

Problemas del sueño en los mayores

Sleep problems in the elderly

Irene Carmona Fortuño^{1,*}

María Pilar Molés Julio²

Enfermera. Centro de atención sociosanitario San Llorenç. Vila-real. Castellón. España.

Profesora. Departamento de Enfermería. Universitat Jaume I. Castellón de la Plana. España.

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: IreneCarmona_@hotmail.com (I. Carmona Fortuño).

Recibido el 30 de enero de 2017; aceptado el 7 de marzo de 2017

RESUMEN ABSTRACT

Objetivos: Comparar el sueño en los diferentes tipos de paciente y ver cómo influyen en este las diferentes variables, como la toma de fármacos para dormir, la realización de actividad física o las enfermedades asociadas. **Metodología:** Estudio observacional descriptivo transversal mediante la administración de un cuestionario autoadministrado a la muestra de 57 pacientes en la Residencia San Llorenç de Vila-real, provincia de Castellón, Comunidad Valenciana, en el período que dura el estudio. **Resultados:** Tras analizar los datos obtenidos del cuestionario en el SPSS se obtienen resultados, como el sexo donde aparecen con más frecuencia trastornos del sueño, que es el masculino, con un 69,2% frente al 52% de las mujeres, así como también el grupo de edad donde más se presentan, que es entre los 86 y los 95 años, con un 64,7% de incidencia. Además, se ha comprobado que un 69% de los residentes que toman medicación duermen mal. No se han obtenido resultados relevantes en cuanto a la actividad física o sobre la patología de base. **Conclusiones:** Como resultado de la investigación podemos concluir que no todas las variables que se propusieron influyen en el anciano; tan solo lo hacen el sexo, la edad y la medicación de forma relevante. La significación del estudio reside en la cantidad de ancianos que padecen trastornos del sueño y el mal control que se tiene sobre este.

PALABRAS CLAVE: Trastornos del sueño, anciano, calidad de vida, enfermería, trastornos de inicio y mantenimiento del sueño.

Objectives: To compare sleep in different types of patients and see how our variables influences on it. **Methodology:** Transversal descriptive observational study through the administration of an autoadministered questionnaire to the sample of 57 patients in Residencia San Llorenç of Vila-real, province of Castellón, Comunidad Valenciana in the period of time that this study lasts. **Results:** After analyzing the data obtained by the questionnaire on the SPSS, are obtained results as the most frequent sex where appear sleep disorders are male with a 69.2% in front of the 52% of the women. As well as the group of age where they are given are between 86 and 95 years with a 64.7% of incidence. Also, it has been proven that a 69% of the residents who take pills sleep bad. No relevant results were obtained in terms of physical activity or the underlying disease. **Conclusions:** As a result of the investigation we can conclude that not all the variables that are proposed influence in the elderly only do the gender, the age and the medication in a relevant way. The significance of the study is the quantity of elderly who have a sleep disorder and the poor control that we have over it.

KEYWORDS: Sleep disorders, elderly, quality of life, sleep initiation and maintenance disorders.

■ INTRODUCCIÓN

El aumento de la longevidad en nuestra población nos lleva a la necesidad de cambiar la forma de vida y los hábitos actuales por otros más saludables, para mejorar la calidad de vida y la forma cómo llegamos a las edades más avanzadas¹.

La salud es el elemento más importante del bienestar de las personas. Quizá, sea la más valorada en la vejez porque está muy implicada en la calidad de vida¹.

Eunice Kennedy define el sueño como un período de inconsciencia durante el cual el cerebro permanece sumamente activo. Es un proceso biológico complejo que ayuda a las personas a procesar nueva información, a mantenerse saludables y a rejuvenecer. Durante el sueño, el cerebro pasará por ciclos de cinco fases distintivas: fases 1, 2, 3 y 4 (también conocidas como NREM) y el sueño de movimientos oculares rápidos (REM)².

Con el sueño, el organismo repone fuerzas y repara sus desperfectos; pero al dormir demasiado se produce el efecto contrario, una sensación de somnolencia y la aparición del cansancio fácilmente, por lo que no se está todo lo activo que se podría durante el día y podría llevar a un aumento de peso. Hay que descansar un mínimo de 8 o 9 horas diarias. Sin embargo, las horas de sueño son relativas para cada persona, lo importante es el levantarse descansado¹.

Diversos estudios han comprobado que estos trastornos estarían relacionados con los trastornos del ritmo circadiano, trastornos del sueño específicos, uso de medicación o enfermedades clínicas, ya que, según ciertos estudios, aproximadamente un 80% de los ancianos de 70 años y mayores tienen al menos una de estas siete enfermedades clínicas: hipertensión arterial, enfermedades cardiovasculares, artritis, diabetes mellitus, cáncer, infarto agudo de miocardio o enfermedades respiratorias³⁻⁵. Estos cambios tienen como consecuencia: una disminución del sueño profundo, un aumento del tiempo total en la cama, un aumento del nú-

mero y la duración de los despertares y una disminución del sueño eficiente. Se reduce la cantidad de tiempo invertida en el sueño lento y se aumenta el tiempo del sueño ligero (fases 1 y 2). Cuando esto ocurre, es común que los ancianos valoren negativamente la calidad de su sueño^{6,7}, por lo que se debería determinar la causa del insomnio para modificarlo.

