucción de las vías aéreas superiores.
- ☞ Cada apnea tiene una duración variable entre 10 y 120 seg, siendo más duraderas durante el sueño MOR.
- ☞ Etiopatogénesis: Intervienen:
  - Factores anatómicos (malformaciones en las vías aéreas superiores)
  - Factores funcionales (inestabilidad del control de la respiración, activación defectuosa de los músculos).

### 5.2.2.- Epidemiología.

- ☞ Prevalencia: 1-10%.
- ☞ Predomina en el género masculino (9:1). Máximo entre los 40-69 años.

### 5.2.3.- Clasificación.

- ☞ Se pueden distinguir 3 tipos de apnea del sueño:
  - Apnea obstructiva o de las vías respiratorias superiores: parada del flujo aéreo a pesar del esfuerzo respiratorio persistente. Engloban el 90% de las apneas (como obstructiva sólo y como mixta). SAOS (Síndrome de apnea obstructiva del sueño).
  - Apnea central: Cese del flujo nasobucal acompañado de una falta de movimientos respiratorios de los músculos torácicos y abdominales (más característica de pacientes con patología cerebral grave).

- Apnea del sueño mixta: Empieza como una apnea central y termina como una obstructiva.

#### 5.2.4.- Sintomatología clínica.

- ☞ Se utiliza en índice de apnea del sueño: suma de apneas (obstrucción total) y de hipoapneas (obstrucción parcial) por hora de sueño. Si el índice es superior a 10 ⇒ SAOS. Es un criterio diagnóstico mínimo y hace referencia a la fase inicial de la enfermedad (puede llegar a más de 50).
- ☞ Como consecuencia del SAOS, de desarrollan mecanismos patofisiológicos que alteran el funcionamiento cerebral:
  - Estricta relación entre los cambios en las fases y estados del sueño y el patrón de respiración:
    - Secuencia fase de sueño-apnea-activación-respiración:
      - ❖ Cuando el sujeto entra en la fase I la amplitud respiratoria disminuye hasta la parada respiratoria completa.
      - ❖ La recuperación está acompañada por un retorno hacia la fase previa del sueño.
      - ❖ Con la recuperación el sujeto vuelve a dormirse hasta que el episodio vuelve a comprometer la respiración.
    - Severa fragmentación del sueño:
      - ❖ Se limita a las fases I y II.
      - ❖ Las fases III y IV no aparecen o están reducidas.
      - ❖ Sueño MOR reducido.
  - Otra consecuencia directa del SAOS: cambios en los gases sanguíneos durante la noche: hipoxemia o hipercapnia nocturnas.
  - Disminución del flujo sanguíneo cerebral e hipertensión intracraneal.



### 📄 Cuadro clínico:

- Síntomas diurnos: somnolencia diurna, decremento del rendimiento intelectual, deterioro de la memoria, irritabilidad o depresión., y episodios de confusión con conducta automáticas ⇒ Problemas sociales, accidentes, problemas matrimoniales (disminución del deseo sexual).
- Síntomas nocturnos: roncar interrumpido periódicamente por paradas respiratorias. También se puede presentar somniloquio (hablar durante el sueño) y poliuria nocturna.

Factores agravantes: Ganancia de peso corporal.

Complicaciones médicas: afectan al sistema cardiovascular, cerebrovascular y respiratorio como arritmia cardíaca, hipertensión sistémica, hipertensión pulmonar, infarto cerebral isquémico, muerte súbita durante el sueño.

## 5.3.- NARCOLEPSIA

### 5.3.1.- Definición y sintomatología clínica.

📄 El síndrome de narcolepsia está integrado por 4 síntomas que forman la "tétrada narcoléptica":

- Somnolencia diurna excesiva:
  - Es el síntoma más frecuente.
  - Periodos cortos de sueño diurno que se pueden prevenir mediante un esfuerzo voluntario.
  - Se produce en momentos inapropiados.
  - Dura entre 10-15 minutos.
- Cataplexia:
  - Aparece una vez que están establecidos los ataques de sueño.

- Repentina disminución o pérdida del tono muscular, permaneciendo consciente.
  - La pérdida puede ser generalizada o limitada a un grupo de músculos.
  - Desencadenada por emociones intensas.
  - Lo presentan 2/3 de los pacientes narcolépticos.
  - Se ha intentado establecer una asociación entre narcolepsia y fibromialgia.
- Parálisis de sueño:
    - Tiene lugar al quedarse dormido o al despertar.
    - Sensación de no poder mover ningún músculo.
    - Duración variable (de pocos segundos a minutos).
    - Termina con un movimiento vigoroso de los ojos al ser tocado.
  - Alucinaciones hipnagógicas:
    - Alucinaciones visuales o auditivas, vívidas y terroríficas que normalmente coinciden con las parálisis del sueño.
    - Ocurren en 1/4 de los pacientes con narcolepsia.

