

7

TEMA

Sueño en ancianos. Insomnio y calidad de vida

José María Garrido Miranda, Antonio Pardo Galiano
y Juana Serrano Martínez

1. ASPECTOS GENERALES

La vida de cualquier hombre se desarrolla entre períodos de actividad y períodos de descanso y sueño. Los intervalos en los que el hombre recobra las energías descansando o durmiendo, y con ello asegura la buena marcha de su salud y en general de su vida. En personas débiles, especialmente en los ancianos, el cansancio se acumula en mayor medida cuando realizan un esfuerzo respecto a un individuo más joven cargado con la misma actividad. Consiguientemente, requieren más tiempo del acostumbrado para restituir plenamente sus fuerzas y recuperar la mente.

El sentido del descanso y su función en la persona depende de cada caso. En el grupo de personas mayores el descanso, sobre todo en aquellos afectados por una o varias enfermedades, supone un requerimiento básico para su salud. Un reposo correcto necesita de una mínima tranquilidad, relajación libre de cualquier ansiedad y condiciones ambientales óptimas. En el anciano, los familiares y amigos deben facilitar el descanso, ayudándoles en las tareas diarias y en las decisiones más complicadas. Normalmente un anciano consigue descansar correctamente cuando:

- Se sienten queridos.
- No sufren pérdidas en su entorno.
- Viven sin dificultades de orden económico y social.
- No dudan de recibir ayuda de sus allegados si fuera necesario.
- Comprenden las circunstancias en las que se hallan.
- Viven sin molestias, especialmente enfermedades.

1.1. SUEÑO.

Empezamos aquí a desarrollar la materia primordial de este tema: el sueño. Un pilar imprescindible para sostener en condiciones aceptables la vida humana. De su estado depende buena parte de la salud del hombre. Su importancia es patente para toda persona, aún cuando desconozca en profundidad sus mecanismos y efectos beneficiosos.

Todos somos conscientes de que esta acción consume una tercera parte del día. También sabemos que necesitamos de ella para recuperar los rastros fatigadores de la actividad diurna acumulada en nuestro cuerpo. Muchos expertos estiman que dormir tres horas consigue restaurar el desgaste orgánico del día. El resto del tiempo se invierte en soñar. Un tiempo muy superior al invertido por otros animales que mientras duermen apenas sueñan, o incluso la capacidad para desarrollarlos es nula, como en animales de sangre fría. Lo común es dormir todos los días, una sola vez y en período nocturno. La cultura mediterránea en cambio incluye la siesta, intervalo para dormir generalmente después del almuerzo, acto que en opinión de los especialistas beneficia al corazón si ésta no es extremadamente larga.

El sueño se define como un estado de consciencia en el cual la capacidad de la persona para captar estímulos exteriores y responder a estos se halla disminuida, caracterizado por una actividad física mínima, unos niveles variables de consciencia y cambios en los procesos fisiológicos (disminución de las constantes vitales en fases NREM). Parece comprobado que las personas seleccionan mientras duermen los estímulos a los que responderán en caso de ser necesario. Sobre este curioso hecho, en la segunda guerra mundial, judíos liberados de los campos de concentración relataban sus experiencias, manifestando en muchos casos la imposibilidad de dormir profundamente debido a las pesadillas de lo acaecido en esa etapa brutal de la historia del hombre, pero quizás lo más significativo, resulta del hecho de mantener una alerta continua ante todo lo que les rodeaba, en especial aquellos estímulos idénticos a los ya vividos en su cautiverio como ladridos de perros, campanas, gritos, silencio, etc.

Cuando sueña, el hombre proyecta imágenes, palabras, sensaciones, recuerdos en definitiva almacenados durante su estado de vigilia, presentados en forma aparentemente caótica pero con un sentido profundo sobre las preocupaciones y anhelos de la persona, como así exponen los estudios psicológicos realizados a lo largo de siglo XX.

En el hombre se altera progresivamente, desde el nacimiento hasta la vejez su capacidad de dormir y soñar. Un anciano dedica a dormir menos horas, reduciendo en ese tiempo también los intervalos de sueño. En la vejez la persona suele permanecer más tiempo en posición de reposo o de dormir (normalmente en cama), pero en verdad duermen menos, despertándose con más facilidad que los adultos jóvenes. Como consecuencia, durante el día arrastran un cansancio no remediado en la noche, con una tendencia a dormitar en horas diurnas (afectación movilidad), señaladamente en la siesta. Se caracteriza también el

mayor por acostarse y despertarse más temprano y por una menor capacidad para asimilar los cambios en los ritmos circadianos, fenómeno que describimos a continuación.

1.2. RITMOS CIRCADIANOS.

En todo lo vivo, en el conjunto de la naturaleza, se alternan unos ciclos vitales de determinadas características con otros diferentes. Suelen ser permanentes y se suceden según unas pautas marcadas. A la primera le sucede el verano, a este el otoño, y así eternamente. También cada ser individual vive según un ritmo enmarcado generalmente en un tiempo fijo, que influye en su funcionamiento fisiológico.

Se denominan ritmos biológicos de los seres vivos, y según su periodicidad se clasifican en:

- **Ultradianos.** Ocurren repetidamente durante las 24 horas del día, como sucede con la frecuencia respiratoria y frecuencia cardíaca.
- **Supradianos.** Suceden una vez en períodos de tiempo superiores a 24 horas. Por ejemplo, con la periodicidad aproximada de un mes, como el ciclo menstrual.
- **Circadianos.** Ocurren una vez cada día. Como ejemplo, podemos incluir el sueño-vigilia, hormona del crecimiento, temperatura, etc.

