

Maria José Jurado ¹ * 

1. Especialista en Neurofisiología Clínica, en la Unidad Multidisciplinar de Sueño - Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona, España. Experta en medicina del sueño infanto-juvenil. Acreditada como European Somnologist (Expert in Sleep Medicine) por la European Sleep Research Society, así como "Experta en Medicina del Sueño" por el examen acreditativo del CEAMS (Comité Español Acreditativo en Medicina del Sueño). Profesora colaboradora con el máster de Neuropediatría y el máster de Neumología Pediátrica de la Universidad Autónoma de Barcelona (UAB).

*** AUTOR DE CORRESPONDENCIA**

Maria José Jurado
Correo: mjose.jurado@vallhebron.cat

Cómo la medicina del sueño puede contribuir al campo de la psiquiatría

Saber qué es y qué no es un trastorno de sueño es clave en el abordaje y el correcto tratamiento de un niño o adolescente con problemas mentales.

La relación entre el **sueño y la salud mental** en la edad infanto-juvenil ha sido ampliamente descrita, de manera que las alteraciones de sueño en población con afecciones psiquiátricas y del neurodesarrollo ascienden hasta el 90% (1-3). Los trastornos mentales no son problemas a lo largo del día solo, sino que son problemas que afectan las 24 horas, por lo tanto, casi de manera constante vamos a encontrar problemas de sueño.

La relación entre ambos es compleja y bidireccional. Frecuentemente, los problemas de sueño son la **consecuencia** de un problema mental y muchas veces son lo único que el joven o los padres quieren tratar. Otras veces los problemas de sueño son la **causa** de un trastorno mental, como en el caso del insomnio, es factor de riesgo para el desarrollo posterior o la recurrencia de la depresión, los estados de ansiedad o el abuso de sustancias.

Pero no debemos olvidar que existen **trastornos primarios de sueño**, es decir, independientemente de la existencia de trastornos psiquiátricos, que se manifiestan como si fueran problemas mentales, hasta 80 tipos según la *International Classification of Sleep Disorders (ICSD-3)* (4). Utilizada por la Medicina del Sueño, agrupa los trastornos primarios de sueño en siete categorías principales: los trastornos de insomnio, los trastornos respiratorios relacionados

con el sueño, los trastornos del ritmo circadiano, las parasomnias, los trastornos del movimiento relacionados con el sueño y los trastornos de hipersomnia central. En estos casos, es clave este diagnóstico diferencial y una orientación correcta para una evolución y tratamiento adecuados.

Para facilitar el reconocimiento de estos trastornos primarios de sueño en la práctica clínica y diferenciarlos de un trastorno psiquiátrico (no siempre fácil), se pueden agrupar en tres tipos principales de quejas: la dificultad para conciliar el sueño, las conductas anormales (raras) durante el sueño, y la somnolencia diurna excesiva o hipersomnia diurna.

Mi hijo no puede dormir

El insomnio es el trastorno más prevalente que cursa con la dificultad para iniciar el sueño. Sin embargo, también hay otros y que pueden plantear si es un trastorno de sueño o un trastorno psiquiátrico.

Un adolescente de 13 años refiere que le cuesta mucho dormirse, de forma sistemática a las 4 a.m. Por la noche es cuando está más despierto y activo. Le es muy difícil levantarse para ir a la escuela ya que no ha podido dormir suficientes horas. Después se siente fatigado, cansado, somnoliento y desmotivado y su rendimiento académico ha empeorado. Los fines de semana duerme hasta mediodía. Sus padres le recriminan que es por el uso del móvil, y lo acusan de vago y depresivo. Él insiste en que no siempre usa móvil

2

y aun así, el sueño no le viene. Podemos estar ante un mal funcionamiento del núcleo supraquiasmático (reloj biológico) en el hipotálamo que regula el ritmo sueño/vigilia, dando lugar a un **síndrome de retraso de fase de sueño** (4). Es importante reconocerlo porque el tratamiento simplemente con melatonina reajusta el patrón de sueño. Todo somnólogo conoce la relación entre trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), trastorno del espectro autista (TEA) y síndrome de retraso de fase de sueño, por lo que es esencial la identificación de esta identidad en este grupo de población (2-3).

De igual manera, esta niña de 7 años también tarda mucho en dormirse. Cuando se va a la cama le duelen las piernas y nota calor en los pies. Está inquieta, mueve mucho las piernas y pide que le den un masaje en las piernas. Cuando está dormida no para de moverse, da patadas, y se despierta mucho. Se levanta cansada, la notan muy inquieta e inatenta, irritable y se pelea continuamente. Su pediatra les dice que son dolores del crecimiento. Podemos estar ante un problema en el metabolismo del hierro y la dopamina, de manera que niveles de ferritina <50 ng/mL están relacionados con la aparición de estos síntomas sensitivos y motores en las piernas de predominio vespertino, el **síndrome de piernas inquietas (SPI)** (4). En estos casos, la suplementación con hierro va a mejorar la sintomatología y el sueño. De nuevo, es conocida la relación entre TDAH y SPI (44%), por compartir esa disfunción dopaminérgica (3, 5).

