

Psychiatric Times

Fase Retrasada del Sueño en los adolescentes: cronoterapia y mejores prácticas

Dra. Dawn Dore-Stites y Dra. Deirdre A. Conroy

La Dra. Dore-Stites es Profesora adjunta de Clínica Pediátrica y Enfermedades Contagiosas, Michigan Medicine, University of Michigan, Ann Arbor, MI; La Dra. Conroy es Profesora adjunta de Clínica Psiquiátrica y Directora Clínica del Programa Behavioral Sleep Medicine, Michigan Medicine, University of Michigan Hospital, Ann Arbor.

La fase retrasada del sueño (FRS) es un trastorno del ritmo circadiano del sueño caracterizado por una discordancia entre el reloj biológico interno de la persona (o ritmo circadiano) y las normas sociales. Como resultado del intento de dormir desfasados del reloj biológico interno, los individuos con FRS reportan una **tiempo** de latencia mayor al inicio del sueño, dificultades para despertar por la mañana, duración subóptima del sueño, y excesiva somnolencia diurna.

Si se permite el horario preferido (por ejemplo, el individuo se va a dormir tarde y duerme hasta tarde por la mañana) la duración y el mantenimiento del sueño son normales.

El inicio de la FRS suele ocurrir durante la adolescencia como resultado de factores conductuales y fisiológicos. Los cálculos de prevalencia de la FRS en adolescentes varían: sin embargo se han informado rangos de 3.3% a 16%¹⁻³

Evaluación de la FRS

Los síntomas de presentación de la FRS suelen imitar los de otros trastornos del sueño, incluyendo insomnio o hipersomnía. La polisonografía no está indicada sin la presencia de síntomas de otros trastornos del sueño. La **Tabla 1** presenta las estrategias sugeridas para evaluar la FRS.

La evaluación de los patrones de sueño que incluyen las rutinas a la hora de acostarse, el **horario para acostarse**, la latencia al inicio del sueño, el horario del despertar, y el ambiente en el que se duerme, son esenciales para un diagnóstico diferencial eficaz. Establecer la diferencia entre estos síntomas y el insomnio implica comprender el horario del adolescente durante la semana escolar comparativamente con los fines de semana o feriados. Los individuos con FRS frecuentemente reportan una latencia al inicio del sueño y duración del mis-

mo normales en fines de semana, feriados, o vacaciones escolares, cuando se les permite dormir en su horario preferido. Por el contrario, aquellos con insomnio informarán una latencia al inicio del sueño prolongada independientemente de la hora en que se acuestan. Además, los insomnes pueden reportar dificultades para mantener el sueño -un rasgo no tan característico de la FRS. La higiene del sueño es también un área de evaluación importante. Los adolescentes con FRS pueden desarrollar conductas compensatorias para manejar las frustraciones relacionadas con la latencia prolongada al inicio del sueño. Dichas conductas suelen funcionar para aliviar la frustración relacionada al tiempo al inicio del sueño (por ejemplo uso del teléfono) o para compensar la somnolencia diurna (por ejemplo, dormir siesta). Sin embargo la restricción de las conductas que inhibitorias del sueño como monoterapia raramente ayudan a reducir la latencia al inicio del sueño en la FRS.

Agendas de sueño/actigrafía

Debido a que la evaluación y manejo de los trastornos del ritmo circadiano se basan en información detallada sobre los patrones de

Tabla 1. Evaluación de la FRS en adolescentes

Entrevista Clínica	<ul style="list-style-type: none"> • Recabar información sobre la latencia al inicio del sueño con esquemas horarios más tempranos (p.ej. días de clase) en relación con el horario preferido (p.ej. fin de semana) • Evaluar la calidad y el mantenimiento del sueño • Evaluar las normas de higiene del sueño al inicio del mismo • Identificar antecedentes familiares de “pájaros nocturnos”
Agendas de Sueño	<ul style="list-style-type: none"> • Alentar al adolescente a completarlas por sí solo • Mantener durante 2 semanas • Identificar variabilidad en horarios de sueño y latencia al inicio del sueño en días de clase y fines de semana
Actigrafía	<ul style="list-style-type: none"> • Puede brindar información más precisa sobre los patrones del sueño; sin embargo, la falta de disponibilidad puede limitar su uso fuera de los centros de estudio del sueño • No se deben utilizar los acelerómetros comerciales como sustitutos

sueño noche a noche, se suelen recomendar las agendas de sueño. Establecer diferencias entre los esquemas horarios y la latencia al inicio del sueño entre los días de clase y los fines de semana, puede aportar evidencia que indique una fase retrasada del sueño comparativamente con el insomnio. Se deberá entrenar al adolescente para que mantenga una agenda de sueño durante aproximadamente dos semanas ya que los padres suelen tener información limitada sobre los patrones de sueño de sus hijos adolescentes.