Estos últimos, los ritmos circadianos con una periodicidad aproximada de 24 horas, son los determinantes del sueño. Lo regulan simultáneamente mecanismos internos y externos. El origen interno se cree fundamentalmente se localiza en el núcleo supraquiasmático del hipotálamo, que controla los ciclos circadianos de los parámetros fisiológicos. Junto a esto debemos resaltar la función de la glándula pineal en la regulación de los ritmos estacionales, mediante la secreción de melatonina.

Los factores externos más decisivos en el curso de los ritmos circadianos son la luz y las demandas ambientales (horarios laborales, comidas, etc.).

Una alteración acusada de las anteriores circunstancias, internas y externas, en la sucesión de estos ritmos perjudica a su vez la relación sueño-vigilia. Para restaurar el buen estado de los ciclos circadianos se puede recurrir a terapias de tipo conductual, que persiguen una readaptación de los hábitos del individuo que beneficie a estos ritmos. También el tratamiento farmacológico, como hipnóticos, y la luminoterapia con una estimulación intensa de luz para adaptar los ritmos fisiológicos a los ciclos luz-oscuridad, conforman opciones válidas en la regulación del sueño.

Dentro de los ciclos circadianos, la temperatura supone uno de sus máximos exponentes. Presenta su máximo cerca de la media tarde entre las 16 h. y 18 h. y sus valores más bajos entre las 2 y las 4 de la madrugada. El inicio del sueño precede unas 5 ó 6 horas el mínimo de temperatura del cuerpo. Otra variable circadiana importante la encontramos en la frecuencia cardíaca, cuya intensidad depende del tipo de actividad

realizada, aunque de modo general, sin considerar esa actividad, alcanza sus máximas a principios de la tarde (entre la 16 h. y las 17 h. y su mínimo entre las dos y las cuatro de la noche). Debemos mencionar además dentro del grupo anterior a la hormona del crecimiento y al cortisol.

La primera actúa sobre el crecimiento de células y tejidos, controlando el metabolismo de proteínas. La máxima secreción de hormona ocurre pasados 50 y 60 minutos desde el inicio del sueño nocturno. Conforme la persona envejece la cantidad de hormona de crecimiento secretada disminuye, en forma paralela a una rebaja gradual del sueño lento.

En cuanto al cortisol, se encarga de preparar al cuerpo para la actividad y disminuye asimismo la sensibilidad de la hormona luteinizante (HL), lo que cancela la liberación de hormonas esteroideas sexuales (los estados de intensidad emocional retraen el impulso sexual). Por otra parte, el cortisol posee virtudes antiinflamatorias. El momento diario de mínima presencia en el plasma de cortisol acaece antes del completo anochecer, antes de ir a dormir. Durante el sueño nocturno no cesa de crecer, elevándose a su máximo valor al despertar.

2. FISIOLÓGÍA DEL SUEÑO

El sueño para cualquier persona resulta evidente si observa algunos signos exteriores, como relajación de músculos y del ritmo respiratorio. Cuando alguien se duerme, siguen una serie de etapas que aparecen en el sueño de todos los individuos.

Todos estos cambios y fases en los ciclos naturales del sueño vienen controlados por dos zonas especializadas del tronco cerebral: el sistema reticular activado (RAS) y la región sincronizada bulbar (BSR) de la médula. Ambas áreas intervienen en la marcha del estado consciente y en el sueño. Según las áreas descritas se han lanzado dos teorías: la teoría pasiva y la teoría activa.

La teoría pasiva expone que el sueño se produce por la fatiga del sistema reticular activado del cerebro, que lo inactiva. En cambio, la teoría activa que cuenta con el apoyo mayoritario de los expertos, sugiere alguna clase de centro que provoca el sueño al inhibir otras zonas del cerebro.

2.1. ALTERACIONES FISIOLÓGICAS DURANTE EL SUEÑO.

Los principales cambios ocurridos en el cuerpo cuando una persona duerme son:

- Disminución del ritmo cardíaco.
- Alerta disminuida a los estímulos ambientales.
- Descenso de tensión arterial.

- Los vasos periféricos se dilatan.
- Relajación de los músculos esqueléticos.
- La actividad del tracto intestinal puede aumentar.
- El metabolismo basal disminuye de un 10% a un 30%.

Es posible obtener datos de algunos de estos cambios fisiológicos, y mediante los resultados podemos dividir el sueño en diferentes fases. Para dicha valoración se necesita del registro de los siguientes parámetros electrofisiológicos:

- Electroencefalograma (EEG): medición de la actividad eléctrica cerebral que ofrece una buena información sobre el proceso del sueño. Las fluctuaciones de energía (ondas cerebrales) quedan reflejadas en gráficas de papel.
- Electromiograma, que mide el tono muscular y su actividad eléctrica.
- Electrooculograma (EOG), que registra los movimientos de los ojos.
- Oximetría: cantidad de oxígeno en sangre.
- Respiración: medición del volumen de aire inspirado y cantidad de movimiento muscular torácico-abdominal.

La posibilidad de obtener datos fiables sobre la frecuencia, la intensidad y la duración del sueño, ha permitido valorar este fenómeno diario en la vida humana desde un punto de vista más exacto de carácter enteramente científico. Hasta el primer cuarto de siglo, con la irrupción de varias escuelas que empezaron a estudiar con rigor los fenómenos de la mente (podríamos distinguir como la principal a Freud y sus discípulos) y con mucho interés el proceso del sueño y su significado, la observación de los sueños y sus manifestaciones oníricas fascinaron a los hombres, que los observaron desde perspectivas primordialmente artísticas y también como medio de comunicación de lo sobrenatural con los hombres.

