S. Ferreira González de Viñaspre
I. López de Audícana Giménez de Aberasturi
E. Aguirre Gardeñes

Enfermeras. Álava.

Correspondencia:
Sara Ferreira González de Viñaspre
Plaza Simón Bolívar, 6, 8.º izda
01003 Vitoria (Álava)

Estudio de los hábitos de sueño de personas mayores de 60 años institucionalizadas y no institucionalizadas

Study of sleeping habits in institutionalized and non-institutionalized persons aged over 60 years

RESUMEN

El papel de enfermería como educadora en la promoción del descanso nocturno es fundamental para que la calidad de vida del anciano se vea mejorada. Es importante que sean conscientes de aquellos factores que afectan tanto positiva como negativamente en su sueño y así, conocer la forma de modificar hábitos incorrectos.
El objetivo del presente estudio es conocer los hábitos de sueño de las personas mayores de 60 años tanto en sus domicilios particulares como en residencias, observando la influencia de los hábitos de vida en el descanso nocturno de estas personas.
Los sujetos a estudio fueron 62 personas mayores de 60 años (30 de ellos ingresados en una residencia y 32 no institucionalizados), utilizándose como instrumento para la recogida de datos un cuestionario AD-HOC de 68 ítems dividido en 6 grupos temáticos: hábitos de sueño, entorno, estilo de vida, problema de sueño, medicación y conclusión.
Los hallazgos más importantes del estudio fueron: que los hábitos de sueño son mayoritariamente correctos, no encontrándose grandes diferencias entre las dos poblaciones a

SUMMARY

The role of nurses as instructors in promoting night rest is essential for the improvement of live quality in the elder. It is important to be conscious of those factors that affect either positive or negatively in their sleep and therefore, to modify incorrect habits.
The objetive of the current study is to know the sleeping habits of people over sixty in their particular homes as well as in the residence homes observing the influence of sleeping habits in the night rest of this group.
The subjects to be studied were sixty two persons older than sixty (thirty of them interned in a residence home and thirty two non-institutionalised) using as instrument for the gathering of data a sixty eight item AD-HOC questionnaire divided in 6 thematic groups: sleeping habits, surroundings, life style, sleeping problems, medication and conclusion.
The most important findings of the study were that sleeping habits are mostly correct, not finding great differences between both groups that were studied. Physiological factors are the ones that influence most in elder people's night rest and the alteration

estudio, que los factores fisiológicos son los que más influyen en el descanso nocturno de las personas mayores y que la alteración del sueño no es percibida por la población a estudio como un problema de sueño.

PALABRAS CLAVE

Hábitos; Sueño; Ancianos.

of sleep is not seen as a sleep problem by the group that was studied.

KEY WORDS

Habits; Sleep; Elderly people.

INTRODUCCIÓN

El descanso nocturno es imprescindible para el bienestar físico y psíquico de toda persona. La inadecuada cobertura de esta necesidad influye negativamente en las actividades de la vida diaria de las personas, pudiéndose considerar un problema de salud de especial repercusión en la población anciana.

La frecuencia de las dificultades para dormir aumenta con la edad. Más del 50% de las personas mayores de 65 años refieren tener problemas habituales con el sueño (1), con lo cual no llegan a tener un sueño eficaz, es decir, que la proporción de tiempo invertido realmente en dormir está disminuido en relación con el tiempo de permanencia en la cama.

Los mayores problemas de sueño se deben a la incapacidad de la persona mayor para dormir lo suficiente, debido a cambios fisiológicos del sueño relacionados con la edad como son la disminución del tiempo total de sueño, el aumento de la cantidad y duración de despertares nocturnos, el adelanto de la 1.ª fase REM y la disminución espectacular del sueño lento (Estivill Sancho 1990) (2).

El proceso del envejecimiento también supone un adelanto del ritmo circadiano que controla los ciclos sueño-vigilia, por lo que las personas mayores tienden a acostarse pronto y despertarse más temprano encontrando muchas dificultades para volver a dormir.