Mi hijo se mueve y hace cosas raras cuando duerme

Algunos comportamientos complejos que aparecen durante el sueño nos pueden plantear también si estamos ante un trastorno de sueño o bien psiquiátrico.

Los padres de un niño de 4 años refieren que desde hace unos meses cada noche les despierta un grito muy intenso, aterrador, a las dos horas de haberse dormido. Lo encuentran con los ojos abiertos, llorando, temblando, sudoroso, y parece que no está totalmente despierto. Dura unos 10 minutos y vuelve a quedarse dormido sin acordarse de nada por la mañana. Durante el día lo notan cansado,

muy movido y le cuesta entender las explicaciones de los profesores. En una ocasión, en el episodio nocturno el niño decía que veía arañas e insectos, con mucha angustia. Al no ceder en una hora acudieron a urgencias, motivando el ingreso en neurología, y realización de RM cerebral, punción lumbar y EEG, para descartar procesos neurológicos como encefalitis o epilepsia, así como psicosis. Podemos estar ante una predisposición genética al despertar anormal desde el sueño profundo, como los **terrores nocturnos** (4).

O como el caso de una adolescente de 16 años, que se levanta por la noche, a las pocas horas de dormirse, con los ojos abiertos, camina por la casa tranquila pero confundida, pero también puede mostrarse agitada, gritar, correr, golpear paredes y tirar estanterías. Por la mañana tampoco recuerda lo ocurrido. En unas colonias, se levantó dormida y se precipitó desde un tercer piso. A partir de entonces está muy ansiosa y muy angustiada por lo ocurrido, siente que se está volviendo loca. De igual manera podríamos estar ante una disociación entre el estado de sueño profundo y la vigilia, tipo **sonambulismo** (4).

Aunque los terrores nocturnos y el sonambulismo corren el riesgo de ser malinterpretados como trastornos principalmente psiquiátricos, es conocida su relación con los trastornos de ansiedad y trastorno por estrés postraumático (6).

Mi hijo se duerme durante el día

Cualquier niño que se duerme en clase, necesita siestas largas, está todo el día en la cama o el sofá, sin ganas de hacer nada y desmotivado, nos puede plantear si es un trastorno de sueño o mental. Ya sea en la consulta del pediatra general, de un especialista en sueño o de un psiquiatra, lo primero a preguntar es cuántas horas duerme. Hoy, **la falta de sueño** es la alteración de sueño más prevalente en los jóvenes. En EEUU, la mitad de los estudiantes de secundaria entre 11 y 13 años y el 70% entre 14 y 18 años duermen menos de 8 horas (7), replicándose en la Encuesta de Salud de Barcelona (8), donde el 29.2% de los adolescentes duermen menos de 6 horas. En España, a finales de los años 70 ya se iniciaron campañas para la promoción del sueño en los niños, como

la de “*Vamos a la cama que hay que descansar*“, y en EEUU, el programa de promoción de la salud *Healthy People 2020*, ha establecido objetivos para mejorar la calidad del sueño, especialmente en adolescentes. Así, el control del uso de dispositivos digitales por la noche, actividades sociales nocturnas, consumo de sustancias que interrumpen el sueño (cafeína, alcohol o nicotina), actividad física muy tarde, entre otros, ayuda a aumentar la cantidad de sueño y a regularizar el patrón de sueño.

Sin embargo, hay niños que se duermen durante el día a pesar de dormir muchas horas por la noche. Su pediatra les dice que aumenten todavía más las horas de sueño, pero el problema no se soluciona. Se trata de un problema psiquiátrico?

Desde hace 6 meses un niño de 8 años tiene mucha dificultad para levantarse por la mañana, a pesar de dormir 11 horas. Además, se duerme fácilmente en clase o situaciones aburridas como en el coche. Ahora vuelve a necesitar hacer siestas, duerme dos horas por la tarde. Cuando juega con sus amigos se divierte mucho y está activo, pero nota que al reírse se le aflojan las piernas, llegando a caer al suelo, por lo que tiende a evitarlos por miedo a caerse. Por la noche tiene miedos, dice que ve sombras y oye ruidos. Y en estos meses ha aumentado de peso sin un incremento de la ingesta claro. Podemos estar ante un problema del neurotransmisor hipotalámico hipocretina, que causa la **narcolepsia** (hipersomnia diurna, cataplejas o pérdida del tono muscular, alucinaciones en relación con el sueño y parálisis de sueño) (4). Un síntoma tan aparentemente sencillo como los ataques de sueño pasa desapercibido y se interpreta como fatiga o decaimiento, y son injustamente acusados de vagos, perezosos o depresivos, con un retraso diagnóstico medio de 10 años.