### 5.3.2.- Epidemiología.

- 📄 Comienza en la adolescencia con hipersomnolencia.
- 📄 Conforme se va incrementando la edad, presentan una disminución de la eficiencia del sueño nocturno y un incremento de la somnolencia diurna.
- 📄 Una vez iniciado el trastorno se mantiene toda la vida.
- 📄 Incidencia del 1-2/1000 de la población.

### 5.3.3.- Características del sueño nocturno en el paciente narcoléptico.

- ☞ Latencia del sueño MOR inferior a 20 minutos (el sueño de éstos pacientes se inicia en la fase MOR).
- ☞ Incremento de la fase I.
- ☞ Disminución de las fases III y IV.
- ☞ Incremento de número de despertares por la noche.
- ☞ Fragmentación de los periodos MOR.
- ☞ Los pacientes narcolépticos presentan un patrón polifásico de sueño-vigilia: la vigilia diurna es interrumpida por ataques de sueño irresistibles y por la noche el sueño es interrumpido.

### 5.3.4.- Etiología.

- ☞ En el intento de explicar el origen de la narcolepsia se han formulado tres hipótesis explicativas diferentes, aunque no excluyentes:

- Hipótesis inmunológica:

- El trastorno está asociado con el antígeno linfocitario humano (ALH).
- La discordancia encontrada entre gemelos monocigóticos pone de manifiesto la implicación de factores ambientales.

- Hipótesis neuroquímica:

Depresión de los sistemas monoaminérgicos e hipersensibilidad de los sistemas de acetilcolina lo que apoya la hipótesis de que la narcolepsia consiste en una alteración de la regulación del sueño MOR.

- Hipótesis neuropatológica:

Considera que este trastorno está asociado a diferentes alteraciones neuropatológicas de regiones cerebrales relacionadas con el sueño como: neoplasias, esclerosis múltiple, neurofibromatosis, etc.

## 5.4.- SÍNDROME DE KLEINE-LEWIN.

### 5.4.1.- Definición y sintomatología clínica.

☞ El síndrome de Kleine-Lewin se caracteriza por:

- Somnolencia diurna excesiva que puede durar hasta varias semanas, desapareciendo espontáneamente (se puede llegar a dormir más de 20 horas diarias). Los episodios aparecen de forma abrupta o gradual, y el sueño puede ser tranquilo o agitado (actividad onírica excesiva).

- Otros síntomas:

Excesiva hambre y sed (incremento de peso del paciente al final de cada acceso).

Irritabilidad, inestabilidad, dificultad de pensamiento, frases incoherentes, alucinaciones, en algunos casos actividad sexual exacerbada (proposiciones a ambos sexos o masturbaciones públicas).

☞ La desaparición de los síntomas se produce después de unos días, acompañado a veces de insomnio, comportamiento maníaco o cuadro depresivo.

☞ El periodo asintomático también es variable (de semanas a meses), durante el cual el comportamiento es normal (¿deterioro persistente de la personalidad?).

☞ Registro EEG durante el episodio:

- enlentecimiento de la actividad eléctrica de base y, a veces, accesos paroxísticos de ondas de amplitud media o grande (Algunos casos con EEG normal).
- Si el episodio se prolonga más de 24 horas: reducción en la latencia de la fase MOR e incremento total del sueño.

### 5.4.2.- Epidemiología.

☞ No muy frecuente.

☞ Afecta más a hombres.

☞ Aparece en la adolescencia (15 años en hombres y 20 en mujeres).

- ☞ Etiología desconocida aunque en el 50% de los casos, se ha encontrado días antes del primer episodio, procesos gripales o infecciones de vías respiratorias altas.

### 5.4.3.- Etiología.

- ☞ La etiología del síndrome de Kleine-Lewin es todavía poco conocida. Con la intención de explicar su sintomatología se han planteado algunas hipótesis que implican al sistema límbico:

- El incremento del tiempo total de sueño: afección de áreas hipotalámicas laterales.
- La megafagia: activación del hipotálamo lateral o inhibición del hipotálamo ventromedial.
- La desinhibición sexual: relacionada con la activación del hipotálamo anterior, parte medial del área preóptica y núcleo anteromedial, o inhibición de núcleos amigdalinos.