Todo ello nos podría llevar a pensar que el tiempo de descanso nocturno en los mayores es insuficiente, pero un estudio de González y González y cols (1990) observó que 74 de 100 ancianos a estudio dormía más de 5 horas, 26 de los cuales dormía habitualmente de 6 a 7 horas (3).

Becker y Jamieson (1991) hacen referencia a una *NIH Consensus Developement Conference,* celebrado en 1990, que estimó que más de la mitad de las personas mayores de 65 años que viven en su casa y alrededor de 2/3 de los que viven en centros de larga estancia tienen perturbaciones en el sueño (4).

Los trastornos del sueño más habituales son la apnea del sueño, los trastornos musculares y el insomnio. Entre 30 y 50% de los hombres mayores de 65 años tiene 20 o más episodios de apnea durante el sueño nocturno (5). Entre los trastornos musculares destacan las mioclonías, que afectan al 44% de las personas mayores (6), y las parestesias nocturnas o también llamadas "síndrome de pierna inquieta". La prevalencia del insomnio en la población general es del 26%, en los ancianos que viven en la comunidad del 25-45% y en los ancianos institucionalizados del 66% (7). Como afirma Estivill y Cilvetti (1992) las posibles causas de éste pueden clasificarse en causas médicas (trastornos respiratorios, cardiovasculares, neoplasias,...), causas psiquiátricas (depresión, psicosis, ansiedad,...), causas psicológicas (estrés,...), causas farmacológicas (abuso de alcohol, tóxicos, antihipertensivos, depresores o estimulantes del sistema nervioso central,...) y causas fisiológicas (alteración del ritmo circadiano,...) (8).

En el tratamiento de los problemas de sueño cabe destacar tres alternativas, como son: medidas de higiene, técnicas psicológicas y fármacos. La intervención terapéutica más habitual es la farmacológica.

Los ancianos son el grupo de población que más hipnóticos consume y de forma continuada.

Sin embargo, es la población menos estudiada por lo que se refiere a dosis terapéuticas y efectos secundarios (2).

La intervención terapéutica menos agresiva y más cercana a la labor de enfermería y a su vez, la más ignorada y fundamental es la denominada higiene del sueño. Ésta consiste en mejorar aquellos aspectos de la vida diaria que pueden afectar al descanso nocturno.

Diversos autores como Verdejo Bravo (1995), Salgado Alba y cols (1996), Becker y cols (1991), Ancoli-Israel (1997) y Culebras (1994) coinciden en recomendar un horario regular (levantarse y acostarse a la misma hora), un ambiente y entorno adecuado (ruido, luz, T.ª,..), evitar comidas copiosas antes de acostarse, evitar excitantes (alcohol, café,...), realizar ejercicio regular y moderado, evitar siestas (máximo 30 minutos) y no usar la cama para actividades ajenas al sueño (TV, comer,...) como normas básicas para un sueño adecuado (1, 4, 7, 9, 10).

Verdejo Bravo (1995) y Ancoli-Israel (1997) subrayan la importancia de restringir la toma de líquidos por la tarde para evitar despertamientos por nicturia. Esta medida se justifica con el dato recogido por Culebras en su libro "Medicina del Sueño" en 1994 en el que constata que en el anciano el 20% de los despertares de más de 5 minutos de duración registrados en laboratorio es causado por nicturia (10).

Estos mismos autores resaltan la importancia de permanecer en la cama únicamente el tiempo empleado para dormir, consiguiendo de esta forma un sueño más eficaz.

Por otro lado, Salgado Alba y cols (1996), Becker y cols (1991) y Verdejo Bravo (1995) recomiendan levantarse y realizar alguna actividad en caso de despertares frecuentes y de larga duración.

La relajación previa al acostar es otra de las medidas que promueven Verdejo Bravo (1995) y Becker (1991).