Los estudios en este campo catalogados asimismo como rigurosos, hasta los avances de los primeros años de este siglo, se movían en un terreno dado muchas veces a la especulación exagerada e irremediamente poética. Por supuesto las interpretaciones mágicas y sobrenaturales tenían en aquellos tiempos un matiz de pseudociencia.

2.2. FASES DEL SUEÑO.

A tenor de características comunes en el sueño de los individuos sanos, se han establecido diferentes etapas en este proceso. En principio, su desarrollo se clasifica en sueño MOR (movimientos oculares rápidos) o REM (rapid eyes movement), según la denominación inglesa muy utilizada; la otra se llama sueño NREM o NMOR (sueño no-MOR).

Esta última fase, también conocida como sueño profundo, facilita el descanso corporal (sueño de ondas lentas en comparación a la frecuencia de las ondas cerebrales protagonista en la persona despierta ondas alfa y beta). El sueño NREM se compone normalmente de cuatro fases, de una duración aproximada de una hora en adultos y son seguidos por la fase III de sueño NREM y después por la segunda. A continuación aparece

el primer período REM, que se prolonga por unos diez minutos. Esta secuencia constituye el primer ciclo del sueño. Una persona que duerme vive de cuatro a seis ciclos de sueño durante 7 u 8 horas. Cada ciclo se extiende en torno a 70 minutos.

2.2.1. Sueño NREM.

- **Fase I:** etapa del sueño muy ligero con una duración normal de varios minutos, con actividad cerebral combinando las ondas cerebrales de bajo voltaje con intervalos periódicos de pequeño aumento en las ondas. La entrada en el sueño del individuo se caracteriza por una disminución leve del ritmo cardíaco, la respiración, del tono muscular respecto a la vigilia; en resumen, un estado general de descanso profundo, relajado y somnoliento, con una ligera sensación de flotar, manteniendo aún mayoritariamente activa la capacidad de percibir los estímulos externos, por lo que puede despertarse con más facilidad. Los ojos se mueven lentamente de un lado a otro.
- **Fase II:** desarrollo de sueño ligero, con el individuo totalmente dormido. Aún se le puede despertar con cierta facilidad, si bien nuestro sistema nervioso cierra parte de las vías de acceso de la percepción sensorial, disminuyendo su contacto con el exterior. Se prolonga de 10 a 15 minutos, y en este tiempo predominan las ondas theta. También se observan los husos de sueño (salvas de 0,5 a 2 segundos de actividad beta de 12 a 14 ciclos por segundo) y los complejos K (ondas bifásicas de gran amplitud). En esta fase el tono muscular se relaja más aún, disminuyen levemente la temperatura corporal y la frecuencia respiratoria y cardíaca, desapareciendo los movimientos de los ojos.
- **Fase III:** la percepción sensorial disminuye notablemente, así como las frecuencias cardíacas y respiratorias. La relajación de los músculos se intensifica, y no se dan movimientos en los ojos. En este intervalo resulta más difícil despertar al sujeto, y si lo hace se encuentra desorientado y confuso. Etapa fundamental para que el durmiente descanse subjetiva y objetivamente. Las ondas cerebrales son más regulares, con predominio del tipo delta (lentas) pero manteniendo aún actividad theta.
- **Fase IV:** sucede el sueño más profundo, aproximadamente entre 30 y 40 minutos después de coger el sueño, y el individuo se despierta raramente. Dominan las ondas delta, con actividad cerebral más lenta. Junto a la tercera fase se constituye en el período clave de la recuperación física. Frecuencia cardíaca y respiratoria descienden entre un 20 y un 30% en comparación al tiempo de vigilia del sujeto. Esta etapa también se caracteriza por una completa relajación de los músculos y porque apenas se mueve. También pueden observarse movimientos oculares de giro.

2.2.2. Fase REM.

Aparecen los sueños típicos con su forma de narración, mezcla de la realidad de nuestras percepciones durante la vigilia y nuestros recuerdos emocionales, con lo aparentemente absurdo y sin sentido racional. Muchos estudiosos estiman como básico el sueño REM para la salud mental de la persona, pues recupera la parcela psíquica. El sistema nervioso simpático controla su desarrollo. Las características que acompañan a esta etapa son:

- . Tono muscular prácticamente nulo.
- . Se presenta el sueño activo. La actividad eléctrica cerebral es máxima, más rápida, mayoritariamente theta de baja amplitud con intervalos breves de actividad beta. Paradójicamente, mientras el cuerpo se encuentra en completo reposo, el cerebro funciona a un ritmo máximo (provoca la alteración de ritmos corporales como la respiración y ritmo cardíaco). Debido a este doble ritmo, el del cuerpo y el de la mente, se denomina también a la etapa REM como *sueño paradójico*.
- . Movimientos rápidos de los ojos (MOR).
- . Tanto la frecuencia cardíaca como la respiratoria, presentan signos de irregularidad. Las respiraciones irregulares pueden provocar intervalos de apnea (ausencia de respiración durante el sueño).
- . Aumenta el metabolismo basal.
- . Aumenta la cantidad de jugo gástrico.
- . La duración de la fase REM varía según la parte del período total de sueño, normalmente ocho horas, en que aparezca. El primero suele durar de 9 a 10 minutos. Después vuelve el sueño profundo durante unos 90 minutos, tras el cual aparece un segundo sueño de una duración aproximada de 20 minutos. Torna a continuación el sueño profundo de otros 90 minutos, al que sigue el tercer sueño de unos 25 minutos y otro ciclo que termina con el cuarto sueño de entre 20 y 30 minutos. Continúa algunos minutos con sueño profundo primero y ligero más tarde, y entre la séptima y octava hora la persona despierta definitivamente.