El insomnio en general, en personas mayores en España tiene una prevalencia del 17% al 45%, mayor en mujeres y aumenta con la edad⁸. Por otro lado, la prevalencia del insomnio severo en España es un 25% para el grupo de 65-79 años, donde un 45% de los individuos había tenido algún tipo de problema de insomnio en los 12 meses anteriores⁸.

Existen tratamientos para la mayoría de los problemas del sueño, aunque algunas veces es suficiente con mantener hábitos regulares para dormir⁹.

Como ocurre con muchas otras patologías en el paciente anciano, la etiología del insomnio es multifactorial. Muchas personas de edad avanzada presentan problemas de insomnio en relación con una dificultad para ajustar su vida a nuevos cambios, como pueden ser la jubilación, cambio de domicilio, pérdidas de familiares, enfermedades físicas, etc.^{10,11}.

Los trastornos del sueño son los principales motivos de consulta, y producen grandes malestares subjetivos que repercuten en el estado emocional, lo que constituye una preocupación para los familiares, el médico de familia y el propio anciano. Esto lleva implícito tratamiento con psicofármacos, que son costosos y producen efectos secundarios diversos. Y no siempre el tratamiento con psicofármacos o hipnóticos asegura que el paciente vaya a tener una mayor calidad de sueño, ya que muchas veces los pacientes que están muy medicados desarrollan tolerancias a estos medicamentos. También se pueden presentar conductas adictivas o de dependencia si no se utilizan correctamente¹².

Todo esto impulsa la realización de un trabajo de investigación cuya finalidad es ver cuáles son los factores que van a alterar el sueño del paciente anciano, ver cómo aparecen estas alteraciones y cómo se puede mejorar la calidad de vida del paciente en este aspecto tan común. La importancia de este trabajo reside en mejorar la calidad de vida relacionada con el sueño del anciano, independientemente de la edad, el sexo o las patologías.

■ OBJETIVOS

Objetivo general

Comparar el sueño en los diferentes tipos de paciente y ver cómo influyen en este las diferentes variables, como la toma de fármacos para dormir, la realización de actividad física o las enfermedades asociadas.

Objetivos específicos

- Identificar factores relacionados con la aparición de trastornos del sueño.
- Evaluar la calidad del sueño.
- Identificar factores que mejoren estos trastornos.

■ HIPÓTESIS ALTERNATIVA

Los pacientes que no toman fármacos para dormir, que tienen mayor actividad física y social y sin enfermedades asociadas descansan mejor que los pacientes con plurimedicación, patologías asociadas y que no tienen ningún tipo de actividad física o social.

■ METODOLOGÍA

Tipo de estudio

Observacional descriptivo transversal.

Unidad de estudio

La población a estudio son personas mayores que se encuentran en la residencia durante el periodo de estudio y deseen participar en el mismo.

Criterios de inclusión

- Vivir en la residencia tanto por edad como por dependencia.
- Demencia o Alzheimer en estadios iniciales que les permita ser capaces de razonar y contestar el cuestionario.
- Pacientes que no presenten patología incapacitante psíquicamente.
- Pacientes que expresen de forma voluntaria que quieren participar en el estudio.

Criterios de exclusión

- Pacientes que no firmen el consentimiento informado.
- Pacientes que no entiendan español.
- Pacientes con incapacidad mental o psíquica para contestar a las preguntas.

Diseño muestral

La residencia San Llorenç consta de 120 plazas, de las cuales solo 60 están ocupadas en la actualidad. Para el cálculo del tamaño muestral se estima una proporción, y debido a que se desea valorar diversos parámetros, se elige la postura de máxima indeterminación ($p = 50$), suponiendo normalidad, para un $Z\alpha = 0,05$, asumiendo un margen de error (e) de un 0,03 y utilizando un muestreo aleatorio simple. Se usó para estos cálculos la calculadora de tamaño en Excel de Fistera. La medida de la muestra resultante es 57 individuos.

Variables analizadas

VARIABLES INDEPENDIENTES

Variables sociodemográficas:

- Edad: expresada en años. Variable cuantitativa.
- Sexo (hombre/mujer). Variable cualitativa.

Variables relacionadas con estado de salud:

- Patología base, medida mediante la pregunta: ¿Sufre el paciente alguna patología de base? Variable cualitativa.
- Medicación, medida mediante la pregunta número 7 del cuestionario PSQI (*The Pittsburgh Sleep Quality Index*). Variable cualitativa.
- Dolor, medido mediante la pregunta número 5i del cuestionario PSQI. Variable cualitativa.
- Calidad del sueño, medida mediante la pregunta número 6 del cuestionario PSQI. Variable cualitativa.

Variables relacionadas con la actividad física:

- Medida mediante la pregunta: ¿Realiza el paciente algún tipo de actividad física? Variable cualitativa.

Variables dependientes:

- Trastorno del sueño (medido mediante el PSQI).

Método de recogida de datos

La recogida de datos se realiza por la investigadora durante las mañanas de la semana del 11 al 17 de enero, de 9 h a 12 h de la mañana. Tras la selección de los participantes aplicando los criterios de inclusión y exclusión se obtuvo la muestra con la que se iba a realizar el estudio.

Una vez obtenida la muestra, primero se ha procedido a explicar el estudio y entregar el consentimiento para que sea firmado a cada uno de los participantes. Posteriormente, se ha llevado a cabo la realización de los cuestionarios uno por uno.

Una vez recogidos los datos, se vuelcan a una base de datos para su análisis.

