

INTERVENCIÓN CONDUCTUAL EN EL INSOMNIO DEL ANCIANO

MANUEL GANDOY CREGO¹, JOSÉ CARLOS MILLÁN CALENT²,
MÓNICA ANTELO MARTELO¹, MANUELA JARRET MOURIS³,
JOSÉ MANUEL MAYÁN SANTOS⁴
Instituto Gerontológico Gallego

Resumen

El insomnio es uno de los trastornos del sueño considerado como síndrome geriátrico, el tratamiento tradicional es de tipo farmacológico, siendo sus resultados a largo plazo, y en poblaciones de un elevado consumo de fármacos, no muy satisfactorios.

Por ello los profesionales de la salud, deben conocer otras medidas que faciliten el restablecer el patrón del sueño del anciano.

Para el tratamiento conductual del insomnio, deberemos modificar las creencias, actitudes, expectativas y/o valoraciones perjudiciales sobre cuestiones relevantes en relación al problema, enseñar al paciente una correcta higiene del sueño, y un correcto entrenamiento en relajación, aspecto primordial para conciliar el sueño.

Con la propuesta de intervención comportamental que se presenta, intentamos ofrecer una solución sencilla y práctica que puede favorecer la solución o mejoría del insomnio.

Palabras clave: Insomnio, Terapia conductual, Psicogerontología, psicología.

Abstract

Insomnia is a sleep disorder which is considered to be a syndrome of the elderly. Conventional treatment is pharmacological, leading to the unsatisfactory result of an increased consumption of medication over a long term period. It is the duty of health professionals to find other ways of re-establishing healthy sleep patterns in the elderly.

The behavioural treatment of insomnia requires modifying the prejudiced beliefs, attitudes, expectations and/or values relating to the issue, training the patient in a regular healthy pattern of sleep and teaching effective relaxation techniques, which are central in attaining sleep.

Using this behavioural approach, the aim is to offer a simple and practical solution that will provide a cure or at least an improvement for the problem of insomnia.

Key Words: Insomnia, behavioural therapy, psychogerontology, psychology

¹ Psicólogos Clínicos. Master en Gerontología Clínica y Social. Instituto Gerontológico Gallego

² Doctor en Medicina. Catedrático de Gerontología. Universidad de La Coruña. Instituto Gerontológico Gallego

³ Enfermera. Instituto Gerontológico Gallego

⁴ Doctor en Medicina. Catedrático de Enfermería Geriátrica y Gerontología. Universidad de Santiago de Compostela. Instituto Gerontológico Gallego.

Correspondencia: Manuel Gandoy Crego. Instituto Gerontológico Gallego (EUE). Avenida Xoán XXIII, s/n. 15704. Santiago de Compostela. Teléfono: 981 56 31 00 Ext. 12067. Fax: 981 57 01 81. e-mail: jmcalent@usc.es.

Introducción

La prevalencia de los trastornos del sueño aumenta de forma lineal con la edad, siendo aún más frecuente en la mujer, en pacientes con problemas médicos o psiquiátricos y en los que se automedican (Gillin, 1990; Morgan, 1988)

Uno de estos trastornos del sueño es el insomnio, considerado uno de los síndromes geriátricos (Ruipérez Cantera, 1996; Ribera, 1987).

El insomnio puede definirse como la ausencia crónica de la habilidad necesaria para poder iniciar y/o mantener el sueño. (Bootzin, 1978). El trastorno puede consistir en la dificultad para quedarse dormido (insomnio de iniciación) o en la capacidad para mantener el sueño durante toda la noche (insomnio de mantenimiento).

Según el DSM-IV (APA, 1994), el insomnio es la incapacidad para iniciar o mantener el sueño, o falta de sueño reparador, durante al menos un mes que provoque malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Esta alteración no debe aparecer exclusivamente en el transcurso de la narcolepsia, trastorno del sueño relacionado con la respiración, trastorno del ritmo circadiano o una parasomnia, ni en el transcurso de otro trastorno mental, así como no debe ser provocado por los efectos fisiológicos directos de sustancias o de una enfermedad médica.

Los síntomas del insomnio pueden aparecer esporádica o transitoriamente, pero es la cronicidad de los mismos la variable que define la presencia del insomnio como enfermedad, siendo algunas de sus principales características, las siguientes:

- ✓ Latencia de tiempo en conciliar el sueño de 30 minutos o más, así como interrupciones del sueño durante la noche de 30 min. o más.
- ✓ Patrón de sueño irregular y cansancio a lo largo del día, con reacciones emocionales de distinto tipo.
- ✓ Preocupación respecto a no dormir y miedo a no poder hacerlo, expectativa de incapacidad para dormir y falta de control sobre la conducta.
- ✓ Realización en la cama de esfuerzos ineficaces para conciliar el sueño, acompañados de pensamientos negativos y reacciones adversas al "comprobar" que no es capaz de dormirse, seguidas de actividades incompatibles con la conducta de dormir.