- ☞ En apoyo de la hipótesis:

- Apoyada por el hecho de que en muchos casos el primer episodio va acompañado de cuadros febriles y, una descarga térmica moderada en el área preóptica del hipotálamo anterior, favorece el sueño en la rata.
- Exámenes a cadáveres de paciente con el síndrome: alteraciones en éstas zonas.
- En éstos pacientes, durante los periodos sintomáticos, se producen alteraciones hormonales que indican una reducción de actividad dopaminérgica en el hipotálamo.
- Intentos de relacionar el síndrome con depresiones recurrentes bipolares. Paralelismo en la estructura del sueño de sujetos con el síndrome y pacientes depresivos: reducción de la latencia del sueño MOR, despertares nocturnos, etc, y se ha demostrado una respuesta terapéutica al litio.

### 5.5.- SÍNDROME DE PICKWICK.

- ☞ Los síntomas característicos de este síndrome son la obesidad, la somnolencia, la hipoventilación y la eritrocitosis (producción excesiva de glóbulos rojos).

- ☞ Es un síndrome relativamente raro, existiendo a veces dificultades para diferenciarlo de la apnea del sueño
- ☞ La hipoventilación altera la sensibilidad de los quimiorreceptores, provocando astenia y somnolencia y, seguidamente, hipertensión y alteraciones vasculares.

## 5.6.- FACTORES DE CONDUCTA ASOCIADOS AL SUEÑO MOR.

### 5.6.1.- Definición y sintomatología clínica.

- ☞ Los pacientes con trastorno de conducta asociada al sueño MOR (TCM) presentan:
  - Movimientos vigorosos o violentos durante el sueño MOR (periodo en el que normalmente se presenta una atonía muscular), que suelen representar "escenificaciones" de los ensueños típicos de ésta fase.
  - Se producen normalmente 1 vez por semana (pueden presentarse varias veces por noche durante varios días seguidos).
  - Los registros polisomnográficos muestran unas fases del sueño MOR sin atonía muscular, incluso con incremento del tono muscular, movimientos corporales y conductas complejas.
  - Puede encontrarse disociación entre el EMG del mentón y los movimientos corporales.
  - La mayoría de los pacientes suelen mostrar espasmos EMG aperiódicos y movimientos simples de todas las extremidades durante cualquier fase del sueño no paradójico.
  - Aunque la alternancia del sueño MOR y NMOR es normal, hay incremento del sueño de ondas lentas.
  - Es importante diferenciarlo de los ataques epilépticos nocturnos, terrores nocturnos, pesadillas, sonambulismo, apnea obstructiva del sueño, etc.

### 5.6.2.- Epidemiología.

- ☞ La mayoría de los casos descritos se originan a los 60-70 años.
- ☞ Más frecuente en varones.

### 5.6.3.- Etiología.

- ☞ Cabría esperar que el origen del trastorno estuviera asociado a alteración de los sustratos neuronales troncoencefálicos, sin embargo, la evaluación neurológica, no revela éstas alteraciones.
- ☞ Puede ser resultado de un descenso de la actividad de poblaciones serotoninérgicas o noradrenérgicas responsables de la inhibición fásica del sueño MOR.
- ☞ En algunos casos se ha encontrado asociado a esclerosis múltiple, Parkinson y tumores cerebrales troncoencefálicos.

## 5.7.- TRASTORNOS DEL SUEÑO EN LA INFANCIA.

### 5.7.1.- Pesadillas.

- ☞ Constituyen episodios de sueño con ansiedad que surgen durante el sueño MOR o paradójico.
- ☞ Van acompañadas siempre de ansiedad, aunque no tienen por qué presentar activación autonómica.
- ☞ La respuesta a la ansiedad incluye una reacción motora brusca que puede provocar el despertar.
- ☞ El niño presenta un contacto normal con la realidad y tiene la sensación de haber soñado con una amenaza inmediata.
- ☞ Si se repiten mucho pueden provocar fobia al sueño.
- ☞ Se producen a cualquier edad aunque son más frecuentes en la primera década de vida.
- ☞ Más frecuentes cuando el niño está preocupado o ansioso (algunos lo asocian a ciertos rasgos psicopatológicos).

### 5.7.2.- Terrores nocturnos.

- ☞ Suelen producirse en el primer tercio de la noche, en las fases III o IV del sueño.
- ☞ El niño se sienta bruscamente en la cama gritando intensamente; Se pueden producir vocalizaciones acompañadas de manifestaciones de una ansiedad intensa: sudoración, piloerección y taquicardia. Gestos incoordinados y rápidos y fijación de la mirada en algún punto frontal.

