

Artículo de revisión

Insomnio en el adulto mayor

María Lucía Salamanca Ternera*

* Médica y cirujana - Pontificia Universidad Javeriana, Psiquiatra egresada Universidad El Bosque - Clínica Montserrat

Correspondencia: msalamancat@unbosque.edu.co

Resumen

Resumen:

En el siguiente trabajo se busca realizar una descripción, pero completa teniendo como objetivo que sea de utilidad clínica para comprender la fisiología del sueño. Va dirigido al personal asistencial en salud y a quienes participan del cuidado de adultos mayores, así como cualquiera que esté interesado en expandir su conocimiento al respecto de los cambios esperados con la edad y distinguirlos de los procesos patológicos. A partir de esta comprensión, se pretende establecer una aproximación sistemática para definir el tratamiento más apropiado según las características del síntoma y las propiedades de las diferentes intervenciones disponibles, tanto farmacológicas como no farmacológicas.

Palabras clave: insomnio, fisiología del sueño, trastornos del sueño, geriatría, trastornos del sueño-vigilia.

Summary

This study aims to provide a comprehensive description of sleep physiology, designed to be clinically useful for healthcare professionals and caregivers of older adults and anyone interested in expanding their knowledge on age-related changes in sleep and distinguishing them from pathological processes. By fostering this understanding, the study seeks to establish a systematic approach for determining the most appropriate treatment based on the characteristics of the symptoms and the properties of the various available pharmacological and non-pharmacological interventions.

Keywords: insomnia, sleep physiology, sleep disorders, geriatrics, sleep-wake disorders

Introducción

El sueño es una necesidad básica del ser humano que cumple múltiples funciones vitales para su adecuado funcionamiento. Un mal patrón de sueño tiene implicaciones directas en el individuo y en la sociedad.

A lo largo de este escrito se busca exponer el patrón de sueño y el insomnio en el adulto mayor, se hará una aproximación a los cambios fisiológicos de la edad con respecto al sueño, ya que sin esto no sería posible diferenciar lo normal de lo anormal. Una vez teniendo claros estos cambios se tratará el tema del insomnio

en el adulto mayor reconociendo que los trastornos del sueño son entidades multifactoriales, que deben ser abordados de la manera adecuada para la realización de un diagnóstico preciso, ya que tienen una estrecha relación con comorbilidades propias de la población geriátrica y de esta manera dar el manejo indicado.

A través de este texto también se expondrán factores de riesgo tanto para el desarrollo del insomnio cómo los producidos por esta entidad, las implicaciones en el individuo y a nivel social. Por último, se pretende romper algunos paradigmas con respecto al manejo de esta entidad en el adulto mayor.

Métodos

Se realizó una búsqueda de información actualizada hasta el 2019 en diferentes bases de datos como Pubmed y Google Scholar, seleccionando artículos y fragmentos de libros tanto en español como en inglés. Se utilizaron términos de búsqueda como “insomnio”, “alteraciones del sueño”, “sueño” y “adulto mayor”. Esta búsqueda se realizó con el objetivo de recopilar la literatura científica más relevante y actualizada sobre el tema que permitiera brindar información clínica centrada en la comprensión del sueño en el adulto mayor y las alteraciones del mismo junto con sus alternativas de tratamiento.

Resultados

La figura 1 representa la arquitectura normal del sueño en un adulto promedio. Antes de iniciar con las fases del sueño se habla de un concepto importante,

la latencia de inicio del sueño, que se refiere al tiempo entre el estado de vigilia y la conciliación del sueño.

El sueño se compone de 5 fases. La primera fase se caracteriza por ser un sueño superficial, del cual es fácil despertar, se representa en ondas theta y algunas ondas alpha en los trazados electroencefalográficos, dura 5-10 minutos en general y se empieza a notar enlentecimiento muscular.

Lo sigue la fase 2 del sueño la cual dura un poco más en tiempo que el sueño de fase 1, las ondas cerebrales presentan picos más pronunciados y la temperatura corporal comienza a descender. Las 2 primeras fases constituyen el sueño superficial o ligero.

La 3ra fase del sueño es donde sucede la transición al sueño profundo, tiene un predominio de ondas theta pero ya comienzan a aparecer en el trazado las ondas delta. Cuando el predominio de ondas cambia, y hay una mayor cantidad de ondas tipo delta se considera que se trata de la 4ta fase del sueño, donde hay una mayor inhibición motora, y el sueño es el más profundo. Las fases 3 y 4 del sueño componen el sueño profundo, esta última fase se conoce también como sueño de ondas lentas (1).