Los profesionales de enfermería deben asumir el importante papel que les corresponde en la educación sanitaria a las personas mayores para favorecer un descanso óptimo. Esta educación debe ir enfocada a informar sobre los cambios normales del sueño que aparecen como consecuencia del envejecimiento, así como promover medidas básicas de higiene del sueño. De esta manera, se puede evitar el uso indiscriminado de fármacos en el tratamiento de trastornos del sueño.

El estudio se propone examinar la influencia que tienen los hábitos de sueño, el entorno y el estilo de vida en el descanso nocturno de las personas mayores. Asimismo, detectar el posible abuso de medicación como primera medida terapéutica frente a los problemas de sueño y conocer el nivel de preocupación que estos trastornos generan en el mayor.

Cabe destacar un estudio realizado por Estivill Sancho y cols en el Centro Geriátrico Municipal de Barcelona en 1992 (11) en el que también se estudian los hábitos de sueño de personas mayores de 65 años residenciados y no residenciados, el cual vamos a tomar como referencia al analizar los resultados.

En él distingue 3 grupos: 2 en residencia (9 personas toman benzodiacepinas y 10 que no tienen tratamiento) y 1 en domicilio (grupo de referencia de 10 personas sin tratamiento). Se empleó un cuestionario durante 14 días consecutivos.

Como conclusión más importante resulta que los sujetos del grupo de referencia (no residenciados) señalaron una mejor calidad y un sueño más reparador en la valoración subjetiva de su sueño comparado con los 2 grupos de residencia.

MATERIAL Y MÉTODO

Se han investigado los hábitos de sueño de 62 personas mayores de 60 años residentes en Vitoria; 30 de ellos son ingresos de larga duración (más de 5 años) en la Residencia de Pensionistas de Txagorritxu y otros 32, no institucionalizados que acuden asiduamente al Centro Sociocultural de mayores de Ariznavarra.

La población muestra se caracteriza por poseer un alto nivel de autonomía para realizar las actividades de la vida diaria y no tener deterioro cognitivo aparente, así como estar orientadas temporo-espacialmente.

La participación en el estudio fue voluntaria y se garantizó la confidencialidad de los datos.

Tabla 1. Descripción de los grupos temáticos empleados en el cuestionario

- *Hábitos de sueño:* Se refiere a todos aquellos actos que acostumbra a realizar el sujeto entorno al hecho de dormir.
- *Entorno:* Se refiere a las características del lugar donde el sujeto realiza el acto de dormir.
- *Estilo de vida:* Se refiere a todas aquellas actividades que realiza el sujeto a lo largo del día e influyen de forma importante en el sueño.
- *Problema de sueño:* Se refiere a la percepción que tiene el propio sujeto sobre las dificultades que encuentra a la hora de dormir.
- *Medicación:* Se refiere al empleo de fármacos hipnóticos y otros que pueden influir en el sueño del sujeto.
- *Conclusión:* Se pretende conocer el nivel de preocupación del sujeto por las alteraciones de su sueño y las propuestas que realiza para su mejora.

Se realizaron entrevistas individuales de 30 minutos de duración durante el mes de febrero y marzo de 1999, empleando un cuestionario AD-HOC que consta de 68 ítems de preguntas abiertas y cerradas divididas en 6 grupos temáticos principales (tabla 1). Las variables estudiadas son cualitativas y cuantitativas.

RESULTADOS

El análisis de datos se realizó utilizando valores estadísticos tales como Chi Square (X2), Frecuencias y T de Student (T-Test).

En primer lugar, destacar la influencia de dos variables en los resultados del estudio. La distribución de personas mayores estudiadas por sexo fue 47 mujeres (75,8%) y 15 hombres (24,19%). La edad media de los mayores que viven en sus domicilios es de 73,6 años, mientras que en los institucionalizados es de 84,5 años.