Aunque cuando no referimos a las personas mayores, debemos de tener en cuenta que se van a ver afectadas por una disminución en el tiempo total de sueño, por un aumento en la cantidad y duración de los despertares nocturnos, adelanto en la aparición de la primera fase REM, disminución espectacular del sueño lento y aumento de la somnolencia y la fatiga diurna (Duran, 1993). De todos modos, salvo este último apartado, los criterios diagnósticos del DSM-IV, serán aplicados de la misma forma.

El tratamiento más tradicional del insomnio es de tipo farmacológico, pero sus resultados a largo plazo, y en poblaciones de un elevado consumo de fármacos -como puede ser el colectivo de ancianos-, no son muy satisfactorios.

En general, el éxito habitual de la medicación a corto plazo, no se mantiene más tarde en su ausencia, lo que parece lógico si se considera que los fármacos no contribuyen a modificar los patrones de conducta deteriorados. (Buceta, 1995).

La falta de resultados positivos estables y los problemas inherentes a la dependencia y la tolerancia aconsejan, otras alternativas terapéuticas que, si bien no eliminen las anteriores, al menos complementen y mejoren el tratamiento del insomnio (Duran, 1993).

Por ello los profesionales, deben conocer otras medidas -de tipo conductual-, que faciliten el restablecer el patrón del sueño del anciano, intentando recurrir a la medicación en la menor medida posible.

Metodología

Valoración de la persona insomne

Al igual que se hace con otros síntomas, el manejo del insomnio requiere una aproximación global que incluya (Ruipérez, 1996), una historia clínica, que detecte aquellos factores de riesgo o predisponentes al insomnio y una historia detallada del sueño, incluyendo una descripción detallada del problema del sueño y los hábitos comunes, tanto a la hora de acostarse, como durante la noche y durante el día.

Mediante el presente estudio, no pretendemos exponer un protocolo de valoración específico, sino que al considerar que los criterios diagnósticos del DSM-IV, son de observación y entrevista clínica, en la que influye claramente la subjetividad del paciente, pueden ser esta misma subjetividad, y sobre todo su adherencia terapéutica al tratamiento, los mejores indicadores de la efectividad de la intervención.

Tratamiento del insomnio

No planteamos un protocolo rígido a seguir, sino, que presentamos una propuesta de actuación, agrupado en cuatro tipos de actuaciones que se han mostrado efectivas en insomnes mayores (Engle-Friedman, 1986), y de las cuales el terapeuta indicará cuales son los aspectos más indicados a aplicar en función del paciente y del tipo de insomnio a tratar.

La actuación, se orienta fundamentalmente sobre pacientes mayores, residentes en su domicilio y sin patologías susceptibles de provocar un insomnio secundario.

Las técnicas de intervención escogidas, lo han sido fundamentalmente por ser de gran eficacia y simplicidad para la intervención con personas mayores, en donde hemos hallado bajo nivel cultural de acuerdo con nuestra práctica clínica personal, y donde hemos detectado que dichas técnicas permiten un fácil manejo del paciente, sin observar complicaciones a la hora de que comprenda las instrucciones recibidas, así como una adecuada resolución de la problemática afrontada.

La exposición de las diferentes técnicas no pretende en ningún caso aconsejar una u otras, sino mostrarlas a fin de que sea el profesional el que decida de acuerdo a cualificación, cual le resulta de más fácil aplicación.

Para el tratamiento del insomnio, deberíamos de seguir los siguientes pasos:

1. Modificación de las creencias, actitudes, expectativas y/o valoraciones perjudiciales sobre cuestiones relevantes en relación al problema.

Deberemos hacer hincapié en la manera de pensar del paciente, en relación con su capacidad de dormir; en general estos pacientes piensan de un modo sesgado en cuanto a su capacidad y como esta influye en su rendimiento posterior.

Podemos utilizar para ello una adaptación de la "Técnica de conceptualización alternativa" de Beck (Beck, 1983), esta se refiere a la búsqueda activa de interpretaciones o soluciones alternativas a los problemas del paciente, se pretende contrarrestar la tendencia de los pacientes a considerar los problemas como irresolubles, por ello, ayudaremos a que el paciente defina de forma clara los motivos de porqué piensa que no va a ser capaz de dormirse, o que no va a dormir el tiempo suficiente para un adecuado descanso.