2.3. FASES Y DURACIÓN DEL SUEÑO EN EL ANCIANO.

Si antes expusimos ocho horas de sueño normal para el sujeto adulto sano, en el caso de la persona mayor este tiempo se reduce a seis horas, con una reducción paralela del porcentaje de sueño REM. En la fase de los sueños también se da otro cambio: la primera aparición de la fase REM mientras duerme se alarga. También se aprecia que en una edad avanzada desciende el cuarto período de sueño, desapareciendo en algunas ocasiones. A menudo se interrumpe su sueño, especialmente en la segunda mitad de la noche. Después le cuesta más trabajo retomar el sueño.

3. FACTORES QUE INCIDEN EN EL SUEÑO

Los factores que afectan al sueño deciden el tiempo total que una persona duerme, así como la profundidad y los efectos benefactores o negativos del sueño sobre el durmiente. Entre los elementos que pueden influir podemos citar:

- **Entorno.** Un entorno tranquilo y agradable favorece el sueño. Una alteración, por ejemplo el ruido, puede dificultarlo. A veces una persona se acostumbra a dormir incluso con ruidos y luces; si estos desaparecen, pueden pasar unos días antes de volver a dormir bien, hasta que se adapte a las nuevas circunstancias. Trasladarse a otra residencia puede alterar el sueño cierto período de tiempo, por la dificultad de adaptación a los cambios. La temperatura, humedad, hábitos anteriores a la conciliación del sueño, la dureza del colchón o compartir la habitación afectan a las cualidades del sueño.
- **Estilo de vida.** El cansancio acumulado por una persona durante el día repercute en el desarrollo del sueño. En una persona más cansada generalmente se acorta el primer tramo de sueño paradójico (REM).
- **Estrés emocional.** La depresión y la ansiedad son grandes obstáculos cuando la persona intenta dormir. En el caso de la ansiedad, crecen los niveles sanguíneos de norepinefrina debido a la estimulación del sistema nervioso simpático, y como consecuencia, se producen menos fases del sueño NREM y del sueño REM, sumados a otros trastornos de sueño y vigilia.
- **Nutrición.** Una alimentación deficiente o desacertada puede causar temporadas de insomnio. Ciertos alimentos, como leche, queso fresco, ternera y atún en conserva propician un mejor sueño; muchas personas acostumbran a beber un vaso de leche tibia antes de dormir. Las pérdidas o ganancias de peso también inciden en el proceso del sueño. Cuando una persona adelgaza puede sufrir temporadas de disminución de las horas en que duerme, desvelándose a lo largo de la noche con un despertar más temprano.
- **Enfermedades.** Una enfermedad provoca normalmente en la persona mayor debilidad y alteraciones en el sueño, necesitando dormir más horas para recuperarse. El equilibrio sueño-vigilia se trastorna en estos casos. Especialmente indeseables para el sueño son los problemas respiratorios, pues lo interrumpen y dificultan. Úlceras, trastornos endocrinos, incontinencia urinaria, y muchos otros padecimientos afectan negativamente la capacidad de dormir. Cuando a causa de una enfermedad o accidente aparece el dolor, este suele empeorar el sueño e incluso impedirlo totalmente (centra la atención obsesivamente).
- **Alcohol, tabaco y estimulantes.** El abuso de alcohol y productos estimulantes como la cafeína alteran el sueño. La bebida alcohólica puede acelerar el inicio

del sueño, pero afecta bastante a la fase REM, con frecuentes pesadillas (incluso puede inhibir el sueño reparador psíquico). El café en cambio, impide dormir desde el principio a la persona. El tabaco actúa sobre el sistema nervioso y por extensión sobre el sueño.

- **Medicamentos.** Los fármacos, marcadamente los sedantes y los hipnóticos, afectan al tiempo y la composición del sueño, disminuyendo el sueño REM con un aumento de las horas totales en que el sujeto duerme. El grupo de los antidepresivos recorta el sueño REM de manera notable. Desacostumbrarse de estos productos, según lo relatado anteriormente, alarga la fase REM, con posibilidades de padecer pesadillas.

3.1 FACTORES ESPECÍFICOS EN LA TERCERA EDAD.

Todos los condicionantes expuestos en el anterior apartado afectan igualmente al anciano, excepto con algunas matizaciones más propias de la edad avanzada. La reducción paulatina de actividad en muchos ancianos provoca que paralelamente sufran más problemas de sueño. Las circunstancias vitales de muchos mayores, que perdieron a su cónyuge, amigos, o aquellos profundamente enfermos con un grave deterioro mental o con déficit nutricional, obran negativamente sobre su capacidad para conciliar el sueño. El uso de variada medicación característica de las épocas vitales tardías, conduce a frecuentes alteraciones del sueño (fundamentalmente insomnio).

4. ALTERACIONES DEL SUEÑO EN ANCIANOS

Más de una cuarta parte de las personas con una edad superior a los sesenta años presentan la capacidad del sueño alterado. Con relación a una persona joven, la población anciana casi llega a cuadruplicar los casos de alteraciones en el sueño, con una mayor incidencia entre las mujeres mayores. Los trastornos posibles en el sueño son variados, tales como:

- **Hipersomnia.** Trastorno muy propicio a la vejez, consistente en un sueño excesivo especialmente durante el día.
- **Parasomnias.** Indica un conjunto de conductas de vigilia que se presentan durante el sueño y lo dificultan. A este grupo pertenecen el sonambulismo (andar durmiendo), los terrores nocturnos (como pesadillas) y otros más.
- **Narcolepsia.** Necesidad de dormir a lo largo del día, como si se presentara en forma repentina, por lo que se denomina también "ataques de sueño".
- **Apnea del sueño.** Interrupción periódica de la respiración mientras la persona duerme, padecido por casi un tercio de los individuos mayores de 60 años. Esta apnea, además de ser un trastorno del sueño en sí misma, provoca problemas de insomnio cuando los cortes respiratorios se prolongan o

reiteran en exceso. La persona se despertará a menudo si las interrupciones son excesivamente duraderas y por la mañana sentirá la sensación de estar profundamente cansado.