Método de análisis de los datos

Los datos de los cuestionarios se vuelcan en una hoja de cálculo de Excel para así poder pasarlos al programa estadístico. El análisis de los datos se realiza mediante el programa estadístico SPSS20. Para el análisis de los datos cualitativos utilizamos las tablas de contingencia para dos variables, para poder obtener los porcentajes y la χ^2 de Pearson de homogeneidad e independencia. Para el análisis de los datos cuantitativos utilizamos resúmenes numéricos, para poder obtener la media, todo ello con un intervalo de confianza de un 95%.

Aspectos éticos

Antes de empezar el estudio, se solicita permiso a la directora de la residencia, Inmaculada Fortuño Cortés, mediante la firma de una autorización para la realización del proyecto.

Antes de comenzar la entrevista y para asegurar el anonimato, la confidencialidad, el consentimiento y la voluntariedad de las personas encuestadas, se redactó una hoja informativa para la persona donde se detallan todos los datos del estudio de investigación, junto a un consentimiento informado que debían firmar como muestra de su conformidad.

Toda la información obtenida acerca de los pacientes y los propios cuestionarios se archivan y custodian bajo llave en la residencia. Ninguno de los datos recogidos será revelado bajo ningún concepto a ninguna persona ajena a la realización de la investigación. A cada participante se le entregará un código, y desde ese momento toda la información incluida en el trabajo pasará a ser completamente anónima.

■ RESULTADOS

Del total de la muestra de 51 pacientes que se incluyeron en el estudio, 25 eran mujeres y 26 hombres.

La media total de la muestra fue de 78,29 años, con una desviación estándar de 12,85. La media de edad de las mujeres incluidas en el estudio fue 81,16 años y la media de edad de los hombres que fueron incluidos, de 75,54 años.

Una vez interpretados los resultados obtenidos mediante la administración del PSQI, podemos dividir la muestra de pacientes en dos grupos: buenos dormidores (≤ 5) y malos dormidores (> 5).

Del total de los 51 pacientes incluidos en el estudio, 20 quedarán incluidos en el grupo de buenos dormidores (39,2%) y 31, en el de malos dormidores (60,8%).

Tabla 1. Variables sociodemográficas por sexo: recuento (n) y frecuencia (%)

Variables sociodemográficas	Hombre		Mujer		p	
	n	%	n	%		
Edad (grupos)	48-55	3	75	1	25	0,191
	56-65	4	66,7	2	33,3	
	66-75	3	42,9	4	57,1	
	76-85	9	56,3	7	43,7	
	86-95	10	58,8	7	41,2	
	>95	0	0	1	100	

Se estudian las variables sociodemográficas propuestas comparando así la edad y el sexo de los pacientes incluidos en el proyecto. Predominan los grupos de edades entre 76 y 85 y entre 86 y 95 años (tabla 1).

Se estudian también los estados de salud de la población comparándolos con el sexo. La mayoría de los pacientes de sexo masculino no han sufrido dolor ninguna vez en el último mes, respuesta que es la mayoritaria para ambos sexos. También se observa que hay más pacientes de sexo femenino que no toman medicación, aunque en hombres se asimila la cifra. También se aprecia que hay más hombres que no tienen una patología de base. Por último, dentro de los resultados relacionados con el estado de salud, se estudió la relación entre la calidad del sueño y el sexo (tabla 2).

Predomina para ambos sexos la realización de actividad física con significación estadística (tabla 3).

Dentro de los dos grupos de pacientes obtenidos se comparan las tres variables elegidas para el estudio que son: la toma de medicación, la realización de actividad/física y la patología de base asociada de interés para el estudio. En los resultados obtenidos al comparar los resultados del PSQI y las variables sociodemográficas podemos observar cómo el sexo con más trastornos del sueño, en la población estudiada, son los hombres, con un porcentaje de 69,2% frente al 52% de las mujeres, aunque el resultado del valor de p muestra que no hay relación, ya que no es significativo. Por otro lado, el grupo de edad con más trastornos del sueño es el grupo de edades comprendidas entre los 86 y los 95 años, seguida, muy de cerca, de los grupos de edades entre 76 y 85 años, aunque estos resultados tampoco muestran tener relación porque el resultado del valor de p es 0,692 (tabla 4).

Tras realizar las comparaciones, en las variables relacionadas con el estado de salud podemos observar que, dentro del grupo de malos dormidores, la mayoría de ellos toma medicación, un 69% de los pacientes que duermen mal toman medicación para dormir. Los resultados son significativos, ya que el valor de p es de 0,025. También se puede observar cómo la mayoría de los problemas para dormir que se sufren en estos casos son debidos a una mala higiene del sueño o un mal control de las enfermedades de base, aunque un 61,3% de este grupo no presente una patología de base de interés para el estudio. Dentro del grupo de buenos dormidores podemos observar cómo hay muchos menos pacientes que toman medicación para dormir. El 38,5% de los pacientes que integran este grupo tienen actividad social y/o física y un 41,7% no la tendría. También podemos observar que un 38,7% no tiene una enfermedad de base asociada y solo un 40% sí la tiene. En este grupo podemos observar una mejor higiene del sueño y una mejor calidad de este. La patología no presenta significación estadística. Para la variable dolor, encontramos más pacientes con dolor dentro del grupo de malos dormidores, 15 pacientes incluidos dentro de este grupo contestaron a la pregunta con “menos de una vez a la semana”, tres frente a uno contestaron “una