Otra posible medida a llevar a cabo, sería la denominada "Intención paradójica" (Buceta, 1995; Ladoceur, 1979), que consiste en indicar al paciente, que cambie su objetivo de dormirse, por el de "estar a gusto en la cama", de este modo, conseguiremos reducir la tensión que puede producir estar en la cama, intentando el paciente buscar una comodidad, que le facilitará ineludiblemente el dormir.

2. Higiene del sueño:

El objetivo de esta estrategia es que el paciente adquiera hábitos saludables que favorezcan el sueño (Pérez del Molino, 1993), para ello además de darle ciertas indicaciones de actividades que deben realizar, y actividades que no, deberemos explicarles la razón de cada consejo, para favorecer una mayor adherencia al tratamiento.

Consejos a seguir:

- ✓ Mantenimiento de horarios estables para acostarse y levantarse (es fundamental que este último permanezca lo más estable posible). No estar más tiempo en la cama que el necesario para dormir.
- ✓ Realizar como mucho una siesta al día, de no más de 30 minutos después de la comida. Evitar dormir durante el día, "dando cabezadas".
- ✓ Realizar ejercicio físico, por ejemplo caminar unos 20 minutos diarios, evitando realizar ejercicio intenso en las horas previas a acostarse.
- ✓ Vigilar la alimentación, evitado ingerir grandes cantidades de comida en la cena y evitando todos los excitantes después de la misma. Evitar o reducir el consumo de tabaco. Tampoco se debe consumir excesivo líquido, con la finalidad de no tener que ir al cuarto de baño durante la noche.
- ✓ En la medida de lo posible, evitar utilizar la habitación para comer, ver la televisión... Así mismo intentaremos que la habitación sea confortable, a una temperatura adecuada, evitando los ruidos, si estos son inevitables, podremos utilizar tapones para los oídos.
- ✓ Se procurará utilizar ropa cómoda para dormir, evitando los accesorios o elementos molestos.
- ✓ Utilizar rutinas a la hora de dormir, desvestirse en el mismo sitio, ir al servicio, de modo que se produzca una asociación entre estas actividades y el hecho de dormir, lo que conseguirá que al ir realizando estas conductas, se empiece a tener sueño, por un proceso de Condicionamiento Clásico. (En caso de no lograrlo fácilmente, indicaremos al paciente que siga las instrucciones del apartado 4, control del estímulo).
- ✓ Es imprescindible una adecuada relajación a la hora de querer dormir.

3. Relajación:

La relajación puede contribuir a modificar el patrón de respuesta disfuncional que presentan los pacientes insomnes, ayudando a reducir la activación general y la sobreactivación que puede producirse en el momento de intentar dormir. De este modo, se proporciona una forma alternativa de comportamiento funcional que, probablemente contribuya a incrementar la percepción de control y la autoeficacia. La relajación, colaborará a reducir el insomnio y facilitará la disminución del consumo de fármacos. (Lichstein, 1993).

Proponemos como forma de relajación el control de la respiración, ya que es una técnica muy adecuada para la mayoría de las personas y sencilla de dominar (Labrador, 1993)

Este control de la respiración, se llevará a cabo en el momento en el que el paciente se disponga a acostarse, y partiendo de la situación más cómoda del paciente, e indicándole que se imagine a sí mismo en una situación placentera (Woolfolk, 1983), como por ejemplo tomando el sol en la playa, seguiremos los siguientes pasos:

Deberemos enseñarle a respirar correctamente, para ello, se le indicará que ponga una mano encima de su vientre y otra encima del estómago. Empezará a respirar con la indicación de que llene de aire la parte inferior de los pulmones, de este modo, deberá notar como se eleva la mano situada sobre el vientre, mientras que la otra mano no debe moverse.

Posteriormente deberá ir llenando la parte media y superior de los pulmones, realizándolo en tres tiempos, de acuerdo con la parte inferior, media y superior de los pulmones. Cuando el paciente domine esta respiración, ya no hará falta que marque los tres tiempos.

Para relajarse posteriormente, bastará que se centre en la propia respiración y en la imagen relajante, hecho que eliminará los estímulos distractores e interferentes y facilitará el conciliar el sueño.