De los 68 ítems iniciales destacaremos aquellos cuyos resultados han sido más significativos,

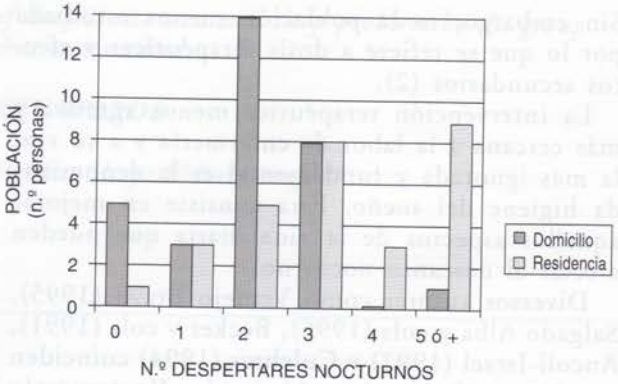

Fig. 1. *Número de despertares nocturnos en domicilio y en residencia.*

clasificándolos por los grupos temáticos anteriormente citados.

Haciendo referencia a los HÁBITOS DE SUEÑO, un 68,9% de la población total tiene horario fijo de acostarse. El horario es más variable en domicilio (X2 = 7,76 gl.1 p.00533). Un 27,9% de la población total tarda más de una hora en dormirse. De la población entrevistada, 57 personas se despiertan por las noches, de las cuales el 90,5% lo hace entre 0 y 5 veces. Destacar que el número de despertares es mayor en residencia (X2 = 16,45 gl.8 p.03634) (Fig. 1). La causa más frecuente de despertar nocturno es la necesidad de orinar (72,1%). La necesidad de orinar despierta al 86,2% de los residentes frente al 59,38% de los que viven en sus domicilios (X2 = 10,19 gl.3 p.01698) (Fig. 2). El 62,3% de la población total se levanta con sensación de haber descansado bien. Sin embargo, el 53,2% refiere tener sueño durante el día. Un 55% reconoce echarse siestas y sólo un 24,3% echa siestas con una duración inferior de 20 minutos.

Según la prueba T-TEST, las únicas variables cuantitativas estadísticamente significativas en cuanto ENTORNO son "encontrarse a gusto en la habitación", "ventilación de la habitación" y "humedad en la habitación". Para las dos primeras, el grado de satisfacción es menor en residencia. En cuanto a humedad, la satisfacción es menor en domicilio.

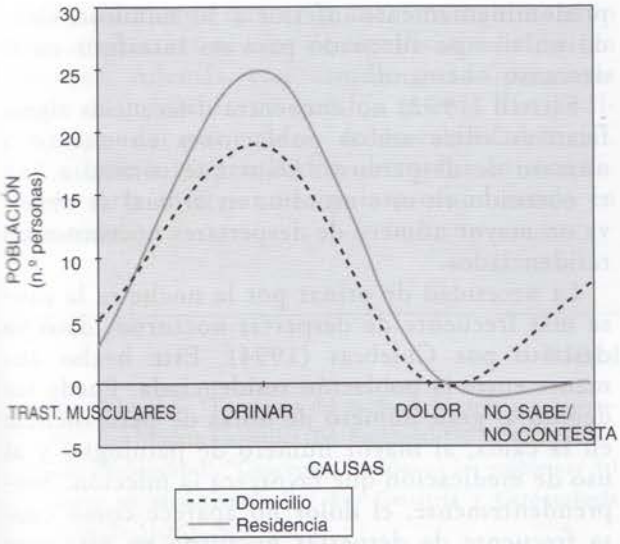

Fig. 2. *Causas más frecuentes de despertares nocturnos.*

En relación al ESTILO DE VIDA, el 80% de la población encuestada realiza algún tipo de ejercicio, siendo el más habitual andar. El 77,6% lo hace a diario. Aquellos mayores que residen en domicilios particulares realizan más ejercicio en total y el tipo del mismo es más variado (X2 = 10,30 gl.2 p.00577). Analizando los hábitos tóxicos, el 95% de la población entrevistada no fuma, el 61,7% no toma excitantes tipo té, café,... y el 65,6% no bebe alcohol habitualmente. El 93,3% cena siempre a la misma hora y sólo el 4,9% realiza cenas copiosas.