Tabla 2. Características del estado de salud por sexos: recuento (*n*) y frecuencia (%)

Variables relacionadas con el estado de salud		Hombre		Mujer		<i>p</i>
		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	
Dolor	Ninguna vez en el último mes	21	55,3	17	44,7	0,000
	Menos de una vez a la semana	3	42,9	4	57,1	
	Una o dos veces a la semana	1	25	3	75	
	Tres o más veces a la semana	1	50	1	50	
Medicación	Sí	12	46,2	14	53,8	0,469
	No	13	56,5	10	43,5	
Patología	Sí	8	40	12	60	0,000
	No	18	58,1	13	41,9	
Calidad del sueño	Muy buena	11	44	14	56	0,000
	Bastante buena	10	50	10	50	
	Bastante mala	4	100	0	0	
	Muy mala	1	50	1	50	

Tabla 3. Características relacionadas con la actividad física por sexos: recuento (*n*) y frecuencia (%)

Variables relacionadas con la actividad física		Hombre		Mujer		<i>p</i>
		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	
Actividad física	Sí	21	53,8	18	46,2	0,000
	No	5	41,7	7	58,3	

Tabla 4. Variables sociodemográficas relacionadas con el *Pittsburgh Sleep Quality Index* (PSQI): recuento (*n*) y frecuencia (%)

Variables sociodemográficas		PSQI				<i>p</i>
		Duermen bien		Duermen mal		
		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	
Sexo	Hombre	8	30,8	18	69,2	0,208
	Mujer	12	48	13	52	
Edad (grupos)	48-55	1	25	3	75	0,692
	56-65	4	66,7	2	33,3	
	66-75	3	42,9	4	57,1	
	76-85	6	37,5	10	62,5	
	86-95	6	35,3	11	64,7	
	>95	0	0	1	100	

o dos veces a la semana” y los dos únicos pacientes que contestaron “más de tres veces a la semana” eran malos dormidores, aunque no se encuentra significación estadística. Dentro de la variable calidad del sueño, los malos dormidores reflejaron una mejor calidad del sueño, ya que la valoraron como “muy buena” un total de 15 frente a 5 de los buenos dormidores. Aunque, los dos únicos pacientes que contestaron “muy mala” estaban, así mismo, incluidos en el grupo de malos dormidores (tabla 5).

Comparando los resultados de la actividad física con los resultados del PSQI hemos podido observar que un 61,5% de los residentes pertenecientes a este grupo tienen algún tipo de actividad física, aunque los resultados no tienen significación porque su valor *p* es 0,842 (tabla 6).

■ DISCUSIÓN

Tras el análisis de los resultados comparando las variables relacionadas con el estado de salud con el sexo observamos que las mujeres son las que hacen más uso de medicación para dormir. Según el estudio de Philips y Ancoli-Israel, las mujeres son las que toman más benzodiazepinas¹³, aunque, por otro lado, el estudio de Regal y cols. dice que la dosis óptima para el tratamiento farmacológico del sueño es menor en el grupo de las mujeres¹⁴.

Otra variable relacionada con el estado de salud sería la patología de base. Según nuestro estudio, hay más mujeres que hombres que tienen una patología de base de interés para este estudio. Según un estudio realizado en Sevilla, la prevalencia de la enfermedad de Alzheimer es mayor en las mujeres¹⁵. Así mismo, varios estudios sobre la demencia coinciden en que esta es más prevalente también en el grupo de las mujeres¹⁶⁻¹⁸.

Dentro de las variables del estado de salud, también encontramos el dolor. Según nuestro estudio, no hay una diferencia destacable entre ambos grupos. Sin embargo, no se ha encontrado bibliografía que trate este mismo punto. El trabajo realizado por Bliwise y cols. muestra que hay relación entre la aparición de un trastorno del sueño y el dolor, pero no realiza una distinción por sexos¹⁹.

De igual manera, en el estudio de las variables del estado de salud, se han comparado las características relacionadas con la calidad del sueño por sexo. Según nuestro estudio, las mujeres tienen una mayor calidad del sueño frente al grupo de los hombres. En el estudio realizado por Meyers y cols. se indica que los cambios en el ritmo circadiano afectan de forma negativa a la calidad del sueño, aunque una reversión de estos cambios, a su vez, la mejoraría²⁰. También se afirma, en el estudio realizado por Foley y cols., que el aumento de la comorbilidad de enfermedades influiría de forma negativa en la calidad del sueño⁴. Además, apoyando nuestro estudio, en el estudio de Regal y cols. se expone que las mujeres son las que mayor calidad de sueño presentan, aunque, a su

Tabla 5. Características del estado de salud relacionadas con el *Pittsburgh Sleep Quality Index* (PSQI): recuento (n) y frecuencia (%)

Variables relacionadas con el estado de salud		PSQI				p
		Duermen bien		Duermen mal		
		n	%	n	%	
Medicación	Sí	6	30	20	69	0,027
	No	14	70	9	31	
Patología	Sí	8	40	12	60	0,927
	No	12	38,7	19	61,3	
Dolor	Ninguna vez en el último mes	14	56	11	44	0,099
	Menos de una vez a la semana	5	25	15	75	
	Una o dos veces a la semana	1	25	3	75	
	Tres o más veces a la semana	0	0	2	100	
Calidad de sueño	Muy buena	17	44,7	21	55,3	0,432
	Bastante buena	1	14,3	6	85,7	
	Bastante mala	1	50	1	50	
	Muy mala	1	25	3	75	

vez, son las que mayores quejas revelan¹⁴. Por otro lado, en relación con la actividad física, el estudio realizado por de Castro y cols. afirma que la actividad física mejora la calidad del sueño²¹.

