

1124)
2 of 8

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA MEDICA, PSIQUIATRIA Y SALUD
MENTAL

TITULO DE LA TESINA

Frecuencia de terrores nocturnos
y sonambulismo en la consulta externa
del Hospital Psiquiátrico Infantil
"Dr. Juan N. Navarro"
de la Secretaría de Salud.

1986

[Handwritten signature]

23-86

[Handwritten initials]

FALLA DE ORIGEN



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 está 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.

I N T R O D U C C I O N

Dado que este estudio tiene como uno de sus principales objetivos la demostración de una hipótesis, siguiendo un modelo sistematizado, en base a una guía que nace de experiencias acumuladas por diferentes investigadores y -- personajes dedicados a la ciencia, habría que reflexionar brevemente sobre el concepto muy utilizado en el lenguaje común de muchos hombres de la edad contemporánea denominado ciencia.

Arturo Rosenblueth en su libro llamado "El Método Científico" afirma que resulta paradójico, que la mayoría de -- las personas que se dedican a la investigación científica y que contribuyen al desarrollo de la disciplina que cultivan, no podrían formular con precisión su concepto de -- lo que es la ciencia, ni fijar los propósitos que persi-- guen, ni detallar los métodos que emplean en sus estudios, ni justificar éstos métodos. Además acaba por afirmar que probablemente la mejor respuesta obtenible es que la ciencia es el tema del cual tratan los libros y revistas científicas, y que es el método científico el que siguen los -- hombres en sus laboratorios o gabinetes, cuando se dedican a la investigación científica.

Estas afirmaciones un tanto sorprendentes para quienes inician en el campo de la investigación, tienen un marco de -- referencia que aprte de la misma experiencia que éste acumuló en sus brillantes años de trabajo. Sin embargo hay hechos de los cuáles no podríamos desprendernos, como el evitar caer en difícil campo de la subjetividad, por medio de la utilización de métodos con fines de aplicación más uni-- versal y por lo tanto más cercanos a la verdad. Así mismo -- ésto conlleva al acercamiento de modelos más sencillos de -- comprensión.

La Psiquiatría ha sido criticada por algunos autores argumentando que ésta carece de un fundamento unitario, que precisamente su terreno carece de objetividad, y que de aquí se desprende la gran variedad de escuelas y pensamientos. Algunas veces justificadas las críticas, cómo sería cuando éstas buscan describir un fenómeno propio de cualquier disciplina naciente, como es el caso de la Psiquiatría, se justificará el hecho.

Pero en otros casos, y no pocos por cierto, se observa el reflejo de lo que representa para un individuo el manejo de múltiples variables que escapan de su control y que en última instancia generan sensaciones de incomodidad y enfado, por no llamarlo en términos de nuestra disciplina ansiedad. Sumado a lo antes descrito no se olvide que el objeto central del estudio de la Psiquiatría recae en elementos de difícil abordaje científico como son los procesos neurobioquímicos y neurofisiológicos. Es conocido pues que uno de los principales obstáculos en el campo de la investigación, son las dificultades implícitas en el proceso de estudio de la misma.

En el caso de la investigación que nos tendrá ocupados, habría que definir la utilización de un método específico, en el ramo al cual hemos aplicado nuestra preparación a lo largo de cinco años. Este es el ramo de la práctica clínica y por ende y para fines de éste trabajo, el de la investigación clí-

nica. De antemano y no con desconocimiento, sabíamos de las dificultades propias de éste tipo de investigación, las cuáles están inmersas en el mismo material de estudio.

Por la misma dificultad que implica la investigación clínica y por hacer mención algunos de éstos elementos, se hablaría de los mecanismos de comunicación que parte en muchas ocasiones de las características del informador. Se ha tratado en la medida de lo posible buscar canales de comprensión más simples, que aunque parezca paradójico generan mayor certeza. -- Evidentemente es un plan más ambicioso, éste tendría que manejar mayor número de variables, sin embargo, esto sería pagado con una disminución en la calidad y precisión de los resultados. No se trata de buscar lo menos complejo, sino de -- ajustarse equilibradamente a las limitaciones del investigador, en éste caso yo, en un plan más realista.

En los últimos años el sueño ha despertado el interés de un buen número de estudiosos relacionados con el universo de las neurociencias. Es bien conocido el grado de comprensión que se ha alcanzado en la electroencefalografía del sueño, sin que con esto se quiera decir que se ha cubierto todo. A pesar de esto hay laberintos intrincados que resolver y campos oscuros que aclarar, sobre todo cuando nos apegamos al campo de la Psicopatología del sueño, o bien la relación del sueño con

determinadas entidades patológicas.

Esperando representar un eslabón en la resolución de éste campo de estudio enigmático, nos centraremos en el estudio de dos entidades clínicas, las cuáles son conocidas como terrores --- nocturnos y el sonambulismo, mismas que han sido relacionadas con entidades clínicas patológicas regularmente definidas.

Nos sustentaremos en dos disciplinas sumamente importantes para el desarrollo de nuestra tarea que son la bioestadística y la epidemiología.

J U S T I F I C A C I O N E S

Durante mi rotación en el Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro" cursando el segundo año de la residencia de Psiquiatría, me pude percatar de la riqueza de aspectos clínicos que podían ser observados en los pacientes que acudían a la Consulta Externa de éste nosocomio. Entre ellos se identificaban los trastornos del sueño, que iban desde el insomnio, hasta el sonambulismo, pasando por algunos trastornos -- que a veces eran difíciles de integrar dentro de una categoría diagnóstica.

Es bien conocido en la actualidad la correlación que existe - entre los trastornos del sueño y la psicopatología, así mismo se ha detectado que las alteraciones del ritmo normal del sueño experimentalmente provocan a su vez alteraciones psicopatológicas claras. De ésta forma el campo se antoja interesante Para el clínico sensible, quien busca tener mayor número de determinantes, para encontrar un camino más adecuado. en el diagnóstico de diferentes entidades nosológicas, es de sumo interés encontrar cada vez más éste tipo de correlaciones, que lo llevan a diagnósticos y tratamientos más efectivos.

Los estudios hasta ahora realizados en éste campo son francamente escasos y más con lo que respecta a nuestro país, lo q-

que habla de la necesidad de extender más nuestro conocimiento. Si bien es cierto que es poco lo que se conoce en el campo del estudio clínico del sueño, también lo es la falta de detección de estas alteraciones, tanto para el clínico dedicado a la materia, como el que convive directamente con el personaje que tenga la alteración. Una de las formas como podemos ayudar a la educación de la sociedad en la detección de entidades patológicas, es el incluirlas en nuestros interrogatorios. De hecho éste estudio fué diseñado por medio de interrogatorios en base a una serie de criterios ya diseñados, los cuales serán comentados posteriormente. Lo antes comentado, es decir la falta de percepción por parte de los familiares, se pudo hacer patente durante los interrogatorios que se realizaron a los familiares de los afectados, quienes en ocasiones, por diversas razones, no podían detectar el hecho. Como previamente ya se había comentado, la cultura, el índice de educación, las creencias forzosamente influyen en la capacidad de captación de cualquier entidad patológica clínica. Los terrores nocturnos y el sonambulismo, entidades de las cuales se desprende un buen número de creencias, pudieron generar, según lo observado diferentes grados de angustia para quienes observan el fenómeno. Ya que existe alrededor de ellos concepciones mágicas que van desde la brujería hasta la enfermedad mental grave, hecho que originaba en algunos casos la negación por parte

de los familiares. En otros casos sucedía lo contrario, ya que el interrogado mostraba indiferencia al considerarlo un fenómeno totalmente normal.

Es conocido que el Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro" es un Hospital de Tercer Nivel que cuenta con personal humano que se desempeña en equipo. Nuestro conocimiento e interés hacia la Psiquiatría Infantil nos hizo reflexionar sobre un estudio que detectara la incidencia de los terrores nocturnos y el sonambulismo (posteriormente se concluyó que debería enfocarse el estudio a frecuencia) y sus relaciones significativas con determinadas entidades psicopatológicas.

Por último el tratar de obtener datos específicos enfocados a la interrelación de éstas dos alteraciones nosológicas en nuestro país, buscando de ésta manera una continuidad y paralelismo con estudios previos, como sería el caso del estudio realizado en el CECOSAM por el Dr. Ismael Salazar, comparándolos a su vez con los estudios realizados por Anthony Kales en Inglaterra, no sin dejar de reconocer la modestia de nuestro estudio.

No debe pasarse por alto la accesibilidad que hubo para la obtención de datos, no sin dejarse de tomar en cuenta la ayuda recibida por parte de los integrantes del equipo del Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro".

A N T E C E D E N T E S

Durante el desarrollo de la historia de la Humanidad se han dado múltiples acepciones a lo que se ha denominado sueño.- Podría ser que dentro del vaivén de pensamientos, las culturas y por ende las creencias han dado diferentes interpretaciones. Muchas veces alejadas de una aceptación científica, que se desmembra en el mundo de lo fantástico y mágico, e inclusive adjudicándole dotes proféticos que para los escépticos sólo representan meras coincidencias. El sueño significa y ha significado un campo enigmático. Las representaciones oníricas han sido motivo de adorno novelesco, no sin dejar de tocar lo que se considera por algunos estudiosos, la esencia del inconsciente, por lo que los psicoanalistas de principio de siglo consideraban de alta relevancia, tan importante que los motivó a escribir tratados sobre el tema.

En el mundo contemporáneo y con ayuda de los avances técnicos como sería la Electroencefalografía, por mencionar alguno de ellos, se le ha dado un enfoque diferente, o quizás -- sin abandonar concepciones antiguas, se descubren nuevos ángulos de estudio desconocidos, que hacen más interesante y apasionante para los estudiosos ocupados en el tema.

Ciertamente los avances científicos en el área han servido -

para desmitificar creencias antiguas y por otro lado el desarrollo más claro en el conocimiento de determinados estados patológicos. Algunos autores han considerado inclusive al sueño como un determinante de la selección natural y por lo tanto de la evolución, de manera que el sueño se ha visto a través del tiempo como un tema sorprendente, que ha dejado de ser de difícil abordaje para aquellos que gustan del objetivismo.