El 54,1% considera que tiene PROBLEMAS DE SUEÑO. Del 41,9% que considera que hay un motivo, el 21% contesta que es por soledad, depresión o miedo. La enfermedad crónica y los cambios sociales como jubilación, cambio de domicilio,... son causas minoritarias. Destacar que las personas mayores que viven en residencia dicen tener menos problemas de sueño que los que viven en sus casas (X2 = 4,89 gl.2 p.08671).

De los 62 sujetos entrevistados, el 42,6% toma medicación para dormir. El 33,8% conoce el nombre del fármaco que consume y de éstos el 71,4% toma hipnóticos y el 28,6% relajantes. De los que viven en residencias el 58,6% toma medicación para dormir (X2 = 5,78 gl.1 p.01616)

y de éstos, el 70,59% dice no poder prescindir de ella para conciliar el sueño. La mayor parte de las personas que viven en residencia y toman medicación para el sueño lo hacen a diario respecto a aquellos que viven en sus casas cuya frecuencia de toma de medicación es variable (X2 = 9,79 gl.5 p.08112).

En el último grupo temático de CONCLUSIÓN no hay datos significativos respecto a la preocupación por dormir. El 46,78% señaló soluciones para mejorar su sueño, de las que cabe destacar: la relajación y tranquilizarse, levantarse de la cama y hacer alguna otra actividad si no se puede conciliar el sueño, y el uso de medicación.

DISCUSIÓN

La población muestra es mayoritariamente femenina, lo que hace que su estilo de vida, debi-

do a factores socioculturales esté influyendo en los resultados de este estudio. Esto se constata principalmente en resultados obtenidos en hábitos tóxicos como el tabaco, la ingesta de alcohol y bebidas excitantes.

La diferencia de edad entre las dos muestras, más de 10 años, es un factor que influye directamente en el sueño, ya que a mayor edad aumentan las patologías relacionadas con el sueño; existe un mayor número de despertares nocturnos en residenciados. Además, aumenta la probabilidad de aparición de enfermedades crónicas que directa e indirectamente influyen en el sueño por su sintomatología y por los efectos secundarios de la medicación que toman.

Como hemos verificado en los resultados de este estudio, el hecho de vivir en una residencia marca un ritmo de vida influenciado por el horario fijo de comidas, sobre todo el desayuno y la cena, condicionando la hora de levantarse de la cama y la hora de acostarse. Por tanto, el número de horas que permanecen en la cama es excesivo para el número de horas que dicen dormir, pudiéndose considerar un sueño poco eficaz. Este hecho se agrava ya que al despertarse y no poder dormir, continúan en la cama sin levantarse y realizar una actividad que favorezca el sueño nuevamente. Además, propicia un exceso de toma de medicación, tanto hipnótica como otra, por la accesibilidad a un servicio médico diario y a la presencia constante de personal sanitario. Es curioso como Estivill (1992) afirma en su estudio que ancianos residenciados que toman hipnóticos tardan más tiempo en conciliar el sueño. A pesar de la amplitud del espacio del recinto residencial, que facilita realizar ejercicio aún en condiciones climatológicas adversas, se constata que en domicilio se realiza más ejercicio y más variado.

Destacamos el hecho de que las personas que viven en domicilio particular muestran una mayor satisfacción del entorno en el que duermen. En residencia, el grado de satisfacción también es alto aunque levemente inferior.

Aproximadamente la mitad de la población muestra se echa la siesta, siendo algo más frecuente en las personas que viven en domicilio. Cabe destacar que la duración de las mismas es predominantemente inferior a 30 minutos, siendo un tiempo adecuado para no interferir en el descanso nocturno.

Estivill (1992) no encuentra diferencias significativas entre ambas poblaciones en cuanto a número de despertares. Dato que contrasta con el obtenido en este estudio, en el cual se observa un mayor número de despertares nocturnos en residenciados.

La necesidad de orinar por la noche es la causa más frecuente de despertar nocturno, dato ya descrito por Culebras (1994). Este hecho aumenta entre la población residenciada. Puede ser debido al gran número de horas de permanencia en la cama, al mayor número de patologías y al uso de medicación que favorezca la micción. Sorprendentemente, el dolor no aparece como causa frecuente de despertar nocturno en este tipo de población.