Una de las funciones más importantes del sueño se da en la actividad del sueño de ondas lentas, ya que esta tiene una sincronización neuronal en la corteza prefrontal y se asocia a las funciones ejecutivas y la consolidación de memoria declarativa (2).

Por último, la 5ta fase del sueño es el sueño REM o sueño de movimientos oculares rápidos, también se le conoce como el sueño paradójico ya que es en esta fase donde se tiene una alta actividad cerebral, casi como en vigilia, pero la actividad motora está absolutamente inhibida, es en este momento donde ocurre la actividad onírica y la mayor relajación muscular. Esta etapa está asociada a la consolidación de la memoria en general, la memoria procedimental y la memoria emocional (2).

A lo largo de la noche estas fases se presentan en ciclos de aproximadamente 90 minutos. A medida que pasa la noche disminuye la proporción de sueño No REM y aumenta el sueño REM (1).

Cambios esperados del sueño en el envejecimiento

En el adulto mayor se presentan cambios fisiológicos en múltiples sistemas, propios del envejecimiento. El patrón de sueño no es una excepción. El cuerpo de un niño no tiene las mismas necesidades de sueño que un adulto, y lo mismo sucede con el adulto mayor, en quien se han estado dando cambios tanto a nivel orgánico como a nivel de su función social lo cual actúa como factor independiente sobre la arquitectura del sueño (3).

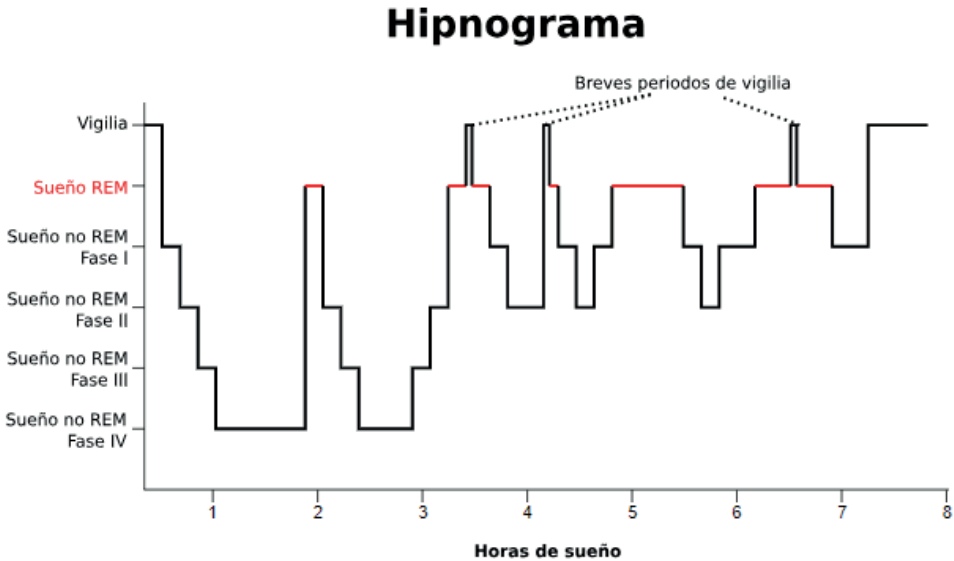
En términos generales, los principales cambios de la edad se encuentran una disminución significativa con respecto al adulto promedio de: 1. El tiempo total de sueño, 2. la calidad del sueño y 3. la profundidad del sueño. Otra de las diferencias más evidentes con la edad es que el envejecimiento también está asociado

a una disminución de la habilidad para mantener el sueño, presentándose con múltiples y largos despertares durante la noche (3). Estos cambios se describen en detalle a continuación.

En cuanto al tiempo total de sueño, a través de algunos estudios, se ha descrito que el promedio de horas de sueño de un adulto joven son 10.5 horas, el de un adulto maduro es de 9.1 horas y el de un adulto mayor es de 8.1 horas. Se ha observado que la disminución del tiempo de sueño se da en un promedio de 8 minutos por década en los hombres y 10 minutos por década en las mujeres. Esto sucede, como en la mayoría de los cambios del sueño en el envejecimiento, hasta llegar a los 60 años, a partir de ese momento se crea una meseta que continúa estable durante la vejez (3).