A lo largo de la integración de criterios diagnósticos en Psiquiatría, se ha visto, que un porcentaje bastante alto de alteraciones en el campo de la misma se correlacionan con el sueño. Para ser más demostrativos, nada más recuérdese la alta incidencia en el consumo de hipnóticos en todo el mundo, que habla directamente del control que el hombre intenta con éstos fármacos, sobre las alteraciones del sueño, -- que en ocasiones son el fiel reflejo de un trastorno psiquiátrico, que va desde el campo de la neurosis, hasta algunos tipos complejos de Epilepsia.

Por empezar a mencionar algunos autores que han dedicado largas horas de trabajo al estudio en el campo del sueño, hablaremos de tres de ellos: Kleitman, Jouvett y Jacobson; el primero de ellos con más de mil estudios, el segundo introduce términos nuevos como el del sueño paradójico, y el tercero

aporta valiosos descubrimientos en el campo de la neurofisiología. Es indudable, que sus aportaciones han si o sumamente significativas, y que además han contribuido a la génesis de nuevos estudiosos en la materia. Pero si bien es cierto lo antes dicho, también es cierto que hay mucho camino que recorrer, que van a la medida de los avances técnicos y científicos.

Históricamente los primeros conocimientos que hacen referencia al sueño parten de la cultura Griega, que como es la naturaleza de la mayoría de sus afirmaciones tienen un nivel empírico. Alcmeon de Crotona (Siglo VI a. e c.) sostenía que el sueño se producía por el acúmulo de sangre en las venas. Al normalizarse al cabo de cierto tiempo, el drenaje venoso, el sujeto se despertaba. Con Aristóteles comenzó a considerarse el sueño como algo que priva la vigilia, por tanto como algo negativo, decía: "Una cosa es clara, la vigilia y el sueño pertenecen a la misma parte animal en cuanto que son opuestos, pues evidentemente el sueño es una privación del estado de vigilia". Como sucede en otros campos del conocimiento, pasan muchos años para que Philip opine algo diferente afirmando: "No se puede apreciar una causa final en la alternancia sueño vigilia sino que tiene su origen en una imperfección de nuestra naturaleza".

Sin embargo el movimiento pendular entre dos ó más formas - de pensar sobre un hecho específico no es la excepción para con el sueño. Así tenemos que existían observaciones poco certeras sin fundamento lógico, otras en cambio se acercaban más al plan del buen sentido común. Como ejemplo de esto tenemos lo que decía Hartley en 1748: " Los adultos - duermen cuando cuando se suprimen las impresiones de los objetos externos y el cuerpo se mantiene en reposo", daba la explicación de el porqué los adultos duermen menos que los niños y suponía que en los adultos las ideas fluyen más consistentemente producen o vibraciones suficientemente energicas para mantener el estado de vigilia.

Como era de esperarse el descubrimiento de la técnica del -- Electroencefalograma marca el inicio de la era científica en el conocimiento del sueño. Berger en 1929 logró registrar las variaciones del potencial eléctrico que ocurren en el cere--bro humano, y él mismo, con sus colaboradores comenzó el estudio del Electroencefalograma durante el sueño en 1930. De ésta manera objetiviza las diferentes fases del sueño.

Previamente se consideraba que la circulación jugaba un papel importante en la génesis del sueño, se afirmaba que la atonía de los órganos de la sensibilidad y la motilidad voluntaria - eran a consecuencia de la congestión cerebral que se producía

urante el sueño (Willes 1664).

En 1933 Hess mediante la estimulación con electrodos implantados en distintos centros del tronco encefálico y del diencéfalo, pudo provocar experimentalmente estados de sueño y de vigilia en el gato.

De ésta manera la intervención neuroquirúrgica se hace patente en los estudios de los fenómenos del sueño. Brener en 1935 publica los resultados obtenidos tras la sección del nervio oculomotor, provocando un estado permanente de sueño que según el autor, era atribuido a la desaferentación que sufrían los centros superiores del Sistema Nervioso Central; es decir a la supresión de todas las sensaciones exceptuando la visual y la olfativa.

En 1937 Loomes distingue en el sueño cinco diferentes fases marcándolas con las primeras letras del abecedario.

Moruzzi y Magoun en 1949 interpretan los resultados de Brener en forma distinta poniendo de manifiesto la importancia de la formación reticular troncoencefálica para el mantenimiento del estado de vigilia.

Pieron en 1913, autor ya mencionado, establece una definición

la cual refiere: " El sueño es un estado periódicamente necesario que se caracteriza por la suspensión de las relaciones sensitivo motoras que conexas al ser con su medio ambiente". Esta definición la cual está matizada por un sentido más científico contrasta con lo que ahora se conoce del sueño y nos llama la atención sobre la agudeza científica - del autor.

En un intento por sistematizar aún más el conocimiento del sueño y en cierta forma siguiendo una línea que intentaba uniformar criterios, Dement y Kleitman en 1957 distinguen sólo cuatro estadios y los representan con los primeros números romanos.

Jouvet, uno de los investigadores que más han aportado al campo del conocimiento de ésta área describe el denominado sueño paradójico y con ésto se inicia el descubrimiento de diversos elementos que posteriormente marcarían avances en la neurobioquímica del sueño, así cómo en la clínica experimental del área (2).

Como ejemplo pondríamos el caso de los experimentos realizados con la suspensión del sueño paradójico que da como resultado estados de hiperfagia e hipersexualidad en el hombre, - también se detectan alteraciones en el proceso de aprendizaje por errores en la memoria (3).

Hernández Peón, eminente investigador mexicano hace diversas e innumerables aportaciones en el área del sueño, así como sus trastornos; realizando diferentes estudios, como mecanismos reticulares de control sensorial, comunicación sensorial, estudios sobre el circuito colinérgico hipnógeno del sistema límbico y cerebro anterior, mecanismos neurofisiológicos de Vigilia Sueño, aportaciones de gran interés en el campo de la Neurofisiología y Neurobioquímica del sueño (4).

B. G. Kleitman y M. Jouvet señalan la existencia de un trazado rápido de pequeña amplitud con atonía total de los músculos, debilitación respiratoria, sobresalto de las extremidades, movimientos de los ojos, todo ello con la actividad onírica. Estos autores alcanzan realizar una interrelación entre los hallazgos electroencefalográficos y las observaciones clínicas, por lo mismo establecen dos estados de sueño: sueño fusiforme y ondas lentas corticales (sueño lento) y sueño con actividad cortical rápida o fase paradójica. Además encuentran diversas manifestaciones neurovegetativas.

Dado que nuestro estudio se realiza en niños, se hablará de las aportaciones en la clínica y la electroencefalografía de éste campo brevemente.

La ontogénesis del sueño infantil ha sido estudiada por la observación directa (observación permanente de A. Gexsell - unida a la actografía de N. Kleitman) y mediante el electroencefalograma.

El estudio de observación directa señala que durante las fases de evolución se producen cambios tanto en la duración media del sueño como el reparto del sueño a lo largo de las 24 horas.

A. Gesell considera que la medida de sueño durante la primera semana es de diecinueve horas, que posteriormente disminuye, y al cumplir el año oscilará alrededor de trece horas. - El ritmo del sueño infantil es polifásico y durante las primeras semanas se produce en ciertas fases de una o dos horas repartidas casi por igual entre el día y la noche. Progresivamente se va alargando la fase del sueño hasta hacer fases de mayor amplitud. A partir de la segunda semana el niño duerme - de dos a tres horas seguidas; a las cuatro semanas cinco a, - seis horas seguidas; a los seis meses de siete a ocho horas, y al año, diez horas. Conforme se va ampliando el tiempo del - sueño se va desequilibrando la balanza entre el día y la noche con una gran diferencia desde los primeros meses del sueño nocturno frente al diurno. La profundidad del sueño es variable (5).

Bajo el título de comportamientos patológicos del sueño o compartimientos particulares durante el sueño se van agrupando una serie de trastornos de los cuales se han intentado hacer diversas clasificaciones. Por ejemplo las perturbaciones denominadas "pesadillas", "terrores nocturnos", "sueños angustiosos" "sueños desagradables", etc. Algunos opinan que las entidades clínicas antes mencionadas sólo difieren por su intensidad; otros distinguen claramente entre pesadillas y terrores nocturnos y las diferencias de los sueños de angustia.

Para E. J. Anthony y J. E. Mack, y otros muchos autores, las pesadillas parecerían una exageración del sueño de angustia; el niño puede concretar el contenido de un sueño de angustia cuya imagen es viva y real (6).

Según H. Gastaut, la pesadilla del adulto está cerca del terror nocturno del niño; se caracteriza por una descarga vegetativa masiva y, cuando tiene lugar el despertar psíquico, lo que ocurre bastante frecuentemente, el sujeto nunca se acuerda el sueño, pero siente una angustia terrible con sentimiento de opresión y parálisis (7).

J. Piaget considera difícil señalar en que momento del desarrollo aparecen los sueños, ya que antes del habla solo po--

dría analizarse la conducta. En algunos casos se ha establecido claramente sueños entre los 1 y dos años, ya que habiendo hablado en sueños el niño, al despertar trata de contarlos en su estudio sobre el simbolismo, el autor escribe diversos tipos de sueño intentando comparar el símbolo con el juego - en la misma edad y establece: los sueños realizadores de deseos por simple evocación del resultado deseado, sin muestra del símbolo aparente. Los sueños que conscientemente representan como en el simbolismo elemental el juego, unos objetos por otros.

Los sueños configuran un acontecimiento penoso dándole una salida favorable, como ocurre en el juego. Las pesadillas con pánicos voluntarios y que provocan un placer proporcionado a la inquietud, una involuntaria tristeza de poner punto final, mientras que en el juego existe un control más ó menos conciente, en el sueño el control es más difícil, ya que los sucesos se asimilan a esquemas más profundos, a un pasado más lejano. Los sueños de castigo, los sueños que son una simple traducción simbólica de un estímulo orgánico real (8).

En la niñez además del sueño se habla de una imaginaria en el niño, ésta se establece durante el día, pero también se habla de la existencia durante los períodos oníricos.

corresponde a una fantasmaticización positiva ó a una exclusión del mundo de la realidad que hay que diferenciar a pesar de que tiene sus propias leyes. Existen tambien lo que se ha denominado según E. B. Leroy formen según la atmósfera en que transcurren.

Dentro de las perturbaciones del sueño, se encontraran el insomnio y la somnolencia. El primero trata de la dificultad de conciliar el sueño, pudiéndose convertir en los niños en un campo de batalla sobre el cual los padres expresan sus tensiones. La somnolencia así como la narcolepsia frecuentemente van acompañadas de afecciones tóxicas o infecciones del Sistema Nervioso Central.