Llama la atención la percepción que tienen los propios sujetos sobre la alteración de su sueño, ya que a pesar de que casi la mitad de la población refiere no tener problemas de sueño y tiene sensación de haber descansado bien, la gran mayoría presenta varios despertares nocturnos y tiene problemas para volver a conciliar el sueño y además, refiere sueño durante el día, lo cual supone que su sueño no es eficaz. Por tanto, podemos concluir que no perciben las alteraciones del sueño como un problema real. Estivill (1992) define la sensación de haber descansado bien como calidad subjetiva de sueño, encontrando que es mayor en sujetos no residenciados. Aquellos que dicen tener problemas de sueño, consideran que los motivos principales pueden ser la soledad, la depresión o el miedo. A esto, hay que sumar que a la gran mayoría de las personas residenciadas no les preocupa nada no poder dormir y sin embargo, en domicilios la preocupación es mucha. Esto podría explicarse porque en la residencia encuentran solución inmediata a sus problemas de sueño.

Teniendo hábitos de sueño parecidos en ambas muestras, los factores que más influyen en el sueño son los cambios fisiológicos propios de la vejez. Sin embargo, creemos necesario educar en la higiene del sueño, ya que menos de la mitad de la población aporta soluciones para mejorar su sueño.

Consideramos que si la muestra hubiera sido más amplia, los niveles de significatividad serían mayores. Además, este estudio puede presentar sesgo de medición ya que los sujetos han podido responder por criterio de deseabilidad social.

En base a los resultados obtenidos en este estudio sería interesante seguir profundizando en este tema.

AGRADECIMIENTOS

Queremos expresar nuestro agradecimiento a todas aquellas personas que han colaborado y facilitado la realización de este estudio, a la Escuela Universitaria de Osakidetza de Vitoria-Gasteiz y en especial, a los mayores que con su aportación han contribuido al mismo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ancoli-Israel S. "Trastornos del sueño: a la cama con los mitos". Rev Modern Geriatrics (Ed. Española) 1997;9(6):141-147.
2. Estivill-Sancho E. "Conceptos actuales en los problemas del sueño en el anciano". Rev Esp Geriatría y Gerontología 1990;25(5):265-267.
3. González González JA, De Dios Álvarez R, Flórez Tascón FJ. "Estudio psicofisiológico del sueño en la senilidad". Rev Esp Geriatría y Gerontología 1990;25(3):131-137.
4. Becker PM, Jamieson AO. "Common sleep disorders in the elderly: Diagnosis and treatment". Geriatrics 1991; 47:41-52.
5. Palomaki H, Partinem M, Erkinjuntti T, Kaste M. "Snoring, sleep apnea syndrome and stroke". Neurology 1992;42 (7 Supl. 6):75-82.
6. Ancoli-Israel S, Kripke DF, Klauber MR, Mason EJ, Fell R, Klapan O. "Sleep disordered breathing in comunity-dwelling elderly". Sleep 1991;14(6):486-500.
7. Salgado Alba A, González Montalvo JI, Alarcón Alarcón MT. "Fundamentos Prácticos de la asistencia al anciano. Insomnio". Barcelona: Ed. Masson S.A.; 1996.
8. Estivill-Sancho E, Cilvetti R. "Causas fisiológicas del insomnio". Ann Med (Barcelona) 1992;78(9):217-219.
9. Verdejo Bravo C. "Manual Práctico de Psicogeriatría". Madrid: Ed. Grupo Aula Médica S.A.; 1995;8:101-114.
10. Culebras A. "Medicina del Sueño". Barcelona: Ed. Áncora 1994;11:191-211.
11. Estivill-Sancho E, Cilveti R, Bañares P, López-Navarro E, Fernández J, Esperanza A, et al. "Hábitos de sueño en el Centro Geriátrico Municipal de Barcelona". Rev Esp Geriatría y Gerontología 1992;27(3):147-153.