- ☞ Generalmente, el niño no suele recordar lo ocurrido (si recuerda algo, no suele estar muy elaborado).
- ☞ Los episodios suelen iniciarse en la edad preescolar, pudiendo ocurrir durante toda la infancia.
- ☞ Incidencia: Un 4% presenta episodios frecuentes. Un 15%, episodios esporádicos.
- ☞ Podría tener una base hereditaria. Hipótesis de que la tensión emocional y la fatiga contribuyen a su aparición en niños predispuestos hereditariamente.
- ☞ Dosis únicas de antidepresivos tricíclicos y neurolépticos administrados antes de acostarse, pueden incrementar la frecuencia de los episodios.
- ☞ Asociación entre los terrores nocturnos y la activación del trazado poligráfico: sería un trastorno del despertar caracterizado por activación autonómica intensa. Podría considerarse como un estado anómalo de la conciencia en el que se combinan aspectos del sueño de ondas lentas, del sueño paradójico y de la vigilia.
- ☞ Podría estar relacionado con un retraso madurativo del SNC.

### 5.7.3.- Sonambulismo.

- ☞ Secuencia de comportamientos complejos durante el sueño de ondas lentas, generalmente en el primer tercio de la noche.
- ☞ El episodio se inicia con movimientos corporales. Mantiene los ojos abiertos y fijos, siendo capaz de inspeccionar el ambiente; puede llegar a vestirse, a abrir las puertas, salir de casa, alimentarse, realizar tareas de higiene personal, etc.
- ☞ Durante éste estado existe falta de responsividad al medio ambiente.
- ☞ Puede hablar, aunque su articulación es muy pobre.
- ☞ Duración: desde 1 minuto hasta más de media hora.
- ☞ Frecuencia: hasta varios episodios por semana.

Puede llegar a durar años sin provocar ninguna alteración comportamental durante la vigilia, aunque si se producen muy frecuentemente, pueden alterar las relaciones interpersonales.

- ☞ El 15% de los niños tiene un episodio de sonambulismo alguna vez, aunque rara vez antes de los 5 años. Sobre todo entre los 10-14 años.
- ☞ Este trastorno podría tener base hereditaria: Los niños con predisposición genética, lo manifestarían en épocas de estrés (exámenes).



- ☞ Puede estar asociado a otros trastornos del sueño: somniloquio, terrores nocturnos o enuresis.
- ☞ Etiología: Diferentes hipótesis: factores emocionales, retraso madurativo.
- ☞ Los estudios basados en poligrafía, consideran el sonambulismo como un trastorno del despertar: el sujeto, después de un largo periodo inicial en las fases III y IV, pasa de forma brusca a las fases I y II (superficialización del sueño) ⇒ Existe una disociación entre el comportamiento motor y la conciencia.
- ☞ Relación entre el episodio de sonambulismo y el sueño paradójico: el sonambulismo sería un mal funcionamiento de los mecanismos activadores del sueño paradójico, lo cual provoca un despertar atípico.

#### 5.7.4.- Somniloquio.

- ☞ Emisión de sonidos con significado psicológico durante el sueño sin que exista una concepción crítica subjetiva durante el episodio (desde sonidos ininteligibles hasta pequeños discursos).
- ☞ El discurso puede ser:
  - Elaborado y afectivo durante el sueño paradójico.
  - Pobre en las fases de ondas lentas.
- ☞ Duración: pocos segundos.
- ☞ Aunque pueden aparecer a cualquier edad infantil, normalmente se inician en la edad preescolar.
- ☞ Si el problema se mantiene hasta la edad adulta, podría estar asociado a cuadros de ansiedad.

#### 5.7.5.- Jactatio capitis nocturna.

- ☞ Balanceo rítmico de la cabeza (en algunas ocasiones de todo el cuerpo) antes de dormirse el sujeto o en las fases I y II de sueño.
- ☞ Los movimientos pueden ser regulares o intermitentes; aunque casi siempre son suaves, pueden resultar violentos y provocar heridas.
- ☞ Frecuencia: 60-70 veces por minuto.