- **Insomnio.** El problema de sueño más común e importante en el anciano. Por ello lo trataremos por separado, exponiéndolo con una mayor extensión.

5. INSOMNIO EN EL ANCIANO: VALORACIÓN Y CUIDADOS

El insomnio se define como el trastorno de la duración, intensidad o cualidades reparadoras del sueño. Una de las principales consecuencias de esta alteración es la sensación de cansancio que la persona arrastra cuando se levanta. Según el período en que se presenta el insomnio se clasifica en tres clases:

- Insomnio inicial o de latencia de sueño. Dificultad para coger el sueño. El sueño se retarda más de 30 minutos.
- Insomnio intermitente o mantenido. Problemas para mantener el sueño, a causa de que el individuo se despierta a menudo, en intervalos de más de 30 minutos.
- Insomnio terminal. El sujeto se levanta prematuramente y no vuelve a retomar el sueño, en un círculo vicioso productor de mayor ansiedad al intentar conciliar el sueño sin éxito, aumentando la ansiedad y favoreciendo un insomnio prolongado de rebote.

También se pueden establecer otras dos categorías de insomnio, el ocasional y el crónico. El primero ocurre durante unas cuantas jornadas y desaparece, motivado quizás por tensiones emocionales, enfermedades pasajeras u operaciones quirúrgicas. El caso crónico o persistente se diagnostica cuando el problema permanece durante un largo tiempo, y puede estar causado por problemas de diversa índole que no se han resuelto en ese tiempo, y generalmente viene acompañado de las siguientes características:

- Los síntomas de insomnio se prolongan a tres o más meses.
- El tiempo de sueño total supone menos de seis horas y media, de carácter ligero y escasamente reparador.
- La persona se encuentra a causa del insomnio con alteraciones en el estado mental, mayor fatiga durante el día y una tendencia a los despistes, irritabilidad y accidentes.
- La latencia de sueño debe alcanzar o superar los 30 minutos. Los desvelos durante la noche deben ser igualmente de 30 minutos o más.

El origen de este trastorno puede nacer de alguno de los factores que describimos en las alteraciones del sueño de los ancianos, a las que sumamos algunas causas nuevas como las siguientes:

- **Causas circadianas y externas.** La irregularidad en el ciclo vigilia-sueño, con retrasos o adelantos sin horario fijo del sueño puede causar a la larga insomnio. A su vez estas irregularidades del ciclo, pueden provenir de indeterminación de horarios que conduzcan a una inestabilidad de las horas de sueño. O bien por otros orígenes más propios de los ancianos como una escasa actividad física, ruidos o temperaturas molestas, u otras condiciones influyentes.
- **Causas psicológicas:**
 - Uno de los primeros síntomas de la depresión se presenta en el insomnio.
 - La sobreestimulación mental debida a la ansiedad favorece el insomnio. Algunas personas se preocupan excesivamente preguntándose antes de acostarse sobre si serán capaces de conciliar el sueño o no.
 - Los trastornos esquizofrénicos dificultan intensamente el sueño de los afectados, que en muchas ocasiones sólo duermen unas pocas horas a causa de una situación interior de hiperalerta.
 - El surgimiento de pensamientos de miedo a no dormir y miedo al cansancio pueden impedir el sueño. Aparece entonces el denominado círculo de exacerbación, es decir, cuanto más esfuerzo para dormir, más pensamientos intrusivos surgen.
- **Consumo de medicamentos y sustancias distorsionadoras.**
 - Algunos productos farmacológicos usados por el anciano contra determinadas enfermedades o trastornos como: antihipertensivos, diuréticos, algunos anticonvulsivos, ciertos antiparkinsonianos, antidepresivos tricíclicos y remedios farmacológicos contra el asma.
 - Sustancias estimulantes, caso del café, té y cacao.
 - Drogas usuales en los hábitos de la persona mayor como alcohol y tabaco.
- **Enfermedades.** En general las enfermedades dificultan la conciliación del sueño, o que este se desarrolle inadecuadamente, por causas como miedo a la evolución del proceso mientras la persona duerme, por aparecer junto a problemas respiratorios o cardíacos, o por dolores y otras complicaciones. Cuando un enfermo padece complicaciones para irrigar el cerebro con suficiencia puede aparecer insomnio. Los trastornos motores como las mioclonías nocturnas y el síndrome de las piernas inquietas dificultan e interrumpen el sueño del individuo.
- **Incontinencia urinaria del anciano en la noche (nicturia).**
- **Ronquidos, dolores de cabeza (migrañas y cefaleas nerviosas).**

- **Insomnio primario (sin causa conocida).**

5.1. VALORACIÓN DE ENFERMERÍA DEL INSOMNIO.

Para valorar el sueño, en particular el insomnio, debemos establecer una serie de puntos que integraremos siguiendo tres pasos: elaborar una historia del sueño del paciente, el sueño diario y un examen clínico exhaustivo.

5.1.1. Historia del sueño.

Para elaborar este informe debemos realizar una entrevista con un conjunto de preguntas que nos faciliten los siguientes datos:

- Establecer la transitoriedad o cronicidad del insomnio padecido por el paciente.
- Buscar los motivos subyacentes que provocan el insomnio (enfermedades, causas ambientales, ansiedad, etc).
- Cómo ha intentado solucionar la persona las dificultades para dormir.
- Averiguar las circunstancias que rodearon el inicio del insomnio y su estado presente.
- Cuánto tiempo ha durado el problema hasta ese momento.
- Factores en la conducta del paciente que hayan podido predisponer a su estado actual.
- Utilización de fármacos con prescripción médica y sin ella.
- Cambios de residencia en los últimos seis meses.