La narcolepsia es excepcional en el niño, así cómo tambien la catalepsia.

Dentro de la patología propiamente dicha y de interés para el estudio, encontramos que existen terrores nocturnos, las pesadillas, el sonambulismo y la epilepsia nocturna. Los terrores nocturnos y pesadillas como ya se había mencionado se conocen como sueños angustiosos, sueños desagradables e indistintamente los términos de terrores nocturnos, pesadillas o pavor nocturno. Algunos otros los distinguen únicamente por -

el grado de intensidad con que se presentan y otros hacen la diferenciación entre cada uno de ellos que trataremos de escribir detalladamente. Durante la pesadilla, el niño hace algunos movimientos, despierta, gime, y al alcanzar su claridad de conciencia, es capaz de expresar su ansiedad y puede dejarse consolar fácilmente por los padres ó bien persistir en un determinado ansioso estado porque tiene miedo de volverse a dormir.

Los terrores nocturnos después de algunos pequeños gritos se levanta el niño ó se sienta en su cama, su cara está angustiada, grita, gesticula; se agita, hace como si se defendiera, como si viviera una representación terrorífica, no reconoce a las personas que lo entornan, pero reacciona en grado variable a los intentos que hacen los adultos por tranquilizarle, cuando el terror llega a su fin, el niño vuelve a dormirse.- Al día siguiente, por la mañana y al despertar, no recuerda nada del fenómeno acontecido, éstos terrores pueden persistir varias noches consecutivas y en forma excepcional en una misma noche más de uno. Se habla de la posible existencia de un horario fijo para su presentación. Algunos otros autores explican la posibilidad de que éstos mismos sujetos presentan lo conocido como terrores diurnos.

Las pesadillas son bastante frecuentes en los niños, los te--

rreros nocturnos son considerados como más raros. La pesadilla es aceptada como un fenómeno normal, los otros como fenómenos patológicos.

Anthony cita que éstas perturbaciones se presentan con mayor frecuencia entre los períodos comprendidos de los cuatro a los 14 años con predominio de los terrores nocturnos entre los 4 y los 7 años, mientras que las pesadillas entre los 8 y 10 años (9).

Henry Ey ubica los problemas de los terrores nocturnos como la primera manifestación de angustia, la cual ha sido interpretada por distintos autores tanto psicoanalíticos como -- psicodinamistas, como la iniciadora de la neurosis. Trata de establecer que los primeros comportamientos de miedo se establecen en el temor al extraño alrededor de los 8 meses de edad luego bajo la forma de terrores nocturnos de los 18 a los 20 meses, lo considera como un síntoma trivial que consiste en una pesadilla terrorífica, tras la cual el niño se despierta y se niega a dormir nuevamente, si no es tranquilizado por alguien que le rodea, de preferencia la madre. Estas pesadillas han sido especialmente estudiadas por Loise Despert quien ha demostrado la frecuencia en las pesadillas de las ilusiones a grandes animales devoradores como son los leones, perros, etc,

por lo tanto se trata de una forma primitiva y onírica, de una fobia con elección de un objeto (león), evitación (el despertar) y apoyo (la madre). La interpretación a que se adhieren los autores que han estudiado estos hechos, está ligada a las percepciones por parte del niño de sus actividades orgánicas, que se pueden estar toleradas en el estado de vigilia, gracias a la actividad visual y a la motriz, pero resultan intolerables en el sueño, probablemente más durante las fases marginales al inicio o al final del sueño.

La experiencia que se vive en éste momento cuando las necesidades y los estímulos corporales son sentidos oscuramente y no pueden ser descargados por medio de actividades sensorio-motrices, no pueden dominarse: desencadenan una angustia con un estado emotivo y a veces objetivamente observables como son los sudores, la salivación, a veces micción y defecación. Es un terror nocturno que aparece pues ya como una verdadera reacción patológica, sino como una respuesta normal a una experiencia insuperable. No será superada más que progresivamente y gracias a la repetición de la secuencia "pesadilla tranquilización". La fobia a los grandes animales es más que la permanencia frecuente en el niño de 2 a 5 años, rara en el adulto de una respuesta simbólica a un miedo infantil.

Los miedos a los sitios oscuros interpretado como fobia a la

obscuridad se encuentran en edades parecidas y parecen responder a las necesidades de defensa visual, pero ésta vez en el estado de vigilia (10).

Las crisis infantiles de pavor nocturno son en unos casos, - crisis neuróticas de angustia vital, en el sentido de López Ibor y en otros, estados crepusculares epilépticos. El análisis fenomenológico de la sintomatología y el registro electroencefalográfico aportan los elementos suficientes para efectuar el diagnóstico diferencial entre ambos tipos nosológicos. El niño suele estar confuso e incoherente. La casuística de pavor nocturno infantil distribuye exclusivamente entre neurosis y epilepsia. Prevalen notoriamente en ella los enfermos de epilepsia temporal profunda. Su presentación se produce según Gastaut y Broughton (1965) en los estadios III y IV del sueño lento (profundo), mientras que los sueños terroríficos y las pesadillas aparecen durante el sueño paradójico (3).

Vallejo Nájera en su obra "Introducción a la Psiquiatría" -- plantea que la angustia es compañera permanente de la existencia humana y en la infancia no existe aún la diferenciación - entre el miedo y la angustia del adulto, todo temor infantil está cargado de angustia, de incertidumbre, y a la vez cada experiencia ansiosa se matiza de una imagen temerosa en la infancia sería más exacto hablar de miedo angustioso.

López Ibor ha destacado el error de que supone interpretar - to a angustia infantil como de origen psicógeno, sin establecer la angustia vital que tambien puede existir. La crisis de angustia infantil entre los 3 y los 7 años adopta frecuentemente la forma de terror nocturno, una crisis aislada no tiene - importancia, su reiteración es patológica. Suele atribuirse - la crisis a una pesadilla, a un ensueño de contenido angustioso, derivado de los acontecimientos diurnos, pero en muchos - casos tanto el contenido temeroso del sueño como la crisis de angustia, son manifestaciones simultáneas de un acceso de angustia vital.

Cómo ha sucedido en otras ramas de la Medicina, el sueño se - ha tornado en campo de investigación amplia, al hecho, que en la actualidad en varias universidades de los Estados Unidos - se han creado departamentos en donde se dedican largas horas a la investigación en trastornos del sueño. Por citar algunos de éstos hablaremos del Departamento de Psiquiatría de la Universidad del Sur de California; el Departamento de Psiquiatría de la Escuela de Medicina del Estado de Pensilvania, y el Departamento de Psiquiatría con estudios en sueño de la Universidad de Yale.

Estos estudios se han centrado a la comparación clínica pato-

lógica búsqueda de frecuencias e incidencias, correlaciones electroencefalográficas, estudios genéticos en búsqueda de una alteración específica que se herede. La manera que los terrores nocturnos y el sonambulismo debido a su importancia en Psicopatología, se ha convertido en blanco de estudio. Citemos pues algunas de éstas investigaciones.

En un estudio donde se investigan 40 personas adultas que padecieron terrores nocturnos, correlacionaron los mismos y el sonambulismo con factores genéticos y del desarrollo en la presencia de éstos trastornos, pero determinados los primeros por la etapa de inicio ya que en etapas adultas se establecen como factores de tipo psicológico. Describen los terrores nocturnos como episodios de terror extremos y pánico asociados con vocalizaciones intensas y altos niveles de descarga autonómica.

Los episodios son de corta duración y varían de uno a varios minutos; durante el episodio típico, el paciente está confuso y esorientado y tiene poco recuerdo del suceso inmediato, después de él ó a la mañana siguiente. Los terrores nocturnos han sido confundidos con pesadillas y las variaciones en los usos de éstos términos en la literatura han agregado a éstos una confusión. Los eventos de terrores nocturnos son acompaña-

dos ha menudo por sonambulismo y algunos autores han propuesto que los terrores nocturnos y el sonambulismo son ambos parte de la misma fisiopatología.

Dentro del desarrollo y curso clínico de los terrores nocturnos se ha establecido como promedio de inicio para la población estudiada la de 12.5 años más alta que la de sonambulismo que fué de 9.9 años. Un porcentaje elevado de 92 % en terrores nocturnos contra 80 % en sonambulismo, reportaron que el estress mental aumentaba con la presencia de patología nocturna. Tambien se asoció con aumento de fatiga, como cambio de medio ambiente donde se dormía, como fenómenos desencadenantes de los episodios. Asociado a la patología de terrores nocturnos, se habla dormido, un 72 % de los pacientes investigados presentan sueños ansiosos, un 52 % padece de insomnio, un 40 % presenta enuresis, y en 55 % de las veces, los sonámbulos tuvieron la sensación de presentar terrores nocturnos, así como un 72 % de los que padecían terrores nocturnos al menos en una ocasión presentaron sonambulismo.

En el estudio se establecieron los hechos de que los pacientes que presentaron terrores nocturnos aún en la edad adulta, comenzaron a tener el padecimiento a una edad más tardía que los que padecen sonambulismo.

El terror nocturno persiste más tiempo que el sonambulismo. Ambos padecimientos son considerados como enfermedades del despertar que ocurren en las etapas 3 y 4 del sueño al inicio de la noche, hay presencia de historia familiar en ambas patologías (12, 13).

El grupo de la Escuela de Medicina de Pennsylvania que a realizado varios estudios sobre trastornos del sueño, en un trabajo sobre factores hereditarios y terrores nocturnos y sonambulismo, establecen que dichos fenómenos se establecen a temprana hora del sueño, ubicándolos más específicamente dentro de las fases III y IV y describen a los terrores nocturnos como episodios eventuales caracterizados por vocalizaciones por multitud de descargas siendo más frecuentes en los niños que en los adultos. Creyendo que existe un retardo en la maduración del sistema nervioso central que impide un buen desarrollo en el soñar, indican que si esto no se llega a corregir puede continuar hasta edades adultas, así como también existen psicopatológicas asociadas a éstos padecimientos.

La hipótesis de que el sonambulismo y los terrores nocturnos pueden ser expresiones variables del mismo tipo clínico, es apoyada por los hechos siguientes:

a) Ambos son desórdenes de excitación que ocurren durante el sueño de las ondas lentas.

b) Ambos comparten las mismas manifestaciones comunes clínicas.

c) Ambos parecen estar relacionados la inmadurez del Sistema Nervioso Central en niños y psicopatología en adultos.

