

El sueño en el primer año de vida: ¿cómo lo enfocamos? Presentación

R. Ugarte Libano

Pediatra. CS Olaguibel. Vitoria-Gasteiz. España.

Son muchos los estudios epidemiológicos realizados en países desarrollados sobre trastornos del sueño en la infancia que refieren una prevalencia en lactantes no inferior al 25%¹⁻³. Estos trastornos ocasionan, indefectiblemente, problemas en el seno familiar y generan, entre otras consecuencias, un débito de sueño en los padres, generalmente en las madres, de al menos 300 horas de sueño perdido de promedio durante el primer año de vida del bebé. La mayoría de estos trastornos son relativos a problemas para conciliar las necesidades de sueño de los bebés, con sus peculiaridades fisiológicas, y las expectativas de índole familiar, social y laboral que tienen que soportar los padres. Estos datos de prevalencia no pueden interpretarse en la mayoría de los casos como una anomalía en la conducta del bebé, sino como un conflicto entre la

biología y las expectativas de la sociedad⁴.

El sueño del bebé en su primer año de vida ha sido motivo de debate médico desde hace siglos y está trufado de factores antropológicos, culturales, sociales, religiosos, morales e incluso, en algunos casos, legales⁵.

El colecho ha sido objeto de disquisiciones de índole moral⁶ sobre si su prohibición está vinculada a evitar conductas incestuosas, preservar la pareja en la unión matrimonial y facilitar conductas de autosuficiencia e independencia en el niño. Socialmente, se ha establecido una dicotomía entre dormir por separado para reforzar la independencia y autonomía o dormir con los padres o con la unidad familiar como medio de integración social y aprendizaje.

Ramón Ugarte Libano, rugarte@gmail.com

El autor declara no presentar conflictos de intereses en relación con la preparación y publicación de este artículo.

Desde el punto de vista médico, existen controversias sobre si el colecho favorece significativamente la lactancia materna y ejerce un efecto protector sobre el síndrome de muerte súbita del lactante⁷ o si, por el contrario, su práctica aumenta el riesgo de muerte en el lactante, bien sea por síndrome de muerte súbita del lactante propiamente dicho, asfixia o estrés térmico^{8,9}.

En los últimos años se ha abierto un debate médico y social sobre cómo orientar los trastornos del sueño durante el primer año de vida (así como otros aspectos de la crianza fundamentales para la salud del bebé) con dos tendencias diferentes, bien favoreciendo las pulsiones biológicas del bebé o bien interviniendo de manera conductual ante la aparición de conflictos relacionados con el sueño que alteren la vida familiar. En ocasiones, y de manera inadecuada, se ha enfocado como una cuestión de creencias, ideologías o personalismos, sin conocer las razones de planteamientos diferentes, su aplicación, los

resultados observados y los posibles efectos deletéreos; todo ello sin valorar los condicionantes e idoneidad de la población a la que se le propondrá una u otra forma de crianza. Optar por criterios donde prevalezcan las conductas del bebé o intervenir sobre estos comportamientos conflictivos debería ser una decisión consensuada por una familia empoderada y la Pediatría de Atención Primaria (PAP), basada en el conocimiento y no en la imposición. Idealmente, estos conceptos deberían ser conocidos por las familias antes de la llegada del recién nacido y no como un hecho sobrevenido al que hay que dar una solución de urgencia con objeto de minimizar el impacto psicológico que puede tener.

Los profesionales de la PAP somos objeto de un número creciente de consultas en este sentido y es fundamental conocer estas dos alternativas desde el rigor científico para convertirnos en agentes de información y educación sanitaria para las familias.

Bibliografía

1. Owens JA. Epidemiology of sleep disorders during childhood. En: Sheldon SH, Ferber R, Kryger MH (eds.). Principles and practices of pediatric sleep medicine. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders; 2005. p. 27-33.

2. Ottaviano S, Giannotti F, Cortesi F, Bruni O, Ottaviano C. Sleep characteristics in healthy children from birth to 6 years of age in the urban area of Rome. *Sleep*. 1996;19(1):1-3.

3. National Sleep Foundation. 2004 Sleep in American Poll. Children and Sleep [consultado el 08/08/2011]. Disponible en: www.sleepfoundation.org

tion.org/sites/default/files/FINAL%20SOF%202004.pdf

4. Lozoff B, Wolf A, Davis NS. Sleep problems seen in pediatric practice. *Pediatrics*. 1985;75:477-83.

5. Norvenius SG. Some medico-historic remarks on SIDS. *Acta Peditr*. 1993;82(suppl 389):3-9.

6. Shweder R, Jensen LA, Goldstein WM. Who sleeps by whom revisited: A method for extracting moral goods implicit in practice. En: Goodnow JJ, Miller PJ, Kessel F (eds.). *Cultural Practices As Contexts For Development*. San Francisco: Jossey-Bass; 1995. p. 21-40.

7. Mosko S, Richard C, McKenna J. Infant arousals during mother-infant bed sharing: implications for infant sleep and sudden infant death syndrome research. *Pediatrics*. 1997;100:841-9.

8. American Academy of Pediatrics, Task Force on sudden infant death syndrome. The changing concept of sudden infant death syndrome: diagnostic coding shifts, controversies regarding the sleeping environment, and new variables to consider in reducing risk. *Pediatrics*. 2005;116:1245-55.

9. Mitchell EA. Recommendations for sudden infant death syndrome prevention: a discussion document. *Arch Dis Child*. 2007;92:155-9.