5.1.2. Agenda y diarios de sueño.

Un registro diario que recoja distintos datos del sueño y la vigilia, proporciona una valiosa información sobre el origen y las características del sueño del paciente. Estos diarios de sueño deben registrar información, al menos durante una semana. Hay que estar atento a los efectos de estos autoregistros en la persona, sobre todo en el mayor, pues puede provocarle síntomas de ansiedad al tener que controlarse. Estas agendas especificarán entre otras cosas:

- Horarios: cuándo se acuesta el paciente y a qué hora consigue conciliar el sueño. En qué momentos de la noche suele despertarse, con qué frecuencia y la prolongación de estos episodios. También la hora de despertar en la mañana.
- Otros hábitos, especialmente característicos del anciano, como echar la siesta o dar cabezadas durante el día.

- Circunstancias y actividades que suceden antes de acostarse: si come algún alimento o bebida, medicación, si ve la televisión o lee como últimos actos antes de ir a la cama, si mantiene charlas con la pareja, etc.
- Si siente algún síntoma de preocupación o ansiedad cuando se dispone a dormir, lo que le obstaculiza conciliar el sueño.

5.1.3. Valoración.

A) Exploración de enfermería. Se observará con detenimiento la apariencia facial (color, aspecto emocional, etc.), conducta y nivel de energía del anciano. Se buscarán signos de insomnio como la presencia de zonas oscuras en el contorno de los ojos, el enrojecimiento de la conjuntiva, ojos brillantes y apagados. Examinar si existen señales en la actitud del sujeto que hagan sospechar de la falta de sueño: cansancio, distracción y confusión, irritabilidad, un aspecto exterior demasiado descuidado, temblor en manos y otras zonas, bostezos frecuentes tendencia a abstraerse. Ha de incluirse un examen de otros condicionantes, como son si el paciente padece obesidad o tiene el tabique nasal desviado, hechos que predisponen a apnea obstructiva o ronquidos.

B) Estudios diagnósticos. Para valorar científicamente el sueño del individuo se recurre al polisomnógrafo, que utiliza simultáneamente algunos de los recursos de medición citados en el apartado de *fisiología del sueño*: electroencefalograma, electromiograma, electrooculograma, oximetría, medición de la respiración. La polisomnografía permite evaluar la actividad del individuo física y cerebralmente (actividad eléctrica) mientras duerme, y con ello rastrear el motivo que origina la interrupción o imposibilidad de conciliar el sueño.

Las intervenciones de enfermería que se derivan de los estudios diagnósticos son:

- Colaboración con el médico NIC 7710 (desarrollado en la unidad 3, tema 6).

6. MEDIDAS PREVENTIVAS Y CUIDADOS CONTRA EL INSOMNIO Y OTROS TRASTORNOS DEL SUEÑO EN EL ANCIANO

Cuando nos enfrentamos al insomnio, no debemos concentrarnos exclusivamente en las estrategias de manejo del insomnio, sino también averiguar y remediar el origen (social, económico), siempre que sea factible su tratamiento. De forma general abordaremos unas medidas terapéuticas muy propicias al anciano desde varios ángulos, que serán útiles dependiendo de cada caso. Antes expondremos una serie de actos para prevenir el problema del insomnio y otras alteraciones del sueño, además válidas en su mayoría para tratar un insomnio ya establecido.

6.1. EDUCACIÓN SANITARIA PARA LA HIGIENE DEL SUEÑO.

a) Procurar un entorno que favorezca la relajación, la comodidad, y en definitiva el descanso del anciano, atendiendo a ruidos, calidad del colchón y la almohada, temperatura u otros factores ambientales. Algunos consejos prácticos para asegurar el sueño son:

- Evitar luces exteriores, que se cuelen en su habitación y le perturben el sueño.
- Usar ropas holgadas y cómodas para dormir.
- Proporcionar a la persona mayor una lámpara de noche.
- Mantener una ventilación adecuada en el cuarto.
- Procurar que la ropa de cama sea suave, limpia y seca.
- Disminuir en lo posible los ruidos (conversaciones de la familia, volumen de televisión o radio) de la casa que puedan llegar a la habitación. Una buena precaución en este sentido es desconectar el teléfono.
- Si el anciano comparte habitación con otro familiar, procurar que este último adapte sus hábitos nocturnos de modo que no interrumpa su sueño.
- Cerrar la puerta de la habitación del anciano.
- Para hacerle más agradable el entorno, lo más recomendable es instalar en la habitación objetos especialmente queridos por el mayor. La elección y distribución correrá a cargo del mayor.
- Siempre se ha de atender a los gustos de la persona, pues las necesidades ambientales varían bastante de un individuo a otro.

b) Intentar que el anciano respete unos horarios determinados para acostarse y levantarse. Impedir que vaya a la cama si no tiene sueño. Aspecto fundamental para evitar el insomnio. Para mantener unas horas fijas de sueño se sugiere evitar o al menos reducir las siestas y cabezadas del anciano durante el día. Mantener la siesta en una media de 30 minutos diarios es suficiente.

c) Cuidar que no permanezca en cama si no es para dormir. Muchos ancianos se postran en la cama gran parte del día aún sin sentir sueño, escudándose en su falta de deberes laborales o de otro tipo. También pueden utilizar la habitación para ver la televisión, leer, escuchar la radio, desde la cama durante parte del día o hasta bien entrada la noche. En principio, erradicar estas costumbres nos ofrecerá una ventaja: que la persona asocie inmediatamente la cama con el sueño, y no con otras actividades.