Con referencia a la actividad física comparada por sexos, en nuestro estudio, la población con mayor actividad física es la de los hombres. Apoyando nuestro estudio, el trabajo de Rovio y cols. indica que los hombres son más activos que las mujeres²¹. Sin embargo, en el estudio realizado por Galatachea y cols. las mujeres son las que más actividad física total realizan en todos los grupos de edad; la energía usada para la actividad física también sería mayor en mujeres en todos los grupos de edad y el índice de Barthel sería similar en ambos sexos, excepto en el grupo de edad de 90 a 99 años, donde es mayor para los hombres²². Por otro lado, los estudios de Wang y cols. y de Castro exponen que las mujeres activas mejoran su sueño, duermen más tiempo, usan menos tiempo para las siestas y tienen menores despertares durante la noche^{23,24}.

En relación con el sexo y los trastornos del sueño, según un estudio realizado en Japón, a los 65 años hay diferencias entre los hombres y las mujeres como que en las mujeres aparecen mayores problemas emocionales o una historia anterior de dolores articulares o artritis. Por otro lado, los hombres a los 65 años continúan trabajando, fuman más y, por lo tanto, tienen más problemas respiratorios y mayores limitaciones para las actividades instrumentalizadas de la vida diaria (AIVD)⁸.

Según los estudios de Ito y cols. y Ohayon y cols., los hombres duermen más que las mujeres tanto por el día como por la noche, y a las mujeres les cuesta más tiempo coger el sueño durante la noche. En cuanto al tiempo en la cama, los hombres van a dormir una media de 8 minutos más tarde que las mujeres y a las mujeres les cuesta una media de 8 minutos más levantarse^{8,25}. En nuestra población a estudio no se encontraron resultados significativos que revelaran diferencias entre el sueño en los diferentes sexos.

Tras analizar las características de la muestra, se prosigue al análisis de las variables propuestas con el PSQI. De acuerdo con el estudio de Ernesto Cruz y cols., los resultados muestran que las alteraciones del sueño aumentan con más frecuencia cuanto más va aumentando la edad. Por lo tanto, estas son más frecuentes en los grupos de edad más avanzada⁶. Por otro lado, el estudio de McClain y cols. muestra que con el aumento de la edad disminuye el sueño durante el día³, aunque, según los resul-

Tabla 6. Características relacionadas con la actividad física relacionadas con el *Pittsburgh Sleep Quality Index* (PSQI): recuento (n) y frecuencia (%)

Variables relacionadas con la actividad física		PSQI				p
		Duermen bien		Duermen mal		
		n	%	n	%	
Actividad física	Sí	15	38,5	24	61,5	0,000
	No	5	41,7	7	58,3	

tados estadísticos de nuestro estudio, la edad y los trastornos del sueño no tienen significación.

Los trastornos del sueño son un problema muy frecuente en el adulto institucionalizado, como hemos podido comprobar en este estudio. Estos problemas se reflejan en el estudio realizado por Neiking y Ancoli-Israel, según el cual pueden ser debidos a ruidos en la noche, los turnos de cambio de pañal, las luces, los compañeros de habitación, etc.²⁶.

La consecuencia, revelada por los resultados del PSQI, de mayor aparición es el sueño diurno que más adelante causará fragmentación del sueño. Otras consecuencias, mostradas de igual forma por Neiking y Ancoli-Israel son: las cabezadas inintencionadas, dormirse en horas inapropiadas, etc.²⁶. Según el estudio de Ohayon y cols., los factores positivamente relacionados con el sueño corto son: tener una edad entre 55 o 64 años, o entre 74 y 84 años, no realizar ejercicio físico, usar medicación para dormir, dificultades para quedarse dormido, sueño interrumpido y presencia de ansiedad. Por otro lado, los factores asociados a un sueño largo serían tener entre 65 y 74 años o entre 75 y 84 años, no trabajar, tener infrapeso, no hacer ejercicio físico, sueño interrumpido, tomar medicación para dormir y ansiedad. Así mismo, los factores relacionados con el sueño durante el día serían tener edad entre 65 y 74 años y entre 75 y 84 años, sobrepeso, obesidad, enfermedad física, insatisfecho con su vida social, beber alcohol, fumar y depresión²⁵. Los resultados obtenidos en este artículo reflejan en parte las observaciones que se realizaron durante nuestra investigación y las reflejadas en los resultados obtenidos mediante el cuestionario.

Según el estudio publicado por Ernesto Cruz y cols., el sexo en el que predominan los trastornos del sueño es el femenino, que es 3 veces más propenso a padecerlo; sin embargo, en nuestro estudio el sexo en el que más trastornos del sueño han aparecido es el masculino⁶, con unos resultados del 69,2% frente al 52% de las mujeres. A pesar de esto, los resultados estadísticos muestran que no hay relación en nuestra población entre el sexo y los trastornos del sueño.