La actigrafía involucra el uso de un dispositivo portátil, colocado en la muñeca no dominante durante un cierto período de tiempo para registrar el movimiento. Comúnmente se usa en investigación y en la práctica clínica. La actigrafía puede ser invaluable tanto para el registro de la FRS como para la evaluación de la intervención. En la práctica clínica, puede resultar difícil obtener la actigrafía fuera del ambiente específico y se requiere cierta experiencia para interpretar los datos. Los dispositivos comerciales (por ejemplo FitBit) son menos confiables que la actigrafía y en líneas generales no deberían usarse como sustituto.

Tratamiento de SRF

Las estrategias de tratamiento incluyen el uso de esquemas de horarios de sueño, melatonina, luminoterapia, y cronoterapia. La evidencia para recomendar el uso de hipnóticos para el inicio del sueño o el uso de estimulantes para promover la vigilia es insuficiente. Esto contrasta con lo habitual en muchas prácticas médicas. La **Tabla 2** presenta un resumen de las opciones de tratamiento. La cronoterapia tiene dos fases -la fase activa y la fase de mantenimiento- y es una intervención intensiva que ayuda a restablecer el reloj interno. La fase activa involucra un

retraso secuencial de dos a tres horas diarias del horario para acostarse y levantarse hasta que se logre el horario de sueño deseado. Después de la fase activa de tratamiento, se debe mantener un horario de sueño estricto por lo que este tratamiento es difícil de implementar. Desde la perspectiva clínica, los beneficios de la intervención incluyen un desplazamiento rápido del horario, que puede ser esencial si el paciente suele faltar o llegar tarde a la escuela con mucha frecuencia.

Descripción del Caso

Kate, una joven de 14 años, se presenta en la clínica de sueño pediátrica debido a dificultades con el inicio del sueño. En la línea de base describe una latencia al inicio del sueño de tres a cinco horas acostándose a las 10 p.m. con varios episodios de despertar nocturno. En los días de clase, debido al horario del autobús, se despierta entre las 5 y 6 a.m. reporta fatiga significativa, especialmente durante las clases matinales.

Los fines de semana, Kate se acuesta a las 2 a.m.; en consecuencia la latencia al inicio del sueño es breve y puede dormir hasta las 9 a.m. Reporta mayor energía los fines de semana cuando duerme en su horario preferido. Las actividades inhibitorias del sueño al inicio del mismo incluyen el uso del teléfono y la computadora en la cama. También se queda un tiempo significativo en la cama sin dormir como modo de escapar de las interacciones negativas con sus padres y porque prefiere hacer la tarea escolar en su habitación.

Durante la evaluación inicial, no aparecen inquietudes relacionadas con la presencia del trastorno respiratorio del sueño, narcolepsia, o parasomnias.

Kate describe el sueño como un problema leve, si bien nota que puede afectar negativamente su estado de ánimo. Afirma que está a punto de ingresar a la escuela secundaria y planea participar activamente en atletismo y otras actividades extracurriculares.

Cree que sus problemas de sueño podrían limitar su capacidad de participar en dichas actividades. Los padres de Kate ubican las preocupaciones referidas al sueño en un rango moderado. Describen dificultades significativas al ayudarla a despertar por la mañana; esto genera mayor tensión que persiste a lo largo del día. Además, sus padres expresan una significativa frustración por las siestas de Kate a la tarde -sienten que las siestas exacerbaban sus problemas de sueño. Dada la menor latencia al inicio del sueño de Kate y el mejor mantenimiento del sueño cuando se le permite usar su horario de sueño preferido, la evaluación inicial indica que es necesaria más información sobre la FRS. Se recomienda que Kate lleve agendas de sueño durante dos semanas.

En la segunda visita, las agendas de sueño justifican el diagnóstico de FRS. Se brinda información sobre la FRS a Kate y a sus pa-

Tabla 2. Tratamiento de SRF en adolescentes

Tratamiento	Descripción	Evidencia
Melatonina en horarios estratégicos	Administración de melatonina exógena a horas diversas antes de la hora de acostarse programada	Para adolescentes sin comorbilidad psiquiátrica, dosis de 0,15 mg/kg 1,5 a 2 horas antes de la hora de acostarse durante 6 noches; para adolescentes con comorbilidades psiquiátricas
Fototerapia con luz intensa	Exposición a luz intensa al despertar	Evidencia insuficiente para hacer una recomendación
Cronoterapia	Ver descripción en texto	Abordaje lógico al tratamiento, pero no existen ensayos randomizados controlados con placebo

dres para reducir la tensión que generan sus patrones de sueño. Al analizar las opciones de tratamiento, la familia prefirió no usar melatonina debido a frustraciones relacionadas con su uso en el pasado. Además, sus padres no piensan que sea factible que Kate se levante más temprano para usar fototerapia con luz intensa. Dada la significativa demora al inicio del sueño así como la necesidad de adaptar rápidamente su hora de acostarse para ayudar a Kate a permanecer en la escuela, la cronoterapia resulta la mejor opción. La fase activa de la terapia significa que la hora de acostarse/levantarse se corre constantemente durante 6 a 8 días. Mantener el tiempo de sueño en menos de las nueve horas recomendadas para adolescentes sirve para incrementar el deseo de dor-