Este estudio reporta investigaciones llevadas a cabo de familias en donde se encontró un 96 % de antecedentes de uno ó más miembros que caminan dormidos ó padecen terrores nocturnos, así como también el hecho de que coexisten ambas entidades.

Dentro de otro de sus estudios sobre los patrones y características de la personalidad en pacientes que sufren pesadillas se destaca el hecho de que las mismas son consideradas como - pavares nocturnos en niños y en adultos ataques de pánico.

Reynolds establece dos tipos de clasificación para los desórdenes de sueño. Uno es el desorden de iniciación y mantenimiento del sueño (DIMS) y el otro es el desorden del dormir excesivo (DOES) y mencionan también una asociación de centros - para desórdenes del sueño (ASDC). De los estudios realizados el 68.1 % presentan diagnósticos del DIMS con características psiquiátricas particularmente en desórdenes afectivos y el - 37.8 % de diagnóstico para el DOES que presentaban síntomas - de narcolepsia y apnea. Establece también que el abuso de dro-

gas y alcohol se asocia más fuertemente con el DIMS, mientras que se encontró que los desórdenes médicos estaban más asociados con el DOES (14).

¿Que importancia tiene el desarrollo y maduración del Sistema Nervioso Central en inicio, presentación, desarrollo, mantenimiento y desaparición de los trastornos del sueño?

Rutter clínico e investigador inglés que ha aportado valiosas investigaciones en el campo de la paidopsiquiatría ha establecido diversos criterios que a continuación se desglosarán.

La habilidad para prolongar el sueño es enormemente incrementada por la maduración. Estudios electrofisiológicos de infantes han mostrado marcados cambios en la naturaleza y organización del sueño, en las semanas tempranas de la vida, en el sueño adulto dos estados de diferente actividad electrofisiológica han sido descritas fases de sueño quieto o sueño no REM, el cual a su vez está subdividido en cuatro estadios y fases de movimientos oculares rápidos o sueño REM. En el recién nacido es posible clasificar las fases, ésto son lo que Anders clasificó como " indeterminados". En prematuros éste estado indeterminado predomina; Anders y Weistein representan

ésto como un estado de inmadurez, de pobre organización de sueño, la proporción de ésta fase indeterminada de sueño va disminuyen o con el tiempo y a los tres meses ya puede ser - clasificado el electroencefalograma, en sueño REM y no REM. - El recién nacido tiene de un 35 a un 45 % de sueño quieto y de un 45 a un 50 % de actividad REM, cuando la edad se incrementa estas proporciones cambian con un incremento en el sueño no REM y disminución del REM, a los diez años las proporciones ya no son como en adulto o sea 20 % de REM y 80 % de no REM. Roffwarg ha sugerido que el sistema REM constituye el - curso de una estimulación necesaria para la maduración de los centros cerebrales superiores, así la estimulación del sistema REM es necesaria para promover la maduración cerebral. Estas hipótesis por supuesto no explican el ciclo natural de actividad en el cerebro. Los adultos inician su sueño con un largo período de fase no REM y tienen su fase REM en el último tercio de la noche. Los niños infantes inician su sueño - con un período activo de REM.

El establecimiento de un ritmo diurno toma su tiempo, algunos reportes demuestran este establecimiento en tres a cuatro meses aunque algunos niños llegan a mostrarlo los primeros diez días de vida, el establecimiento de un ritmo diurno o probable-

mente afectado por influencias externas, pero la disminución del REM está generalmente atribuido a la maduración del Sistema Nervioso Central. El sueño no REM es usualmente el primero que muestra alteraciones bajo condiciones patológicas. Bajo el poligrama de sueño se han demostrado anormalidades - en bebés que sufren daño nuerológico, se ha visto que en varias clases de patología prenatal y perinatal, el cerebro pierde su capacidad para mantener el sueño no REM. Niños con trauma al nacimiento, hijos de madres diabéticas y toxémicas y de madres adictas a la heroína muestran ésta anormalidades.

Los niños que son arropados duermen más, tiene menos variabilidad en el ritmo cardíaco y reanudan sus niveles de actividad en respuestas a la estimulación, en comparación a los niños - que no son arropados, pues la restricción motora impuesta por el arropamiento está reducida y el infante tiene una reducción del estímulo propioceptivo de la sustancia reticular del cerebro. La forma como un niño empieza a dormir sólo, se debe a - que el niño reemplaza la compañía por hábitos de chuparse el dedo, la botella u otros.

El caminar en la noche se considera común en la conducta pre-escolar. Roberts reporta en un estudio de 783 niños de dos y -

medio años en USA, que el 21 % tiene problemas de sueño. En un estudio realizado en Londres se reporta que un 17 % camina dormido por la noche y esto sucede por abajo de los dos años, esto según se ha atribuido a un particular estado de desarrollo el ego en el cual pasan los niños entre su segundo y tercer año de vida. Si aparecen antes pueden relacionarse a ansiedad después de la separación de la madre, que puede aparecerse en la separación a la hora de ir a dormir. Al investigar las experiencias de los niños durante la noche al estar solos éstos refieren más terrores y experiencias de levantarse dormidos, que las que los padres tienen conciencia. Esto es diferente en culturas en que los niños crecen más independientes y en las que se les enseña la necesidad de dormir solos, no así en otras culturas como Japón en la que los niños duermen con sus padres hasta los diez años. Los estudios longitudinales indican que el caminar dormido necesariamente comienza durante una fase particular del desarrollo, los niños que son regularmente sonámbulos en su segundo año, fueron bebés irritables, lloraban frecuentemente y que durante su primer año dormían poco. Estos niños continúan teniendo dificultades al dormir por los siguientes dos años y a los cinco años esto disminuye. Moore y Ucko reportan asociación entre anoxia y el caminar dormido. El cuidado de los padres contribuye a éste problema. Gottfar reporta la asociación entre la ansiedad materna y

problemas del sueño. La separación de los padres es otra causa frecuente. El estudio de Blurton y Jones muestra que los factores obstétricos y el cuidado del niño en su primera infancia son los mejores indicadores del sonambulismo en el segundo año.

El sonambulismo fué visto como el "acting out" (la acción) de los sueños recientes. Estudios de electroencefalograma sugieren que éstos episodios pueden ser asociados de los sueños, y que éstos ocurren en las primeras tres horas de sueño, la mayoría en el sueño no REM y sólo un 10 % en el REM. La mayoría no recordaron el episodio. Un 15 % de los niños entre los 5 y los 12 años camina dormidos por lo menos una vez en su vida., es más común en niños varones y pueden estar asociados a la enuresis nocturna. El electroencefalograma durante el episodio muestra espigas paroxísticas características en un 85 % de los niños entre 6 y 11 meses y disminuye a 3 % en niños entre 7 y 9 años. Kales y Cols. sugieren que el sonambulismo es por inmadurez del Sistema Nervioso Central. Estudios en gemelos sugieren factores genéticos que pueden estar involucrados, ya que lo gemelos idénticos muestran una concordancia mayor en caminar dormidos que los gemelos fraternos. Estos episodios pueden estar relacionados con el Estress. Usualmente desaparecen cuando el niño crece.

En el presente no hay evidencia clara en los estudios del sueño y éstos caen dentro de tres grupos muy separados:

- 1) La neurofisiología del sueño en la infancia.
- 2) El estudio poligráfico de los desórdenes del sueño.
- 3) El nivel de descripción del estudio epidemiológico de desórdenes del sueño.

Muy poco se conoce de la unión o enlace de éstos tres, (15, 16, 13, 17).

En México se ha trabajado poco al respecto, sin embargo el DR. Lara Tapia del ISSSTE ha realizado algunos estudios que han arrojado datos interesantes. Nos indica que en Distrito Sanitario I del Distrito Federal, cerca del 60 % de la población atendida en los servicios de Higiene Mental, está formada por niños, los que son canalizados por alteraciones del sueño, a su vez en un 15 %, fundamentalmente por enuresis y sonambulismo. Los estudios realizados han sido en pacientes que acuden a Instituciones y Hospitales donde trabaja y que son vistos -- desde el punto de vista neurológico y psiquiátrico.

Hace referencia de que el 50 % de la muestra con alteraciones del sueño fueron presentados en forma familiar. Plantea que -- las alteraciones del sueño pueden ser consideradas como síntoma o como parte de una patología única. En el primer caso es-

taría acompañada de una entidad patológica y en el segundo - como una "enfermedad" (18).

Simonds y Parraga nos indican en su estudio que el DSMIII es- e 1980 reorganizaba los grupos de sueño y despertar como trastornos independientes y plantea cuatro grupos:

- a) Desórdenes de iniciación y mantenimiento del sueño
- b) Desórdenes de somnolencia excesiva
- c) Desórdenes del horario del sueño y despertar
-) Disfunciones asociadas con sueño, etapas del sueño y despertar parciales, tales como el sonambulismo, terror de sueño, sueño relacionado con enuresis y sueño relacionado con bruxismo.

Un número mayor de desórdenes de sueño en niños ha sido reconocido y se ha aplicado un sistema funcional de clasificación. Este estudio demostró que el estudio de las prevalencias del sueño y los desórdenes del sueño dependen continuamente de la edad, sexo, estado socioeconómico y condiciones médicas del sujeto. Únicamente unas pocas conductas de sueño difieren en frecuencia entre niños y niñas. Se encontraron muchas conductas en un número significativo de niños menores, lo que podía sugerir un fenómeno de desarrollo y madurez. Sin embargo ésta frecuencia iba asociada significativamente con dos ó tres va-

riantes al mismo tiempo, surgiendo factores de desarrollo biológico y medio ambiente que podrían actuar como múltiples variantes. El autor sugiere que hay que realizar estudios comparativos con niños normales, para llegar a conclusiones definitivas.

Benoit O., Goldenberg-Leygoine., Lacombe, J. Marck M.E. describen el sueño en niños como un fenómeno de episodio de sueño; una comparación con niños normales. Los autores establecieron un patrón de sueño de 23 niños que encontraban entre los 5 y 12 años de edad y que padecían episodios nocturnos (terrores nocturnos, sonambulismo, movimientos rítmicos). La parte que juegan éstas modificaciones durante las primeras horas de sueño en la ocurrencia de terrores nocturnos y sonambulismo es discutida (20).