Así mismo, en cuanto a la variable a estudio patología de base, según los resultados de nuestro estudio, de los pacientes que tienen un trastorno del sueño, solo 12 tienen una patología relacionada frente a 19 que no la tendrían. Según nuestro estudio, tener una patología de base no está relacionado con el mal descanso, pero sí al revés. Como podemos comprobar en diferentes artículos de la bibliografía, un trastorno del sueño aumenta la disfunción cognitiva; por ese motivo, aunque en nuestra investigación solo hemos tenido en cuenta patologías como el Alzheimer o la demencia, muchos de los pacientes ancianos que son malos dormidores han desarrollado una psicosis^{6,26,27}.

En un estudio revisado, realizado en Italia, se muestra que los pacientes sin demencia, pero con alguna enfermedad cognitiva, toman medicaciones que son activas en el sistema nervioso, y esto puede causar sueño durante el día. En ese estudio se afirma que solo el sueño excesivo durante el día está asociado con la presencia de demencia en los ancianos, por lo que decidieron realizar otro estudio²⁸ el cual no hay relación entre la demencia y el sueño durante el día²⁸.

Ancoli-Israel y cols. expresan en su estudio que, aunque la bibliografía es muy abundante en cuanto a demencia y trastornos del sueño, todos los estudios tienen grandes limitaciones en la obtención de datos, la realización de las polisomnografías y la alta prevalencia de comorbilidad en estos pacientes²⁹. No se encuentra fácilmente mucha bibliografía que hable solo de pacientes sanos, aunque frágiles o pacientes con demencias en estadios más precoces.

Por otro lado, como ya hemos visto, una de las consecuencias del mal descanso puede ser las cabezadas durante el día. Según Townsend y cols., las cabezadas pueden tener efectos para la salud tanto positivos como negativos³⁰.

Los efectos positivos de las cabezadas pueden ser una mejor ejecución de tareas y encontrarse más alerta. Mejora la falta de sueño nocturno, la falta de alerta durante el día, la capacidad de pensar y el humor y está asociado con un aumento de la latencia del sueño. Según lo observado en nuestro estudio, muchos pacientes que presentan un mal descanso nocturno tienen una somnolencia diurna excesiva y no hallamos estos beneficios. No se pueden relacionar estos ítems con nuestra población, ya que, como hemos visto, un mal descanso en el paciente anciano está directamente relacionado con una pérdida progresiva de la función cognitiva³⁰.

Los efectos negativos de las cabezadas serían la relación que tienen con una peor salud y la elevada relación con la mortalidad en este grupo, según el estudio de Townsend. Según nuestro estudio, la mujer tiene ambos trastornos del sueño, tanto nocturno como diurno, y tendría una mayor predisposición a tener fallos cardíacos³⁰. Además, estas cabezadas estarían directamente relacionadas con el sueño nocturno: un peor inicio y más despertares. Si hemos podido observar en nuestro estudio los efectos negativos. Además, los trastornos del inicio y el mantenimiento del sueño son los más frecuentes en el paciente anciano, como ya hemos comentado. Los resultados de nuestro estudio son contrarios a que la población femenina sea la que peor descanso tiene, ya que predomina el mal descanso en la masculina³⁰.

En cuanto a los trastornos del sueño, según Townsend y cols., mejorar las medidas higiénicas del sueño y el mantenimiento de los pacientes despiertos debería ser la primera terapia antes de comenzar con cualquier tratamiento farmacológico. Este debería utilizarse como un com-

plemento para ayudar a restablecer el reloj del sueño del paciente y no como un tratamiento crónico³⁰.

Como hemos podido ver en nuestro estudio, los pacientes que no toman medicación para dormir descansan mejor que aquellos que sí que la toman.

Ancoli-Israel y cols. muestran que el tratamiento farmacológico debe emplearse con gran precaución en esta población, ya que puede agravar otras patologías ya existentes, como los síndromes respiratorios. Para estos, es más recomendable la colocación de una máscara *Continuous Positive Airway Pressure* (CPAP)²⁹.

En general, como muestran dos estudios, uno realizado por Townsend y cols. y el otro realizado en Navarra, un mejor manejo de la higiene del sueño es el mejor tratamiento. Eliminar los fármacos que puedan alterar al paciente, técnicas psicológicas, mejores hábitos de vida, evitar estimulantes, sentir que está en un ambiente seguro, etc. No emplear sistemáticamente los fármacos hipnóticos o sedantes antes de intentar cambiar los hábitos de vida del paciente^{30,31}.

También hemos podido comprobar a través del estudio y en el artículo realizado en Murcia por Belando, que los pacientes desarrollan una tolerancia a los fármacos y, además, estos provocan un sueño menos profundo y con más interrupciones. Por eso, muchos de los pacientes que toman medicación para dormir tienen un peor descanso y un aumento de la somnolencia diurna mucho mayor que aquellos pacientes que no la toman¹.

Según este mismo estudio realizado por Belando, otro factor que influye en el descanso de las personas mayores es la inactividad. Si, además, sumamos esta inactividad al aumento de la somnolencia diurna, podemos obtener un resultado contrario al que deseamos. Como ya hemos visto, las siestas tienen diferentes efectos, y depende de cuando las realicen tendrán unos efectos u otros en su interacción con el sueño nocturno. Las siestas tempranas provocan un sueño más ligero y REM durante la noche con despertares más frecuentes. Sin embargo, las siestas realizadas en la tarde-noche tendrían el efecto contrario¹.

En el estudio realizado por Bliwise se expone que sufrir dolor aumenta los trastornos del sueño¹⁹, lo que coincide con los resultados obtenidos en nuestro estudio.