- ☞ Duración: En el 50% de los casos suele ser de 15 minutos. En el 26% puede durar más de una hora.
- ☞ Ocurre sobre todo en lactantes entre los 8-24 meses. En algunos niños, los movimientos reaparecen años después coincidiendo con una etapa de tensión emocional.
- ☞ La incidencia: similar en ambos sexos, más frecuente en primogénitos (mayor atención de los padres).
- ☞ Diferentes explicaciones: Factores de tensión emocional, actos instintivos en busca de placer, satisfacción y liberación de tensiones, alteración en el mecanismo de inicio del sueño y del paso a las fases I y II.

### 5.7.6.- Bruxismo.

- ☞ Actividad rítmica de los músculos maseteros y temporales, que provocan contracciones forzadas de las mandíbulas y fricción de los dientes.
- ☞ Suelen aparecer en la fase II del sueño y en la transición entre las distintas fases.
- ☞ Puede ser transitorio o crónico.
- ☞ La incidencia en niños de 3 a 7 años es del 2,3 al 12,1 %. Mayor en los que tienen antecedentes familiares.
- ☞ Los que la padecen suelen presentar cefaleas y somnolencia diurna.
- ☞ El paciente no tiene conciencia de éste comportamiento. Se queja de dolor en las mandíbulas, cansancio en los músculos de la masticación y extrema sensibilidad en los dientes al despertar. En el examen médico: rigidez en los músculos y desgaste anormal de los dientes.
- ☞ Explicaciones: Factores psicológicos, implicación del funcionamiento de ciertas estructuras anatómicas.

## 5.8.- TRASTORNOS DEL SUEÑO RELACIONADOS CON EL TIRMO CIRCADIANO.

### 5.8.1.- Insomnio relacionado con un ciclo diferente a 24 horas.

- ☞ El ritmo sueño-vigilia no sigue las 24 horas habituales, produciendo una desincronía con el horario habitual del ambiente.
- ☞ Cuando el ritmo se acerca a 180 grados de desplazamiento, el sujeto manifiesta somnolencia durante el día y una gran activación por la noche.

- De forma gradual, el ritmo se sincroniza y, nuevamente, se desincroniza.

### 5.8.2- Insomnio por pauta irregular del ciclo sueño-vigilia.

- Presente en sujetos que no tienen un horario regular mínimo para acostarse.

### 5.8.3- Insomnio por tendencia de sueño retrasada e insomnio por tendencia de sueño adelantada.

- Tendencia del sueño retrasada: La fase de sueño del ritmo circadiano aparece más tarde en relación al horario normal de acostarse: cuando el sujeto se acuesta no puede dormirse y al levantarse, se encuentra con sueño y cansado.
- Tendencia de sueño adelantada: Lo contrario: Se levantan temprano por la mañana y se acuestan pronto, puesto que a última hora de la tarde, se sienten somnolientos.

## 5.9.- TRASTORNOS DEL SUEÑO EN LA VEJEZ.

- Entre un 25 y un 40% presenta problemas del sueño.
- La evaluación polisomnográfica del sueño en los ancianos indica que: pasan más tiempo en la cama, tienen una mayor latencia del sueño, mayor tiempo de vigiliadas nocturnas, reducción del porcentaje de ondas lentas, menor tiempo total de sueño y modificación del ritmo circadiano de vigilia-sueño.
- La disfunción respiratoria durante el sueño provoca múltiples activaciones ⇒ sueño interrumpido y somnolencia diurna. La más importante es la apnea del sueño.
- El mioclonus nocturno y el síndrome de las piernas inquietas son dos disfunciones neuromusculares de alta prevalencia en la población anciana:
  - El mioclonus:
    - Es un fenómeno relacionado con el sueño. Movimiento periódico y estereotipado de intensidad variada, fundamentalmente en los músculos tibiales anteriores, dando lugar a una respuesta de flexión triple (Extensión del dedo gordo, flexión parcial de la rodilla, el tobillo y, a veces, la cadera).
    - Suelen ser bilaterales, aunque pueden ser unilaterales.

- Se repiten a intervalos periódicos.
  - Duración: entre 0,5 y 5 segundos, con un intervalo entre espasmos de 20-40 segundos.
  - Índice de movimiento (IM): Promedio de movimientos por hora de sueño. Para establecer el diagnostico, el IM será mayor o igual que 5 y el número de movimientos periódicos de las piernas por noche de más de 40.
  - Se inician cuando el paciente está ya dormido. Principalmente durante el sueño ligero (I y II), disminuyen durante el sueño de ondas lentas (III y IV), y sólo ocurren de forma esporádica o desaparecen durante el sueño MOR.
  - Prevalencia: El 34% de los sujetos de más de 60 años.
- El síndrome de las piernas inquietas: Es un problema de la vigilia cuando el sujeto está en reposo.