Se ha hablado de diversos tipos de terapias, que van desde el plano de la psicoterapia conductual hasta el manejo psicofarmacológico. Jones y Cols. establecen el manejo conductual del problema del sueño. Los autores describen el resultado de 19 niños que fueron referidos como pacientes con desórdenes del sueño y manejado con métodos conductuales. Un 84 % se reportan con éxitos, el cual fué mantenido día a día durante 6 meses y el resultado va asociado con la ausencia de discordia marital

al asistir ambos padres a las sesiones de tratamiento (21). Por otro lado el grupo de Pennsylvania al cual se ha referido con anterioridad y en varias oportunidades reporta los primeros efectos de psicoterapia en pacientes con terrores nocturnos que autores anteriores no nos habían evidenciado tal forma terapéutica.

Como tratamientos antes utilizados hablan de las benzodiazepinas como el diazepam como droga para suprimir los sueños de ondas lentas con lo que se conseguía suprimir frecuentemente el terror nocturno. Sin embargo, se vuelven a presentar los cuadros con el retiro de la droga. La imipramina ha sido sugerida para el tratamiento de éstos desórdenes, pero su efectividad no ha sido comprobada en los grupos controles. Este estudio mencionado trata sobre la psicoterapia que muestra ser efectiva en el tratamiento de los adultos que padecen terrores nocturnos. Simonds J.F. y Cols. nos hablan de desórdenes y conductas de sueño en niños y adolescentes evaluados en una clínica psiquiátrica. Hacen la correlación de trastornos de sueño con presencia de desórdenes afectivos y ansiedad en la patología del sueño (23).

En libro Freedman, Kaplan y Sadock hablan en resumen lo que el resto de los autores han considerado, en primer lugar están de

de acuerdo en la asociación de terrores nocturnos con el sonambulismo, es el hecho de que en éstos trastornos existe una diferencia básica clínica, sin embargo reconocen las coincidencias en los factores orgánicos y genéticos predisponentes, suman en su obra al alcohol como factor desencadenante de éste tipo de alteraciones y por último plantean una diversidad de tratamientos sin mostrar ninguna preferencia específica.(24).

Kolb después de hacer una descripción detallada de las diferentes fases del sueño opina que las conjeturas que se han hecho alrededor de si el lactante sueña o no sueña no han sido concluyentes (25).

Kaplan opina que el trastorno oposicional, el de evitación, el trastorno hiperansioso, la ansiedad de separación generan otro tipo de síntomas psicofisiológicos, por ejemplo, temores con rechazo de la escuela, algunas perturbaciones el sueño y muchos síntomas psicofisiológicos concomitantes (26).

P L A N T E A M I E N T O D E L P R O B L E M A .

Conforme fuimos progresando en la investigación de los antecedentes hasta ahora conocidos el tema que nos tiene ocupados, pudimos percatarnos de la falta de unificación de diversos criterios, cómo las evidencias clínicas, reportes estadísticos, apreciaciones psicodinámicas, lo cual en realidad no es sorprendente. Rutter hace la observación de que en la actualidad no existe una evidencia clara en los estudios del sueño ya que considera de que el campo de investigación se ha deslizado hacia tres polos diferentes, que son: la neurofisiología, la electroencefalografía, y por último el estudio epidemiológico de las alteraciones del sueño.

Como es propio de nuestra disciplina, algunos autores se limitan a las interpretaciones psicodinamistas, que se quiera ó no muchas veces se enfrasca en el ámbito de lo subjetivo. No es de dudar la riqueza que se puede aportar desde éste abordaje teórico, para el estudio del sueño, sin embargo cómo ya se ha discutido, sería necesario establecer pautas más objetivas. La descripción de un hecho fenomenológico para el buen observador no está siempre presente, se tiene que hechar mano de observadores secundarios, los cuáles no siempre llenan los re-

quisitos indispensables mínimos para una observación científica.

Es sabido que en cualquier campo de la investigación, la formación y la preparación teórica del investigador influye en la perspectiva y alcance el estudio. Nuestra disciplina, es considerada por algunos críticos como un rompecabezas de gran interés y trascendencia, pero sin una organización adecuada para el estudio científico.

Los terrores nocturnos y el sonambulismo entidades ya definidas clínicamente por la organización denominada APA en su escrito (con intento de clasificación de las enfermedades mentales) DSMIII, han ayudado a los estudios epidemiológicos, ya que es la forma más clara de discriminación de las diferentes entidades clínicas. Con ésto no se quiere decir que estén totalmente establecidas las rutas diagnósticas, y no sería raro que en el futuro encontráramos nuevos aspectos clínicos que en un momento dado nos pondría a reclasificar el problema. Prueba de ésto, es el acercamiento a los estudios genéticos que han empezado a arrojar resultados interesantes, lo que habla quizás de la importancia de la herencia. Por otro lado los factores tensionales, emocionales, de angustia y de ansiedad juegan un papel desencadenante en muchos trastornos del -

sueño. Los terrores nocturnos y el sonambulismo caen dentro - de éstas características, de manera que atreviéndonos a hablar de una separación prematura, sólo a fin de ejemplificar, hablaríamos de terrores nocturnos y sonambulismo con herencia multifactorial, terrores nocturnos y sonambulismo ocasionados - por un factor de gran tensión, y terrores nocturnos y sonambulismo en dónde se encuentran presentes los dos factores. Desde ésta perspectiva improvisada nos encontraríamos pues ante la - evidencia de un síndrome, el cual sería resultado de una depuración selectiva. Nosotros tuvimos la oportunidad de observar el desencadenamiento claro de un trastorno nocturno posterior al suceso del 19 de septiembre de 1985 en la Ciudad de México, el cuál cedió espectacularmente al tratamiento con imipramina. Este caso sería el del segundo grupo en nuestra clasificación improvisada.

Con el antecedente de un estudio realizado en el CECOSAM por - el Dr. Ismael Salazar G. compañero de la especialidad en psiquiatría, nosotros tuvimos la inquietud de realizar un estudio similar, con la diferencia de ampliarlo a una nueva entidad clínica denominada como ya hemos mencionado sonambulismo. Realizando un estudio prospectivo de 6 meses de duración de tipo observacional en los pacientes que acuden de primera vez al servicio de la Consulta Externa del Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr.

Juan N. Navarro", identificando los casos problema, bajo los criterios diagnósticos del DSMIII para ambas entidades clínicas, además de realizar algunas observaciones de correlación, como serían los antecedentes perinatales, hallazgos electroencefalográficos, psicopatología, intentamos establecer una población específica del Hospital antes mencionado, puntos -- de trascendencia e importancia diagnóstica.

O B J E T I V O S

El Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro" es uno de los pocos centros en los cuales se trabaja directamente con problemas nosológicos en el campo de la psidopsiquiatría. Siendo un Hospital de tercer nivel con una proporción amplia de pacientes atendidos, consideremos que se podrían cumplir los siguientes objetivos:

- 1.- Establecer la frecuencia de presentación de terrores nocturnos y sonambulismo, padecimientos diagnósticos más frecuentes asociados, incidencia de alteraciones electroencefalográficas, remisiones espontáneas y bajo tratamiento.
- 2.- Considerar similitudes y diferencias entre los estudios que se han realizado en el extranjero, así como a nivel nacional reevaluando si es posible nuestro método de estudio para futuras investigaciones.
- 3.- Incrementar los reportes estadísticos que nos ayuden a detectar éste problema, ya que en ocasiones pasan desapercibidos porque son considerados ó poco frecuentes ó de poca trascendencia clínica.

4.- Esclarecer la actitud de nuestra población con respecto a éste padecimiento en función de creencias, prejuicios e ideas que haya alrededor de la entidad clínica estudiada, que en última instancia es un factor que influye en - nuestra investigación.

H I P O T E S I S

- 1.- La frecuencia de terrores nocturnos y sonambulismo en población infantil comprendida entre los 2 y 12 años de edad que acuden al servicio de la consulta externa del Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro" en el período comprendido entre mayo y octubre de 1985 es similar a la reportada en la literatura consultada nuestro alcance.

- 2.- La frecuencia de terrores nocturnos en la población infantil comprendida entre los 2 y 12 años de edad que acude al servicio de consulta externa del Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro" es similar a la frecuencia de sonambulismo en la misma población atendida.

V A R I A B L E S

En una población que acude a un Hospital como es el caso del Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro", hay que tomar en cuenta el sistema de depuración previa que se dá antes de poder asistir al servicio de la consulta externa. Por lo mismo - hemos considerado que nuestro estudio pusiera de relieve algunos factores cualitativos con respecto al tipo de padecimiento que se atiende en dicha unidad hospitalaria. Debido a que es necesario tener criterios de inclusión específicos, se hecho mano de los ya expuestos en el Manual Diagnóstico y Estadístico del DSMIII.

En nuestro caso, aunque era conocido por los médicos que atendían a la población estudiada, el curso y propósitos de la investigación, sólo se les refería la canalización de los casos en donde se tuviera alguna sospecha diagnóstica, aunque en un momento dado el clínico en cuestión tuviera dudas al respecto.

Así pues, en éste estudio se identifican dos variables de tipo nominal, los terrores nocturnos y el sonambulismo, y aunque posteriormente se establecieran algunas otras, que dependieron de nuestros resultados finales, éstas dos primeras fueron el eje principal en el desarrollo de la investigación.

U N I D A D D E I N V E S T I G A C I O N

Los sujetos investigados fueron todas aquellas personas que acuden por primera vez al servicio de la consulta externa del Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro" de la Secretaría de Salud, encontrándose dentro de las edades comprendidas entre los 2 y 12 años de edad.

Estos pacientes acuden al Hospital por diversos canales, desde la Recomendación de otras unidades hospitalarias, clínicas y sanatorios (la mayoría en su caso), hasta la recomendación de otros pacientes atendidos en la unidad, los cuales intuitivamente consideraban que en éste lugar se les podía ayudar. Estas características hablan de las cualidades intrínsecas de la población en estudio, es decir la existencia de una patología previa. Evidentemente no en todos los casos existía una patología propia de la especialidad, por lo que se depuraba y se canalizaba a otras instituciones. Sin embargo se incluyeron en el estudio.