En cuanto a la calidad del sueño, según Cruz Menor y cols., se asocia una disminución de la calidad del sueño con un peor descanso¹. Sin embargo, en nuestra población a estudio los resultados son contrarios: los pacientes que reflejan una mayor calidad del sueño se encuentran dentro del grupo de malos dormidores.

Finalmente, por lo que respecta a la relación del descanso con la actividad física, según la bibliografía encontrada, los resultados son contradictorios. Muchos estudios afirman que hay una relación positiva entre estos dos factores y la aparición o no de trastornos del sueño; en cambio hay un estudio que afirma que no hay relación alguna. Un artículo que defiende esta relación es el realizado en Estados Unidos; en él los autores muestran como resultados de su estudio que una actividad moderada o vigorosa mejora la duración del sueño y que el tiempo de sedentarismo disminuye con la duración del sueño. También, que la actividad física es reducida en los encuestados que tienen mayor sueño durante el día. Afirman, además, que, en todas las edades y sexos, tener mayor sedentarismo por el día aumenta la cantidad de sueño diurno³.

Por otro lado, y en contraposición, un estudio revolucionario, realizado por Youngstedt y cols., es el primero en esta línea que afirma que no hay relación entre la variable actividad física diaria y el sueño. La creencia de que la actividad física influye en el sueño viene de cientos de años atrás, pero afirman que todos los estudios han fallado al demostrarlo por la falta de evidencia hallada y las limitaciones de los diferentes estudios³².

Hay muchas discrepancias entre todos los artículos sobre el tiempo necesario de ejercicio para tener un buen descanso. Youngstedt y cols. sugieren que un estudio con una mayor duración en el tiempo sería el adecuado para poder detectar los efectos reales del ejercicio en el sueño. Realizan dos estudios paralelos para desmontar lo que para ellos es solo un mito, y en ambos obtienen como resultado que no hay ninguna relación. Estos autores realizan tres afirmaciones para demostrar que se trata solo de un mito:

- La primera, que hay que tener un descanso en la cama constante.
- La segunda, que si la persona tiene un descanso mejor será capaz de realizar ejercicio regularmente.
- La tercera, que es necesario llevar unos hábitos de vida sanos.

Con estas tres afirmaciones concluyen que es necesario llevar una vida sana, pero que la actividad física no es la causa de un buen descanso³².

Igual que en el estudio realizado por Youngstedt y cols., en nuestro estudio no hemos obtenido ninguna relación significativa entre la actividad física y el padecer o no un trastorno del sueño. En ambos grupos, tanto en los buenos como en los malos dormidores, encontramos un mayor número de pacientes que realizan actividad física.

■ CONCLUSIONES

Como resultado de la investigación podemos concluir que hemos conseguido cumplir los objetivos propuestos al inicio del estudio. No podemos decir que hayamos confirmado nuestra hipótesis por completo, pero sí algunas partes. Podemos afirmar que los pacientes que no toman medicación descansan mejor que los que sí lo hacen, pero la patología de base y la actividad física no han tenido significación estadística.

Al comparar el sueño en los diferentes tipos de paciente y ver cómo influyen en este las variables propuestas para el estudio, hemos observado que las que más influyen son el predominio en el sexo masculino, la edad en el grupo entre 86 y 95 años como grupo predominante y la toma de medicación con una significación muy fuerte.

En cuanto a las diferencias entre ambos sexos, las mujeres sufren más patologías de base, mayor dolor y más toma de medicación, y en los hombres predomina la actividad física.

Se han identificado factores relacionados con la aparición de trastornos del sueño. Uno de los factores más significativos es la toma de medicación. Las patologías de base no obtuvieron significación, ya que con un buen control pueden obtener un buen descanso. La actividad física tampoco obtuvo significación, y los pacientes la realizan independientemente de si descansan bien o mal. En cuanto al dolor, los pacientes que no sufren dolor descansan mejor, pero tampoco hay una relación estadística significativa.

Al evaluar la calidad del sueño, hemos observado que es mejor valorada por los pacientes que duermen mal y por las mujeres, aunque en ambos sexos se ha evidenciado buena calidad de sueño, y los pacientes que duermen bien también valoran su calidad de sueño como muy buena.

Se han identificado, así mismo, factores fisiológicos, psicológicos y ambientales, que mejoran estos trastornos que podemos aplicar antes de recurrir a la medicación, como es un buen cuidado de la higiene del sueño, tratamiento de enfermedades coexistentes y una buena regulación del ritmo circadiano ■

Conflicto de intereses

Las autoras declaran no tener ningún conflicto de intereses relacionado con este artículo.