Por último, una adolescente de 16 años desde hace dos años tiene episodios que empiezan de forma brusca con cansancio muy intenso, necesidad de estar mucho tiempo en la cama, aunque no siempre durmiendo, y solo se levanta para comer e ir al baño. Además, sensación de estar viviendo como en una película, como si lo que hubiera hecho no fuera realidad y sensación de que todos la miran. Sus padres la ven más apática, con una mirada perdida,

aunque reactiva a los estímulos, como si estuviera cansada. Estos síntomas desaparecen a las dos semanas completamente, también de forma brusca, y reaparecen entre 1 y 3 meses. Ha sido estudiada por psiquiatría orientándose como cuadro afectivo premenstrual, pero el tratamiento con antidepresivos ISRS no sido efectivo. En un ingreso en neurología, las pruebas complementarias realizadas fueron normales, incluidas la punción lumbar, serologías, autoinmunidad, estudios de tóxicos, metabólicos, TAC, RMN cerebral y EEG. Estos episodios podrían tratarse de una hipoactividad de la corteza asociativa posterior y del hipocampo, como ocurre en la **hipersomnia recurrente o síndrome de Kleine-Levin** (fases de hipersomnia recurrente, hiperfagia e hipersexualidad, además de alteraciones cognitivas y conductuales) (4). Se ha relacionado en algunas ocasiones con el trastorno bipolar. Aunque los estudios parecen descartar la asociación, el tratamiento que ha mostrado mayor eficacia es el litio (9). Como vemos en el caso descrito, no es infrecuente la sospecha de una encefalitis, como el **caso clínico de síndrome de Kleine-Levin de este número de la revista Psiquiatría Infanto-Juvenil**. A lo largo de mi trayectoria, mi experiencia es con cuatro casos. Todos de inicio en la adolescencia excepto uno en la edad media, con una orientación diagnóstica variable, psiquiátrico o neurológico, y con un retraso diagnóstico en uno de ellos de 10 años.

Así, muchos trastornos primarios de sueño corren el riesgo de ser malinterpretados como trastornos principalmente psiquiátricos y, en consecuencia, recibir un tratamiento inadecuado, pero además estos trastornos primarios de sueño están íntimamente relacionados con algunos trastornos psiquiátricos en los niños y adolescentes (por ejemplo, TDAH y TEA). Todo ello orienta hacia la necesidad de integrar la valoración del sueño en el abordaje de los síntomas psiquiátricos, cognitivos, conductuales y emocionales en esta edad. Las preguntas básicas de cribado serían: si tiene dificultad para conciliar el sueño, si tiene comportamientos anormales durante el sueño y si tiene somnolencia diurna. Una respuesta afirmativa a cualquiera de estas preguntas justificaría una anamnesis detallada del sueño.

REFERENCIAS

1. Morales-Muñoz I, Gregory AM. Sleep and Mental Health Problems in Children and Adolescents. *Sleep Med Clin*. 2023 Jun;18(2): 245-54. <https://doi.org/10.1016/j.jsmc.2023.01.006>
2. Kim H, Kim JH, Kim J, Kim JY, Cortese S, Smith L., et al. Subjective and objective sleep alterations in medication-naïve children and adolescents with autism spectrum disorder: a systematic review and meta-analysis. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2023 Jul 20;32: e48. <https://doi.org/10.1017/S2045796023000574>
3. Konofal E, Lecendreux M, Cortese S. Sleep and ADHD. *Sleep Med*. 2010 Aug;11(7): 652-8. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2010.02.012>
4. American Academy of Sleep Medicine. International Classification of Sleep Disorders. 3rd edition (ICSD-3). Westchester (IL): American Academy of Sleep Medicine; 2014.
5. Mammarella V, Breda M, Esposito D, Orecchio S, Polese D, Bruni O. Psychiatric Comorbidities in Pediatric Restless Leg Syndrome. *Sleep Med Clin*. 2025 Jun;20(2):209-218. <https://doi.org/10.1016/j.jsmc.2025.02.004>.
6. Hanif U, Cairns A, Mysliwiec V, Bettinardi RG, Elbaz M, Gimenez U, et al. Associations between self-reported parasomnias and psychiatric illness in 370,000 patients with sleep disorders. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2024 Nov;78(11): 667-77. <https://doi.org/10.1111/pcn.13723>
7. Lim DC, Najafi A, Afifi L, Bassetti CLA, Buysse DJ, Han F, et al, on behalf of the World Sleep Society Global Sleep Health Taskforce. The need to promote sleep health in public health agendas across the globe. *Lancet Public Health* 2023; 8: e820-26. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(23\)00182-2](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(23)00182-2)
8. Enquesta de salut de Barcelona [Internet]. Disponible en: <https://www.aspb.cat/docs/>
9. Arnulf I, Dodet P, Leu-Semenescu S, Maranci JB. Idiopathic hypersomnia and Kleine-Levin syndrome. *Rev Neurol (Paris)*. 2023 Oct;179(7): 741-54. <https://doi.org/10.1016/j.neurol.2023.08.010>