4. Control del estímulo

En caso de que el paciente con una correcta higiene del sueño no consiga dormirse en la cama, realizaremos un control del estímulo (Bootzin, 1978), consiste en prescribir al paciente el seguimiento de una serie de instrucciones cuya finalidad es conseguir la debilitación de la asociación entre determinados estímulos que está presentes a la hora de intentar dormir y la conducta de no poder dormir, fortalecer la relación entre los estímulos antecedentes (cambiarse, ponerse la ropa de cama, ir al servicio...) y la conducta deseada de dormir. Daremos entonces al paciente instrucciones del tipo (Buceta, 1995):

- ✓ Acuéstese para dormir cuando tenga sueño
- ✓ No realice en la habitación actividades que pueda hacer en otro lugar del domicilio (ver la TV, comer, solucionar problemas...)
- ✓ Si en un tiempo prudencial no es capaz de dormir, levántese y diríjase a otra habitación en la que realizará actividades relajantes. (leer, escuchar música suave, ejercicios de respiración...) Regrese a la habitación cuando vuelva a tener sueño. Podemos sustituir el desplazarse a otra habitación por sentarse cómodamente cerca de la cama cuando las circunstancias personales del paciente así lo aconsejen.
- ✓ Si tras quedarse dormido, se despierta durante la noche y no es capaz de conciliar el sueño en el período de tiempo prudencial marcado, repita los pasos anteriores.
- ✓ Levántese a la hora marcada de antemano, independientemente de lo que haya dormido, evitando dormir fuera de la cama y durante el día.

Conclusiones

Con este protocolo de intervención comportamental, intentamos ofrecer una solución sencilla y práctica que puede favorecer la solución o mejoría del insomnio, en el paciente anciano.

Se debe conceder un mayor peso a las cogniciones, pensamientos y comportamientos del paciente a la hora de irse a la cama, e intentar con una intervención más o menos sencilla - al estilo de la presentada -, conseguir la recuperación del patrón correcto del sueño de la persona anciana, de forma que se procure recurrir a la medicación, en la menor medida posible.

Referencias

- Beck, AT. (1983). *Terapia Cognitiva de la depresión*. Bilbao, DDB
- Bootzin, R. Nicassio, PM. (1978). Behavioral treatments for insomnia. *Prog Behavior Modification* 6: 1-45.
- Buceta, JM. Bueno, AM. Buceta, E. (1995). *Intervención comportamental para el tratamiento del insomnio*. Madrid, Pirámide.
- Duran, M. Torrado, V. (1993). Terapia de conducta en el insomnio de ancianos. *Revista Española de Geriátría y Gerontología* 28 (1): 18-23
- Engle-Friedman, M.E. Bootzin, R.R. (1986). An evaluation of behavioral treatments for insomnia in older adults. *Sleep Research*. 15: 119-127
- Gillin, JC. Byerley, WF. (1990). The diagnosis and the management of insomnia. *New England Journal of Medicine* 322: 239-248.
- Labrador Encina, FJ. De la Puenta Muñoz, ML. Crespo López, M. (1993). *Técnicas de control de la activación: relajación y respiración*. En: Labrador FJ, Cruzado JA, Muñoz M. Eds. Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta. Madrid: Pirámide; p 367-395.
- Ladoceur, R. Gros-Louis, Y. (1979). Paradoxical intention versus stimulus control in the treatment of severe insomnia. *Journal of Consultant Clinical Psychology* 47: 500-508

- Lichstein, KL, Johnson, RS (1993). Relaxation for insomnia and Hypnotic Medication Use in Older Woman. *Psychology an Aging*; 8 (1): 103-111
- Asociación Americana de Psiquiatría (1994). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos mentales*. Cuarta Edición.. Barcelona, Masson.
- Morgan K, Daloso H. (1988). Characteristics of subjective isomnia in the elderly living at home. *Age and Ageing* 17: 1-7
- Pérez del Molino, J. (1993). El insomnio en el anciano. Consejos para dormir mejor. *Revista Española de Geriatría y Gerontología* 28: 305-310
- Ribera, D. Prieto, A. Reig, A. Miquel, J. (1987). Pautas de sueño y envejecimiento. *Revista Española de Geriatría y Gerontología* 22 (3): 143-149.
- Ruipérez Cantera, I. García Hervías, EM. (1996). *Trastornos del sueño en el anciano. Factores de riesgo*. En: Ribera Casado JM, Gil Gregorio P, eds. Factores de riesgo en la patología geriátrica. Madrid, Editores médicos SA: p 207-221.
- Woolfolk, RL. McNulty, TF. (1983). Relaxation treatment for insomnia: A component analysis. *Journal of Consultant Clinical Psychology* 51: 494-503.