El Inicio del sueño y la latencia del sueño, entendido como el tiempo entre la disposición para dormir y la conciliación del sueño, se ha asumido que se empeora con la edad. Sin embargo, no se cuenta con suficiente evidencia para asegurar eso. Lo que se ha documentado con respecto a esto es que tanto la latencia del sueño como la reconciliación después de un despertar nocturno aumenta levemente después de los 60 años. Sin embargo, se describe un aumento significativo de la latencia del sueño en la adolescencia tardía, la cual continúa constante de los 30 años a los 50 años y después de esto inicia un sutil aumento progresivo. En cuanto a la capacidad de reiniciar el sueño (reconciliar) no se ha encontrado diferencias entre adultos y adultos mayores (3).

Figura 1. Descripción de las fases del sueño



Adaptado de Lsanabria. File: Fases del sueño.svg [Internet]. Wikimedia Commons. 2016. Disponible en: https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Fases_del_sue%C3%B1o.svg#filelinks

La eficacia del sueño (relación entre el tiempo de sueño y el tiempo en cama), se mantiene relativamente igual desde la infancia hasta la adolescencia, durante el paso a la adultez se disminuye significativamente y posteriormente continua con un deterioro progresivo más sutil, incluso después de los 60 años. Por otro lado, lo que respecta al mantenimiento del sueño, manifestado en el aumento del número de despertares durante la noche, tiene un patrón de aumento progresivo desde la infancia hasta la adultez, pero no es el componente más significativo, la disminución relacionada con la edad del tiempo total de sueño y calidad de sueño son responsables de una presión de sueño disminuida que lleva a un aumento del número de despertares en la noche, estimado en 2.7 veces más que en el adulto joven (3), lo que más se des-

cribe en el adulto mayor en términos del mantenimiento del sueño es un aumento del tiempo despierto antes de reiniciar el sueño, calculado en un aumento de 10 minutos por cada década entre los 30 a los 60 años (3).

En cuanto a la estructura del sueño, con la edad se describen cambios dados principalmente por la disminución del sueño profundo o de ondas lentas y sueño REM y el aumento de la proporción de sueño No REM 1 y 2. Sin embargo en los estudios la disminución de la proporción sueño REM se da a una tasa de 0.6% por cada década desde los 19 años hasta los 75 años, y estos no son significativos en un adulto mayor sano, incluso se documentó un aumento de esta proporción de los 75 a los 85 años. Esto podría tener diferencias entre hombres y mujeres,

donde las mujeres tienen un aumento menos significativo del sueño no REM 1, mayor proporción de aumento de sueño No REM 2 y una disminución más significativa del sueño REM que los hombres (3). Esto es muy importante tenerlo en cuenta al momento de relacionarlo con los efectos cognitivos que se observan en el adulto mayor, ya que como mencionado anteriormente el sueño REM es el responsable de la consolidación de varios tipos de memoria, y si el tiempo y calidad de este sueño disminuye en la noche puede verse reflejado en el funcionamiento cognitivo del individuo (1,2).

Otro componente importante en el sueño es el ciclo circadiano. En el adulto mayor se presenta un adelanto en el tiempo del ciclo, con una disminución de la amplitud y una menor habilidad de ajuste al cambio de fases. Estos cambios se han relacionado con un deterioro progresivo de la función del núcleo supraquiasmático (principal centro regulador del ciclo circadiano). Es por este cambio en la temporalidad del ciclo circadiano que el adulto mayor siente cansancio y sueño en las últimas horas de la tarde y tiende a levantarse en la madrugada, así mismo, también se le ha relacionado con adelantos en el ritmo de la temperatura corporal, la cual parece estar relacionada con el momento de despertar, y el tiempo de secreción de cortisol y melatonina, el cual que se ha estimado en 1 hora antes que en el adulto joven (3).

Por los cambios en amplitud y tiempo del ciclo circadiano, se ha visto que en el adulto mayor hay un aumento en los niveles nocturnos de cortisol, lo cual

contribuye al aumento del número de despertares en la noche y disminuye el tiempo de sueño de ondas lentas. Es importante anotar que el sueño de ondas lentas inhibe la secreción de cortisol, al disminuir esta fase del sueño este sistema se continúa realimentando aumentando los niveles nocturnos de cortisol. Por el otro lado, la secreción de melatonina está disminuida en el adulto mayor, especialmente en horas de la noche. Esto y el adelanto en el ciclo podrían estar relacionados con el adelanto en el sueño, los múltiples despertares nocturnos y el despertar a tempranas horas de la madrugada. Se habla también de la posible relación de la hormona de crecimiento con algunos de estos cambios (3).

Los adultos mayores, sanos o no, tienen más siestas durante el día que el adulto promedio, esto está asociado directamente con somnolencia durante el día, depresión, dolor y nicturia. De igual forma se ha encontrado cierta correlación con otras entidades como alteración cognitiva leve, eventos cardiovasculares y mayor riesgo de mortalidad global (3).