■ BIBLIOGRAFÍA

1. Belando MR. La actividad y el descanso como contenidos preferentes de la educación para la salud en la vejez. Murcia: Facultad de Educación de la Universidad de Murcia; 1995. p. 223-39.
2. Kennedy Shriver E. Sueño: información sobre el estado. Washington: National Institute of Child Health and Human Development; 2013.
3. McClain JJ, Lewin DS, Laposky AD, Kahle L, Berrigan D. Associations between physical activity, sedentary time, sleep duration and daytime sleepiness in US adults. *Prev Med.* 2014;66:68-73.
4. Foley D, Ancoli-Israel S, Britz P, Walsh J. Sleep disturbances and chronic disease in older adults: results of the 2003 National Sleep Foundation. *Sleep in America Survey.* *J Psychosom Res.* 2004;56:497-502.
5. Asplund R. Nocturia, nocturnal poliuria, and sleep quality in the elderly. *J Psychosom Res.* 2004;56:517-25.
6. Cruz E, Hernández Y, Morera BP, Fernández Z, Rodríguez JC. Trastornos del sueño en el adulto mayor en la comunidad. *Rev. Ciencias Médicas.* 2008;12(2).
7. Ancoli-Israel S, Steven J, Stepnowsky C, Martin J, Gehrman P. Identification and treatment of sleep problems in the elderly. *Sleep Med Rev.* 1997;1(1):3-17.
8. Ito Y, Tamakoshi A, Yamaki K, Wakai K, Kawamura T, Takagi K, et al. Sleep disturbance and its correlates among elderly Japanese. *Arch Gerontol Geriatr.* 2000;30:85-100.
9. Medline Plus [Internet]. Problemas del sueño. [Actualizado 6 de mayo de 2016]. Bethesda; Medline; 2016. Disponible en: <https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/sleepdisorders.html>
10. Estivill E, Cilveti R, Bañeres E. Hábitos de sueño en el centro Geriátrico Municipal de Barcelona. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 1992;27:147-53.
11. Bootzin RR, Engle M. Trastornos del sueño. En: Carstensen LL, Edlensense BA, eds. *Gerontología Clínica. Intervención Psicológica y Social.* Barcelona: Editorial Martínez Roca; 1999. p. 74-86.
12. Pando M, Aranda BC, Salazar EJ, Ponce-De-León BJ, Aguilar AME. Mental health in senior citizens in the Metropolitan Zone of Guadalajara. *Aging Clin Exp Res.* 1999;11:1-5.
13. Phillips B, Ancoli-Israel S. Sleep disorders in the elderly. *Sleep Med.* 2001;2:99-114.
14. Regal AR, Amigo MC, Cebrán E. Sueño y mujer. *Rev Neurol.* 2009;49(7):376-82.
15. Alberca R, Montes-Latorre E, Gil-Néliga E, Mir-Rivera P, Lozano-San Martín P. Enfermedad del Alzheimer y mujer. *Rev Neurol.* 2002;35:562-71.
16. García-Pedroza F, Rodríguez I, Peñalosa Y. La epidemiología de las demencias. *Rev Mex Neuroci.* 2003;4(4):259-68.
17. Vega S, Bermejo PF. Prevalencia de las demencias en mayores de 60 años en el medio rural: estudio puerta a puerta. *Medicina general.* 2002;48:794-805.
18. Custodio N, García A, Montesinos R, Escobar J, Bendez L. Prevalencia de demencia en una población urbana de Lima-Perú: estudio puerta a puerta. *An Fac Med.* 2008;69(4):233-8.
19. Bliwise DL, Foley DJ, Vitiello MV, Ansari F, Ancoli-Israel S, Walsh JK. Nocturia and disturbed sleep in the elderly. *Sleep Med.* 2009;10:540-8.
20. Myers BL, Badia P. Changes in Circadian Rhythms and Sleep Quality with Aging: Mechanisms and Interventions. *Neurosci Biobehav Rev.* 1995;19(4):553-71.
21. Rovio S, Spulber G, Nieminen LJ, Niskanen E, Winblad B, Tuomi-lehto J. The effect of midlife physical activity on structural brain changes in the elderly. *Neurobiol Aging.* 2020;31:1927-36.
22. Garatachea N, Molinero O, Martínez R, Jiménez R, González J, Márquez S. Feelings of well-being in elderly people: Relationship to physical activity and physical function. *Arch Gerontol Geriatr.* 2009;48(3):306-12.
23. Wang X, Youngstedt S. Sleep quality improved following a single session of moderate-intensity aerobic exercise in older women: Results from a pilot study. *J Sport Health Sci.* 2014;3:338-342.
24. De Castro LH, Bizari L, Yanaguibashi G, Fernandes G. Physically active elderly women sleep more and better than sedentary women. *Sleep Med.* 2008;9:488-93.
25. Ohayon MM. Interactions between sleep normative data and sociocultural characteristics in the elderly. *J Psychosom Res.* 2004;56:479-86.
26. Neiking A, Ancoli S. Sleep disorders in the older adult - A mini review. *Gerontology.* 2010;56:181-9.
27. Bombois S, Derambure P, Pasquier F, Monaca C. Sleep disorders in aging and dementia. *J Nutr Health Aging.* 2010;14(3):212-7.
28. Merlino G, Piani A, Gigli GL, Cancelli I, Rinaldi A, Baroselli A. Daytime sleepiness is associated with dementia and cognitive decline in older Italian adults: A population-based study. *Sleep Med.* 2010;11:372-7.
29. Ancoli S, Martin J. Insomnia and daytime napping in older adults. *J Clin Sleep Med.* 2006;2(3).
30. Townsend-Roccichelli J, Sanford JT, VandeWaa E. Managing sleep disorders in the elderly. *The Nurse Practitioner.* 2010;35(5):30-7.
31. Echávarri C, Erro M. Trastorno del sueño en el anciano y las demencias. *An. Sist. Sanit. Navar.* 2007;30(1):155-61.
32. Youngstedt SD, Perlis ML, O'Brien PM, Palmer CR, Smith MT, Orff HJ. No association of sleep with total daily physical activity in normal sleepers. *Behav Physiol.* 2003;78:395-401.