d) Realizar una moderada cantidad de ejercicio diario sobre todo en la tarde, favorece un mejor sueño (relaja los músculos y el organismo segrega endorfinas con efecto sedante). Demasiado ejercicio puede obrar un efecto negativo a la hora de ir a dormir.

e) Comer adecuadamente, preferiblemente unas horas antes de acostarse (evitaremos la posibilidad de reflujo). Una comida copiosa dificulta el sueño, al igual que acostarse con

hambre. El tradicional vaso de leche antes de ir a la cama ayuda a dormir a la persona, pues su riqueza proteica (presencia de triptófano) favorece el sueño.

f) Procurar que el anciano evacue antes de acostarse.

g) Suprimir el café o té de las tardes y no abusar del alcohol.

h) Realizar actividades que faciliten la relajación antes de irse a dormir, como ver la televisión, leer, oír música tranquila, tomar un baño relajante, etc.

i) Los masajes confortantes en zonas del cuerpo especialmente demandadas por el anciano (hombros, manos, pies, en prominencias óseas) pueden predisponer a un sueño benefactor y relajado. Investigaremos la presencia de contraindicaciones en la aplicación del masaje como deformidades, dolor, parestesia, antecedentes de trombosis, etc.

j) Diseñar un horario de medicación para el anciano si lo necesita, de modo que no interfiera en su sueño durante la noche. Si sufre dolores, se recomienda administrar los analgésicos 30 minutos antes de acostarse.

k) En ancianos con dificultades respiratorias, proporcionar los medicamentos recetados (quizás broncodilatadores) antes de iniciar el sueño y colocar al individuo en una postura adecuada para facilitar la respiración (por ejemplo, la posición de semi-Fowler).

l) En cualquier caso debe tomar el sueño con una actitud relajada, sin preocupaciones. En el apartado de terapias ofrecemos algunas técnicas posibles para lograr la relajación, circunstancia inductora natural del sueño.

m) Evitar que se preocupe en exceso por la posibilidad de no poder conciliar el sueño, que duerma con la mente despejada. Si algo obsesiona al anciano, sugerirle que escriba sobre ello antes de dormir o lo comente con un familiar.

n) En caso de no poder dormir, no insistir, lo indicado es levantarse y realizar actividades que le distraigan. Probablemente al rato retome las ganas de dormir.

o) Si se presenta la falta de sueño varios días en manera persistente, la persona mayor debe consultar con su médico, quien le señalará posibles soluciones a su problema, no dejando pasar el problema por considerarlo menor.

6.2. CUIDADOS DE ENFERMERÍA.

- **Cognitivos, que incluyen las siguientes medidas:**

- Adiestramiento de la imaginación, con el objetivo de que el individuo sea capaz de librarse de pensamientos inquietantes.
- Técnicas para interrumpir una cadena de pensamientos reiterativos que impiden dormir.

- Usar métodos de intención *inversa o paradójica*, es decir el paciente debe proponerse no dormir durante el máximo tiempo posible; quizás así logre el efecto contrario.
- Enseñar a la persona mayor posturas para dormir que favorezcan la relajación de los músculos y articulaciones.
- **Dirigido a las causas psicofisiológicas, que mediante diversos métodos pretenden relajar y preparar al paciente para un sueño mejor:**
 - Eliminar el miedo al insomnio mediante una desensibilización sistemática.
 - Prácticas para que el propio individuo se sugestione y convenza de que siente calor y pesadez en distintas zonas de su cuerpo, rebajando el ritmo de sus latidos, y finalmente predisponiendo al sueño.
 - Practicar antes de acostarse una relajación pasiva, concentrando la mente en varias partes del cuerpo para lograr un estado de bienestar.
 - Relajación progresiva, indicada en las personas mayores.
 - Aprender a regular la cadencia de la respiración (respiración diafragmática).

6.2.1. Cuidados de Enfermería en el tratamiento farmacológico.

La experiencia demuestra que la población anciana consume hipnóticos en una proporción superior a las personas con menos años, y muy superior en ancianos internados en hospitales u otras instituciones para la tercera edad. Se añade a la cantidad de fármacos consumidos, los efectos secundarios que estos dejan en la persona mayor, más duraderos y perjudiciales que en los jóvenes. Estos casos son corrientes debido a las alteraciones funcionales de la vejez como la absorción gastrointestinal, reducción de la capacidad para metabolizar y expulsar los medicamentos y en ocasiones, crecimiento de la grasa corporal.

Los usuarios de estos productos favorecedores del sueño deben aprender las contraindicaciones y uso de los mismos. Educaremos en la valoración de sus riesgos con relación a sus beneficios, pues se desarrolla una rápida tolerancia, necesitando el individuo mayores cantidades del fármaco para los mismos resultados, y con el tiempo una reducción paulatina de su eficacia. Por otra parte, su uso produce trastornos en el sueño REM, con la aparición de pesadillas.