Todos aquellos casos en donde existiera la presencia de trastornos del sueño y que además hubiera la más mínima sospecha del diagnóstico específico estudiado, fueron entrevistados y sele-

ccionados según los criterios del DSMIII. De ésta manera se intentaba evitar la falta de detección adecuada. En varias - de las ocasiones se consultaba con el investigador que en el mejor de los casos orientaba al primer entrevistador, mejorando de ésta manera la detección de niños con el problema.

No se realizó muestreo, sino que se trató de captar todos los casos posibles. Para lo mismo hicimos algunas modificaciones - al instrumento que nos facilitó el estudio con fines de complementación y posible ampliación del mismo.

DISEÑO DE LA INVESTIGACION

Con fines a la realización de nuestro trabajo, se consideró un instrumento de aceptación amplia, de fácil realización, de comprensión adecuada para la población en estudio, que tuviera los suficientes elementos como para poder considerarlo confiable. Teniendo en cuenta que en el Hospital donde se realizó el estudio se trabaja en equipo, se tomó a consideración todos los medios por los cuáles teníamos posibilidades de detectar casos problema.

En el Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro" se realiza una pre-consulta en donde se valora la patología, en caso y de aquí se toma la determinación, de si seguirá siendo manejado en la unidad ó si se canaliza a otra unidad de tratamiento. Posteriormente se procede a la realización de la historia clínica, en la cuál se detallan y se amplían las características clínicas previamente observadas en la consulta de urgencias. De manera que se tenía en cuenta éstos dos pasos en la detección de los casos, evitando la pérdida ó no captación de pacientes en problema. Así mismo se visitaba periódicamente a los médicos tratantes recordando la naturaleza del estudio. De ésta manera y cómo era de esperarse, aparecieron casos que no -

se habían detectado durante la elaboración de la pre-consulta y de la historia clínica. Hay que recordar que lo que se intentaba era verificar la presencia de terrores nocturnos y sonambulismo más que buscar un modelo más adecuado de detección que no alcanzaría la finalidad del estudio. Es decir - la amplitud de casos le dá éste giro necesario para fines estadísticos verificables y confiables.

Se trataron de investigar otras variables que se consideraban importantes, como sería el caso de los antecedentes perinatales los cuáles eran preguntados en forma anexa y exhaustivamente, los hallazgos electroencefalográficos y por último el padecimiento asociado al caso.

Ya que los casos eran canalizados al investigador, éste personalmente verificaba y reevaluaba concienzudamente, buscando - tener el mayor número de informantes, ya que en algunos casos la información era indirecta. Hubo necesidad de entrevistar - en varias ocasiones a los familiares de los niños en turno, - ya que tuvimos la experiencia de que el familiar ignoraba el padecimiento en su debida amplitud. No era raro el caso en el cual el mismo paciente (en éste caso el niño) hacia aclaraciones.

Se trató de hacer una unificación de criterios para aquellos casos en los cuales existían dudas, y que con el estudio se lograban verificar éstas. De ésta manera se ayudaba integralmente y como un doble objetivo, al mejor manejo del paciente. Esta forma de retroalimentación era mutua, pues muchas de los médicos tratantes nos aclaraban situaciones que se habían prestado a confusión.

Entre los casos que se pensaron en un inicio y que en parte fueron motivo de éste estudio, fué el hecho de realizar el mismo en unapoblación con determinadas características específicas de tipo socio-cultural y económicas, que las diferenciaban ampliamente de las poblaciones estudiadas en el extranjero.

Es importante hacer mención , que siempre se hicieron las aclaraciones pertinentes a los familiares o tutores relacionados con el paciente en estudio, De ésta manera no se llegó a ninguna implicación ética que nos impidiera la realización del mismo.

Cómo se explicó en la metodología de la investigación se utilizaron dos instrumentos para la recopilación de los datos - diagnósticos de terrores nocturnos y sonambulismo, los cuáles son desglosados a continuación:

HOSPITAL PSIQUIATRICO INFANTIL
"DR. JUAN N. NAVARRO"
SECRETARIA DE SALUD.

ESTUDIO EPIDEMIOLOGICO PROSPECTIVO SOBRE TERRORES NOCTURNOS
Y SONAMBULISMO.

No. de Expediente: _____ Edad. Años _____ Meses _____

Sexo: M _____ F _____ Escolaridad _____

CRITERIOS DIAGNOSTICOS DEL DSM III PARA TERRORES NOCTURNOS:

1.- Sra. despierta repentinamente su hijo por la noche a eso de la media hora a 3 horas de haberse quedado dormido y lo hace acompañado de gritos y/o llanto:

Sí _____ No _____

2.- Describe algún tipo de imágen en ese momento:

Sí _____ No _____ Cuál: _____

3.-El episodio duró de uno a diez minutos; durmiendo tranquilo posteriormente:

Sí _____ No _____

4.-Recuerda al día siguiente su hijo que motivó su despertar temeroso:

Sí _____ No _____

5.-Presenta en el momento de despertar nocturno:

Taquicardia: Sí _____ No _____ Respiración Rápida: Sí _____ No _____

Dilatación pupilar: Sí _____ No _____ Sudoración: Sí _____ No _____

Piloerección: Sí _____ No _____

6.-Sra. fué posible el tranquilizarlo al hablarle uds. los padres ó familiares, cuando se presentaba éste cuadro de terror:

Sí _____ No _____

7.-Quién se dió cuenta de lo que le pasaba a su hijo en ése momento, le vió que le era difícil el comprender, recibir ordenes y realizaba movimientos repetitivos desorientados:

Sí _____ No _____

8.-Cómo le curaron a su hijo éstos miedos en las noches (tratamiento): _____

9.-El mismo problema lo han presentado otros miembros de la familia:

Padre___ Madre___ Hermanos___ Primos___ Tíos___ Otros___

10.-Cuántas veces se presentó éste problema nocturno:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ó más: _____

11.-Principal diagnóstico clínico actual del paciente:

12.-Otro tipo de observación personal:

Dr: _____

HOSPITAL PSIQUIATRICO INFANTIL
"DR. JUAN N. NAVARRO"
SECRETARIA DE SALUD.

ESTUDIO EPIDEMIOLOGICO PROSPECTIVO DE TERRORES NOCTURNOS
Y SONAMBULISMO.

Nombre del Paciente: _____

Edad: _____ Años _____ Meses _____

Sexo _____ Escolaridad _____

CRITERIOS DIAGNOSTICOS DEL DSM III PARA SONAMBULISMO.

- 1.-Su hijo se levanta de la cama por la noche a eso de la media hora a 3 horas después de haberse quedado dormido, dando un paseo en torno de la cama ó dirigiéndose hacia un lugar inespecífico:
Sí _____ No _____
- 2.-Realiza algún tipo de movimiento repetitivo, para posteriormente ejecutar algún movimiento semiintencionado, cómo vestirse, abrir puertas ó ir al baño:
Sí _____ No _____
- 3.-Ha observado que la cara de su hijo se encuentra pálida, con la mira a fija, no respondiendo a los intentos de despertarle, influenciarle ó comunicarse con él, representando trabajo el despertarlo durante el episodio:
Sí _____ No _____
- 4.-Ha llega o a tropezarse ó perder el equilibrio durante episodio provocándose alguna lesión:
Sí _____ No _____
- 5.-El episodio concluye cuando despierta repentinamente, ó regresa a su cama, ó durante la mañana siguiente se le encuentra dormido en otro lugar diferente al que fué en donde se originó el sueño:
Sí _____ No _____
- 6.-Existe recuerdo de la ruta recorrida, ó suceso ocurrido durante el episodio de sonambulismo:
Sí _____ No _____

7.-Ha notado en su hijo alguna anormalidad al cabo de unos minutos de haber sido despertado en pleno episodio de sonambulismo, en su conducta ó forma de pensar:

Sí _____ No _____

8.-Cuál es el tiempo de evolución desde que presentó el primer episodio y con qué frecuencia se presenta:

9.-Existe algún miembro de la familia con éste problema:

Sí _____ No _____

10.-Cuál es el diagnóstico principal actual de éste paciente:

11.-Otro tipo de observación: _____

Dr: _____

PROCEDIMIENTO

Se habló con las autoridades del Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro" para obtener la aprobación del desarrollo el estudio, además de intercambiar opiniones y sugerencias que redundaran en última instancia en el buen desempeño, calidad y objetividad de la investigación.

Se pensó en un instrumento que tuviera una mayor aceptación dentro del campo de la investigación de la clínica psiquiátrica, de manera que ha nuestro juicio los criterios definidos -- claramente en el DSMIII cumplieran con éstos propósitos. Tomando como base los criterios de éste manual se elaboraron dos cuestionarios. Estos deberían ser claros, comprensibles, con límites bien definidos, que abarcaran los elementos más importantes diagnósticos, buscando de ésta manera realizar un recordatorio doble, tanto para el entrevistador, cómo para el entrevistado. Pensamos que reunien o éstas características, evitaríamos omitir información importante. Se habló con los Médicos residentes encargados de realizar las fichas de pre-consulta de primera vez, así cómo aquellos encargados de la elaboración de las Historias clínicas de primera vez, con los Médicos adscritos al servicio de la Consulta externa, y por último con el personal de trabajo social psiquiátrico, logrando de ésta manera tener-

todos los receptores posibles que ampliaran nuestras posibilidades de detección de casos. Posteriormente se procedía a aplicar directamente al familiar del paciente en turno el cuestionario, vale decir que en algunas ocasiones y a pesar de lo considerado en la elaboración del instrumento, hubo necesidad de modificar en el lenguaje, dado que en ocasiones las características del entrevista o no nos permitía una comunicación a ecuadada. Este factor ya era de esperarse.

Para la realización de pruebas estadísticas, recopilación de bibliografía, elaboración del informe, estructuración de gráficas, se utilizaron diversos materiales, cómo máquinas de escribir, papel para fotocopiado, fotocopidora, calculadora, lápices, plumas, marcadores, papel milimétrico, escalímetro, y por último una secretaria.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE
DATOS

Se procederá en primer término dentro del proceso de recopilación de datos a especificar en número total de consultas de primera vez que se dieron del 1 de mayo de 1985 al 30 de octubre del mismo año; las cuáles fueron un total de 1435, de éstas como ya se hizo mención en la metodología del trabajo sólo se incluyeron aquellos pacientes en los cuales sus edades oscilaban entre los 2 a 12 años, dando un total de 1124, lo que se considera un porcentaje del 78.32 % de la población atendida.