mir. La cronoterapia comienza fijando la hora de acostarse a las 3 am el día 1. Se selecciona esta hora con la esperanza de reducir la latencia del inicio del sueño. Se programan los días subsiguientes con la familia y se entrega un horario de cronoterapia (Tabla 3). Al concluir la fase activa se revisa el progreso de Kate durante la tercera visita. Reporta que puede cumplir los horarios durante la semana y que mantiene regularmente la hora de acostarse y levantarse, pero se siente fatigada al despertar. Se hace hincapié en mantener la misma hora de acostarse y levantarse tanto los días de clase y el fin de semana (fase de mantenimiento). La resolución de problemas se plantea durante esta visita para dar cuenta de actividades especiales (por ejemplo el baile de promoción y fiesta de pijamas). La fase de mantenimiento dura aproximadamente dos meses durante este tiempo es esencial respetar los mismos horarios de acostarse y levantarse para “fijar” el reloj interno. El horario de sueño recomendado para Kate es de 10 p.m. a 5.30 a.m.

el mantenimiento de los beneficios, las consultas se harán según sea necesario.

Conclusión

Kate es una paciente relativamente sencilla sin comorbilidad psiquiátrica ni diagnósticos médicos. Se deberían instaurar modificaciones en el caso de diagnósticos psiquiátricos en los cuales el paciente no debería estar sin supervisión durante periodos prolongados (por ejemplo depresión con ideación suicida, abuso de drogas). En estas situaciones ha habido padres que acompañaron a sus hijos durante la fase activa de la cronoterapia para monitorearlos y brindarles apoyo. La falta de sueño también puede exacerbar la depresión, y es necesario un monitoreo cuidadoso de dichos pacientes.

La FRS es un trastorno del sueño circadiano que se observa comúnmente en adolescentes. Es esencial una evaluación detallada y cuidadosa para diferenciar las características de la FRS de otros problemas del sueño habituales. La FRS puede afectar el estado de ánimo del paciente y resultar en una deprivación crónica de sueño. Existen varias opciones para tratar la FRS -todas ellas requieren un seguimiento cuidadoso porque la recaída es frecuente.

Las autoras no informan conflictos de interés en relación con el tema central de este artículo.

Referencias

1. Sivertsen B, Pallesen S, Stormark K, et al. Delayed sleep phase syndrome in adolescents: prevalence and correlates in a large population based study. *BMC PublicHealth*. 2013;13:1163.
2. Saxvig I, Pallesen S, Wilhelmsen-Langeland A, et al. Prevalence and correlates of delayed sleep phase in high school students. *Sleep Med*. 2012;13:193-199.
3. Bartlett D, Biggs S, Armstrong S. Circadian rhythm disorders among adolescents: assessment and treatment options. *Med J Aust*. 2013;199:16-20.
4. Auger RR, Burgess HJ, Emens JS, et al. Clinical practice guideline for the treatment of intrinsic circadian rhythm sleep-wake disorders: advanced sleep-wake phase disorder (ASWPD), delayed sleep-wake phase disorder (DSWPD), non-24 hour sleep-wake rhythm disorder (N24SWD), and irregular sleep-W. *J Clin Sleep Med*. 2015;11:1199-1236.

Poesía de *The Times*

Tomando el pulso

Dr. Richard M. Berlin

Preséntate
estrecha su mano, siéntate.
Siempre toma asiento.
Luego pide permiso.
Presiona la muñeca
con la misma presión
que ejerciste sobre tu pecho
al tomar el juramento hipocrático.
Cuenta los latidos.
Cierra los ojos.
Controla el ritmo,
pico y caída,
crescendo, pausa,
palpitación, frémito,
flujo y caudal,
un cuerpo al que ingresas
con la punta de tus dedos
con suficiente atrevimiento
y juicio para revelar
los secretos profundos
del corazón de tu paciente.

El doctor Berlin es profesor adjunto de Psiquiatría en University of Massachusetts Medical School. E-mail: Richard.Berlin@gmail.com. Brick Road Poetry Press ha publicado su última colección de poesías, PRACTICE.

Tabla 3. Muestra de un esquema de horarios de cronoterapia

	Hora de acostarse	Hora de despertar
Día 1	3 am	11 am
Día 2	6 am	2 pm
Día 3	9 am	5 pm
Día 4	12 pm	8 pm
Día 5	3 pm	11 pm
Día 6	6 pm	2 am
Día 7	9 pm	5 am
Día 8	10 pm	6 am

Se programa una visita final para dos meses después a fin de evaluar la fase de mantenimiento. Kate reporta que sus actividades de fin de semana la ayudan a mantener el horario de sueño porque la incitan a despertarse temprano. Ya no hace siestas, y se queda dormida en los 30 minutos posteriores a la hora de acostarse, y puede dormir 7.5 horas por noche. Dado

Encontrá todos los artículos del **Psychiatric Times** en: <http://www.ojoclinico.net/psychiatric-times/>