Estos hechos desaconsejan el uso de hipnóticos en el anciano como la primera elección terapéutica cuando se enfrenta a problemas de sueño. En principio, se realizarán las terapias dirigidas a la conducta. Si estos no obran los resultados esperados, se valorará la posibilidad de prescribir estos productos. Cuando el anciano tome hipnóticos, su médico controlará su acción y efectos secundarios. A continuación ofrecemos unas cuantas consideraciones útiles sobre la utilización de estos medicamentos:

- . No mezclar estos productos con alcohol, desencadenan graves efectos secundarios por potenciación de los efectos depresores y sedantes.
- . Una persona que sufre apneas debe evitar el consumo de hipnóticos.
- . Se desaconseja el uso de estos medicamentos en insomnios crónicos, por problemas de tolerancia y farmacodependencia.
- . Evitar los hipnóticos en situaciones de insomnio de carácter persistente originados por causas psicofisiológicas.
- . Si el anciano recurre finalmente a estas sustancias debe:
 - Ingerir la dosis adecuada, atendiendo especialmente a posibles problemas de absorción y metabolización del fármaco.
 - Tomar la mitad e incluso un tercio de la dosis indicada para un joven, sirve para producir el mismo resultado en un anciano, iniciando el aumento de dosis en función de los efectos deseados y la tolerancia del mayor al hipnótico.
 - Se recomienda en la mayoría de ocasiones administrar hipnóticos de vida corta, carentes de metabolitos activos y que no acumule el organismo.

-Administrar medicación NIC 2300 (desarrollado en la unidad 3, tema 5).

6.2.1.1. Tipos de hipnóticos y otros fármacos en el tratamiento de alteraciones del sueño.

Las dos cualidades más apreciadas en un hipnótico se encuentran en su facilidad y rapidez para ser absorbidos y en la duración de su acción, la más recomendada entre 4 y 6 horas.

Una velocidad de absorción rápida resulta esencial para alcanzar con prontitud concentraciones eficaces en tejido cerebral, cualidad especialmente indicada para el insomnio caracterizado por dificultad para empezar a dormir. Una sustancia de acción más lenta resulta apropiado para un insomnio definido por un despertar temprano. Otro aspecto importante: el tiempo de acción del hipnótico debe amoldarse a la duración natural del sueño; si su acción es corta (2 a 3 horas) puede resultar ineficaz. En cambio, si es demasiado prolongada (8 horas o más) puede producir intervalos de somnolencia residual al día siguiente.

Las sustancias hipnóticas para remediar el insomnio se reparten en tres grandes grupos:

a) **Hipnóticos de primera aparición.** A este grupo pertenecen los barbitúricos, que fueron los primeros sedantes-hipnóticos lanzados al mercado. Con los años su uso ha decrecido, debido al alto riesgo de adicción que acompañaba su consumo y por el riesgo de muerte por sobredosis. Peligrosos y traicioneros en su uso, al desarrollar tolerancia,

exigiendo aumento de la dosis en el mantenimiento de los efectos sobre el sueño y disparando irremediamente la aparición de complicaciones. Además se acompañan de efectos colaterales sobre el comportamiento y la capacidad de respuesta (disminución), enlenteciendo a la persona, envuelta en un estado de profundo sopor.

b) Hipnóticos de segunda aparición. Sustancias del grupo de las benzodiazepinas, que con su aparición desbancaron el uso de los barbitúricos como remedio contra el insomnio, ya que provocaban menos efectos secundarios y evitaban la mortalidad por sobredosis (producen en estos casos estupor benzodiazepínico). Por el contrario, causan altos grados de dependencia y tolerancia. En la actualidad son ampliamente utilizados en el control de las perturbaciones del sueño.

Si se usan como complemento a otro tratamiento durante poco tiempo, se muestran efectivos y sin problemas secundarios para inducir el sueño natural, pues afectan menos al sueño REM que otros productos. Con dosis bajas son indicadas para la ansiedad, y en dosis altas recomendados para combatir el insomnio. Las benzodiazepinas de duración corta e intermedia se identifican por un tiempo de desintegración entre 4 y 24 horas y se caracterizan por poseer pocos metabolitos activos, por los pocos casos presentados de acumulación (en el plasma sanguíneo) con dosis múltiples y por su efecto mínimo en la expulsión de este medicamento por edad (disminución del metabolismo hepático) o enfermedad de hígado.

Las benzodiazepinas de duración larga tienen las siguientes particularidades, contrarias a las de acción menos prolongada:

- . No se eliminan adecuadamente en ancianos y personas con problemas hepáticos.
- . Su período de desintegración supera las 24 horas.
- . Poseen metabolitos farmacológicamente activos.
- . Desencadenan intoxicaciones con cierta facilidad.
- . Se acumulan con dosis múltiples.

c) Hipnóticos de tercera aparición. En los últimos años se han comercializado nuevos productos de procedencia no benzodiazepínica. Sus beneficios respecto a las benzodiazepinas se hallan en la disminución de la dependencia y la tolerancia, favoreciendo un mejor sueño y estimulando un aumento de las fases 3 y 4 durante éste.

A esta nueva generación pertenecen las ciclopirrolidonas (zopiclona) y las imidazopiridinas. El zolpidem, que procede de las segundas, no ha sido asociado a dependencia, tolerancia, trastornos del ciclo del sueño o insomnio de rebote, si bien debe mantenerse cierta precaución respecto a este producto por su juventud, a la espera de estudios científicos que avalen definitivamente estas cualidades.

d) Melatonina. La melatonina, también llamada hormona del crecimiento, ha despertado el interés de muchos investigadores por sus extraordinarias cualidades, que

pueden convertirse en remedios eficaces contra muchas enfermedades. Pero aún se ha de guardar una reserva en su uso hasta que las investigaciones certifiquen sin duda sus posibilidades. En cuanto a sus beneficios sobre el sueño, esta hormona producida naturalmente por el organismo, participa de forma crucial en la regulación del ciclo sueño-vigilia. Puede servir en un futuro inmediato para tratar trastornos crónicos del sueño. Los estudiosos han demostrado que los índices de melatonina circulante pueden ser notablemente inferiores en personas ancianas respecto a individuos más jóvenes. Por ello, se estima que el reemplazo de melatonina puede beneficiar a los mayores para estimular y mejorar el sueño en esta edad.