Con lo que respecta a los terrores nocturnos y el sonambulismo fueron identificados un total de 20 casos de terrores nocturnos y 28 de sonambulismo, lo que representa un porcentaje de 1.77 % para los terrores nocturnos y del 2.49 % para los de sonambulismo.

De los terrores nocturnos encontramos 15 del sexo masculino y 5 casos del sexo femenino, quedando una proporción de 3 a 1. De los casos de sonambulismo se encontró 20 del sexo masculino y 8 del sexo femenino, en donde se guarda una proporción entre sexos de 2 a 1. El promedio de edad para los terrores nocturnos fué de 8 años y en las mujeres de 6.5 años. En el caso del so-

nambulismo los varones presentaron como promedio 10.5 años y en las mujeres de 7.5 años. Se encontró un predominio de un - 75% para el sexo masculino en terrores nocturnos y de 71% - para el sexo masculino en el sonambulismo,

De los Electroencefalogramas reportados se encontraron los siguientes datos: Sonambulismo 14 con E.E.G. normal, 14 con E.E.G. anormal y en los terrores nocturnos: 8 presentaron E.E.G. normal y 12 con anormal. De ésta manera que para con el sonambulismo un 50% de los casos mostraron E.E.G. anormal. Entendiéndose E.E.G. anormal aquellos en los cuales se presentaban alteraciones sugestivas de inmadurez cerebral.

Por otro lado llamó mucho la atención el antecedente de trauma obstétrico, con la utilización de forceps, durante el trabajo de parto, parto prolongado por desproporción cefalo-pélvica - circular de cordón y datos sugestivos de hipoxia neonatal.

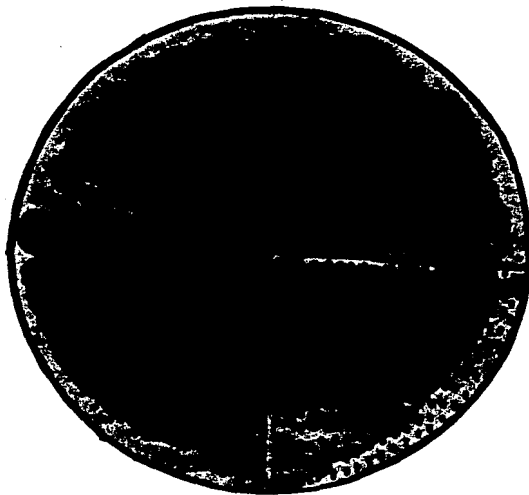
Otro dato estadístico que quisimos dar a conocer en éste trabajo por su importancia y trascendencia, fué el motivo principal de consulta (hago la aclaración de que en ésta recolección de datos clínicos, sólo se toma en cuenta el diagnóstico que motivó la consulta y no los posteriores diagnósticos elaborados durante el tratamiento). Utilizando exclusivamente los criterios

el DSMIII y en orden de frecuencia descendiente obtuvimos - los siguientes resultados:

- 1.- Trastorno por déficit de la atención con hiperactividad
314.01. 9 casos.
- 2.- Trastorno por conducta infra-socializado-agresivo 312.10
7 casos.
- 3.- Trastorno de la atención sin hiperactividad 314.02.
8 casos.
- 4.- Terrores nocturnos 307.46.
5 casos.
- 5.- Sonambulismo 307.46
4 casos.
- 6.- Trastorno por ansiedad excesiva 313.60
4 casos.
- 7.- Debilidad mental leve 317.0
4 casos.
- 8.- Enuresis funcional 307.60
3 casos.
- 9.- Angustia de separación 309.21
2 casos.
- 10.- Trastorno esquizoide de la infancia y la adolescencia
1 caso.
- 11.- Y un caso en donde se encontraba asociado el Terror nocturno con el sonambulismo.

GRAFICAS DEL ESTUDIO

HOSPITAL PSIQUIATRICO
POBLACION INCLUIDA EN EL ESTUDIO DEL NUMERO TOTAL DE CONSULTAS
VERIFICADAS EN EL PERIODO COMPRENDIDO
DEL 1° DE MAYO AL 31 DE OCTUBRE
DE 1985



Población
Incluida en
el estudio
entre
2 a 12 años



78.32 %

INFANTIL DR. JUAN N. NAVARRO™



Población
Excluida
del
Estudio.

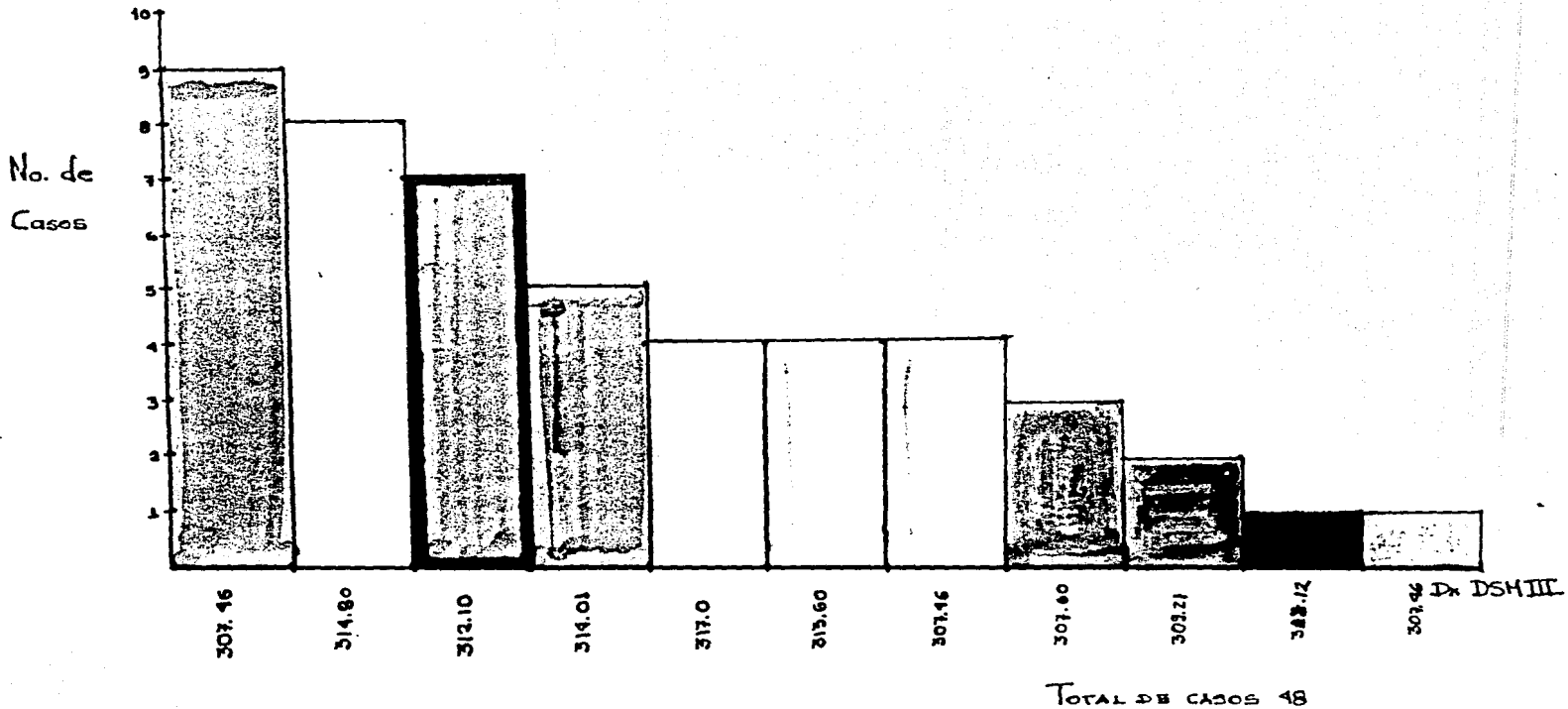
21.68

PRINCIPAL MOTIVO DE CONSULTA DE LOS PACIENTES

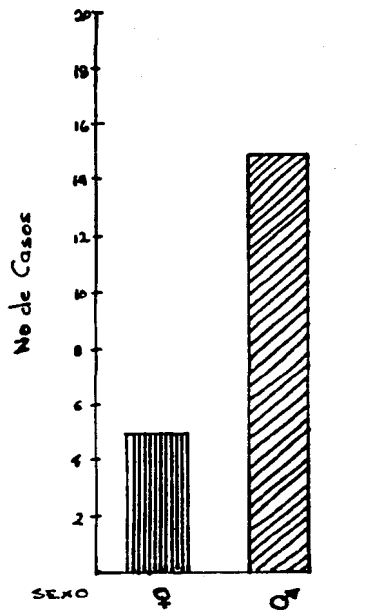
CON TERRORES NOCTURNOS Y SONAMBULISMO



SEGUN LOS CRITERIOS DEL DSM III

H. P. I. J. N. N.

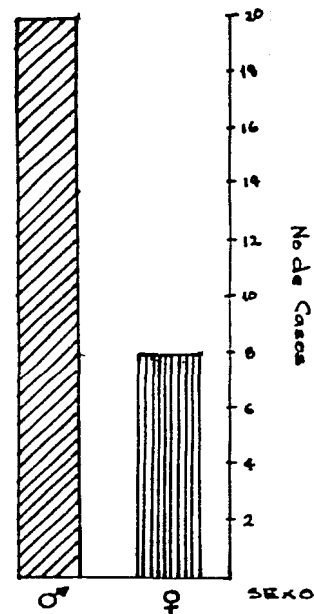




CASOS DE TERRORES NOCTURNOS
POR SEXO



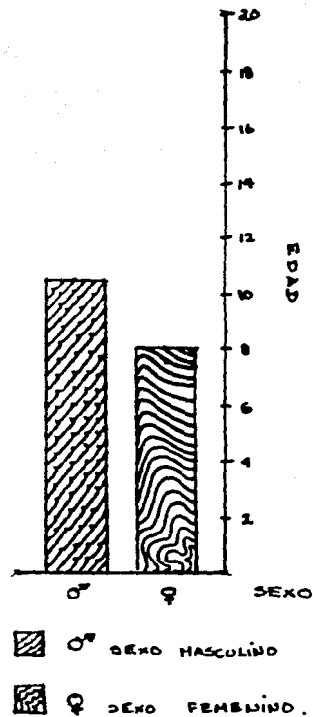
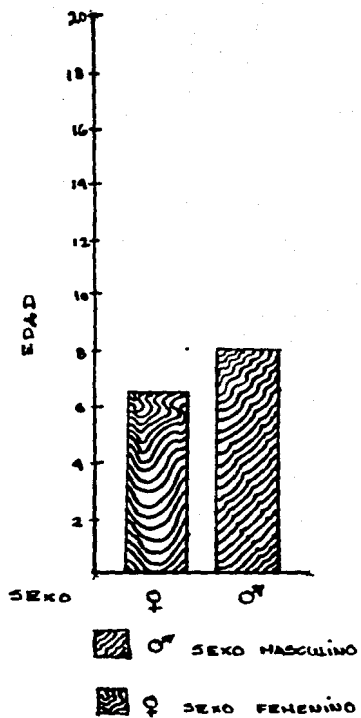
 ♂ SEXO MASCULINO
 ♀ SEXO FEMENINO

CASOS DE SONAMBULISMO
POR SEXO



 ♂ SEXO MASCULINO
 ♀ SEXO FEMENINO

PROMEDIO DE EDAD SEGUN
 DIAGNOSTICO Y SEXO PARA
 ← TERRORES NOCTURNOS SONAMBULISMO →

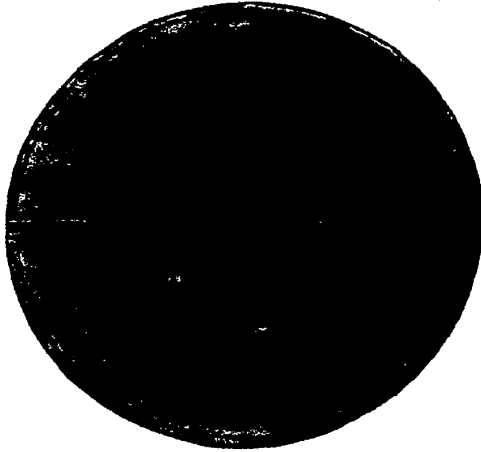


RELACION DE CASOS EN PORCENTAJE CON ALTERACIONES E.E.G.

PARA

SONAMBULISMO

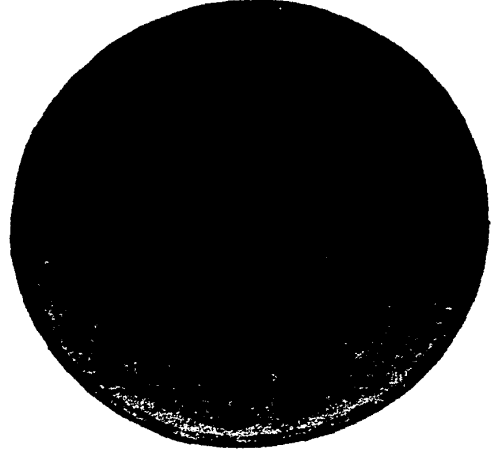
TERRORES NOCTURNOS



50% NORMAL

50% ANORMAL

TOTAL DE CASOS 28



40% NORMAL

60% ANORMAL

TOTAL DE CASOS 20

C O N C L U S I O N E S

- 1.- La primera hipótesis planteada en el estudio se cumple parcialmente ya que la frecuencia de terrores nocturnos fué en nuestro estudio de 1.77%, lo cual está dentro del rango reportado en la literatura revisada, no así para con el sonambulismo; ya que se encontró una frecuencia del 2.49%, menor al 15% reportado en estudios anteriores cuando es tomado como episodio aislado. Sin embargo hay que tomar en cuenta que en algunos reportes se considera que como entidad clínica patológica la frecuencia oscila entre el uno y el seis por ciento, lo cual sí correspondería a lo encontrado en el estudio. Se detectó una mayor frecuencia de sonambulismo que de terrores nocturnos, sin embargo la diferencia no fué estadísticamente significativa.

- 2.- La segunda hipótesis no se pudo comprobar dado que como ya se mencionó las frecuencias encontradas no fueron diferentes a las ya reportadas en otros estudios.

- 3.- Es un hecho que los objetivos del estudio se cumplieron ya que se encontraron frecuencias que nos sirvieron para realizar las comparaciones correspondientes, no sin perder

de vista la imposibilidad de determinados observadores (en éste caso tutores, familiares o personas cercanas al caso) directos, los cuales no perciben el menor fenómeno por diversas razones. Esto redundo en la menor detección de casos.

- 4.-Aunque los criterios para la selección de casos del DSMIII fueron definitivamente satisfactorios para los fines del estudio, llama la atención la relativa alta frecuencia de otros síntomas clínicos significativos, no incluidos dentro de los criterios del Manual Estadístico mencionado.
- 5.-Se observó una respuesta terapéutica satisfactoria para las dos entidades clínicas con los antidepresivos tricíclicos.
- 6.-La incidencia en cada sexo para las dos entidades clínicas fué mayor para el sexo masculino, lo que corresponde a lo reportado en la literatura.
- 7.-Llamó la atención la alta frecuencia de alteraciones electroencefalográficas para las dos entidades, sin llegar a establecer ninguna correlación directa entre éstas dos variables.

8.-Se pudo constatar que éstas entidades difícilmente son - el motivo principal de consulta, ya que la mayoría de las veces se acude al Hospital por la presencia de otras entidades diagnósticas.

9.-Por último es clara la falta de integración de los diversos métodos de estudios hasta ahora desarrollados para éstas entidades clínicas, lo cual lleva a la realización de trabajos desde diversos ángulos que en última instancia - dificultan el conocimiento profundo del hecho.

Lo que sí es menester para nosotros es el resaltar éstas dos entidades que en tiempos pasados no se les daba la debida -- importancia. Ya que con la realización de éstos trabajos y a pesar de los antes mencionados nos acercamos cada día más al conocimiento de éste mundo apasionante del sueño y sus alteraciones.

1. Rosenbleuth, Arturo. "El método científico", cap. I, - Fournier, México D.F., 1976
2. Ajuria Guerra, J. de. "Manual de Psiquiatría infantil", pag. 162-169, 172-620, 4a edición, Toray-Masson S M, España, 1980
3. Gastaut, H. "Los fenómenos activos del sueño", en: Revista Psicología Médica, 1972
4. Gonzalo, Luis María. "El sueño", Universidad de Navarra, Ediciones (EUNSA), España, 1976
5. Gessell, A. y C. Amatruda. "L'embryologie du comportement" P.U.F., París, 1952
6. Mack, J. "Children's nightmares". Intern. J. Psychoanal. 1965, 46, 903-928
7. Hernández Peón, Raul. "Mecanismos cerebrales del sueño y sus trastornos", Revista de Psicoanálisis y Psicoterapia 1; 107-121, septiembre-diciembre de 1965
8. Fernández, Alonso. "Psiquiatría general", Tomo I, 4a edición, España, 1979
9. Vallejo Nagera, J. A. "Introducción a la Psiquiatría", - pag. 384, 10a edición, Madrid, España, 1979
10. Ey, Henri. "Tratado de Psiquiatría", pag. 279-414, 8a edición, Castellana, España, 1978
11. Monedero, Carmelo. "Psicopatología general", 2a edición, Biblioteca nueva, Madrid, España, 1978
12. Kales, Anthony, M.D.; Constantin R. Soldatos, M.D.; Alex B. Caldwell. "Night terrors. Clinical characteristics on personality patterns", Arch. gen. Psychiatry. 1980, dec. 37(12) 1513-7
13. Sleep disorders: Research in Psychopatology and its practical implications", Acta Psychiatr. scand. 1982, jun. 65 (6) 381-7
14. Hartmann, Ernest. "Two case reports: night terrors with sleepwalking a potential lethal disorder" Journal of Nerv. ment. dis. 1983, aug.; 171 (8): 503-5

15. Kales, Anthony; Soldatos C.R.; Cuela-Bueno A. "Treatment of sleep disorders III- Enuresis, sleepwalking, nightmares, Ration drug theor. 1983, oct: 17(1p): 1-6
16. Kales, A.; Soldatos, C. R.; Bixlu, Edward O.; Ladaa, J. L. ; Charney D. S.; Weber, E. & Schwartz, P. K. "Hereditary factors in sleepwalking and night terrors", Brit. J. of Psychiatry. (1980) 137, (111-118)
17. Simonds, J. F.; Porraja, H. "Sleep behaviors and disorders in children & adolescents evaluated at Psychiatric clinics. J.D. B. P. 1984, feb., 5(1) 6-10, England
18. Jones, D. P.; Verduyn, C. M. "Behavioral management of sleep problems" Arch. Dis. Child. 1983, jun., 58 (6), 442-444, England
19. Benoit, O. Goldenberg-Ley Goine F.; Lacombe, J.; Marc,-M.E. "Sleep in children with episodic sleep phenomena. A comparison with normal child" Electroencephalogr. clin. Neurophysiol. 1978, apr. 44(4), 502-512
20. Reynolds, C. F. Shubin, R. S.; Coble, P. A.; Kupfer, D. J. "Diagnostic classification of sleep disorders: Implications for Psychiatric practice. J. Clin. Psychiatry, 1981, aug: 42(8): 296-299, England
21. Abek, Shimikawa M.; "Predisposition to sleepwalking", - Psychiatr. Neurolog. 152: 306-312, 1966
22. Berner, P.; Zapotoczky, H. G. "Treatment modalities in sleep disorder", Wien klin. Wochenschr. Suppl. 1979; 91 (106), 12-14, Germany
23. Lara Tapia, Héctor y cols. " Un estudio epidemiológico de las alteraciones del sueño en niños", Revista salud Pública de México, Epoca V, vol. XVI, 721-728, sept-oct. 1974
24. Ruffer, M. "Scientific foundations of developmental Psychiatry". Heinemann, London, 119-128
25. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-III. Trastornos del sueño y vigilia. American-Psychiatric Association. Editorial Masson S. A. Barcelona, España, 1983
26. Salazar, Ismael. "Epidemiología de los terrores nocturnos en el Centro comunitario de salud mental de la Secretaría de Salubridad y Asistencia", México, D.F.

27. Ananiki M.; Oda N.; "Sleepwalkers and recurrent sleepwalking in children of childhood", American J. Psychiatry. 1984, Jun; 141(6): 800-1
28. Kales, J.; Cadieux R.; Soldatos, C.R.; Kales, A. "Psychotherapy with night terror patients", American j. of Psychotherapy vol. XXXVI (3) 399-907, july, 1982