Insomnio en el adulto mayor

Una vez teniendo claros los cambios fisiológicos del sueño, se reconoce que los cambios del sueño son entidades multifactoriales, que unido a las múltiples comorbilidades del adulto mayor facilitan la aparición de los trastornos del sueño, incluyendo el insomnio. En los adultos mayores sanos el reporte de mal patrón de sueño es bajo, en los adultos mayores sanos se identifica la misma prevalencia de insomnio que en el adulto joven (2). Sin embargo, de la población total de

Tabla 1. Criterios diagnósticos de insomnio crónico

ICSD-3	DSM 5
Criterios A-F se deben cumplir:	A. Queja significativa de insatisfacción con la calidad o cantidad del sueño, asociada a 1 o más de los siguientes síntomas:
A. Reporte de 1 o más de los siguientes:	1. Dificultad para conciliar el sueño.
1. Dificultad para conciliar el sueño.	2. Dificultad para mantener el sueño, con múltiples despertares o problemas para reconciliar el sueño.
2. Dificultad para mantener el sueño.	3. Despertar temprano sin poder reconciliar el sueño.
3. Despertar antes de lo deseado.	
4. Resistencia para disponerse a dormir a horario adecuado.	
5. Dificultad para dormir sin cuidador.	
B. Reporte de 1 o más de los siguientes:	B. La alteración del sueño tiene consecuencias clínicamente significativas en el funcionamiento social, ocupacional, educacional, académico, comportamental, entre otros.
1. Fatiga/malestar.	
2. Alteración en atención, memoria o concentración.	
3. Alteración en el desempeño social, familiar y ocupacional.	C. Dificultad para dormir ocurre al menos 3 noches a la semana.
4. Irritabilidad/Trastorno del afecto.	
5. Somnolencia diurna.	D. La dificultad para dormir se presenta por al menos 3 meses.
6. Problemas comportamentales.	
7. Disminución de la motivación, energía o iniciativa.	E. La dificultad para dormir ocurre aún con adecuado contexto para dormir.
8. Tendencia a accidentes o errores.	
9. Preocupación con respecto a insatisfacción con el sueño.	
C. Reporte de quejas con respecto a sueño vigilia, que no se explican exclusivamente por factores de oportunidad o circunstancias.	F. El insomnio no se explica mejor y no ocurre exclusivamente durante otro trastorno del sueño.
D. El trastorno del sueño se asocia a síntomas diurnos que ocurren por lo menos 3 veces a la semana.	G. El insomnio no es atribuible a efectos fisiológicos de una sustancia.
E. La alteración del sueño asociada a los síntomas diurnos están presentes por al menos 3 meses.	H. Comorbilidades psiquiátricas o médicas que no explican por sí solos la queja de insomnio.
F. No se explica por otro trastorno del sueño.	Especificadores:
	- Episódico: Los síntomas duran al menos 1 mes, pero menos de 3 meses.
	- Persistente: Los síntomas duran más de 3 meses
	- Recurrente: 2 o más episodios dentro de un periodo de 1 año.

ICSD-3 (International Classification of Sleep Disorders)

DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition)

los adultos mayores el 50-60% reportan mala calidad de sueño, lo cual evidencia que solo los cambios fisiológicos del adulto mayor no explican la mala calidad de sueño reportada y sugiere una alta prevalencia de trastornos del sueño (4).

Las comorbilidades médicas y psicológicas aumentan los síntomas de insomnio en el adulto mayor. La incidencia estimada de insomnio en Estados Unidos al año es de 5% para el adulto mayor y se encontró que las mujeres tienen un 50% mayor de probabilidad de reportar síntomas de insomnio que los hombres (2). En general la prevalencia de insomnio aumenta con la edad, la población con mayor prevalencia de insomnio son los adultos maduros y mayores llegando a ser hasta el 65% en el último grupo (5).

El 67% de los adultos mayores tienen múltiples comorbilidades, cerca del 90% de los adultos mayores de 65 años toman medicamentos para control de enfermedades crónicas y más de un tercio toman más de 5 medicamentos. Se ha demostrado que la polifarmacia aumenta la somnolencia diurna, empeorando el insomnio y otros trastornos del sueño.

Por otro lado, la evidencia soporta que las enfermedades crónicas están relacionadas con trastornos del sueño como insomnio, SAHOS y síndrome de piernas inquietas. Y de la misma manera los trastornos de sueño descritos tienen efectos negativos sobre el curso de las enfermedades crónicas (4).

Clasificaciones

Al hablar de insomnio se describen va-

rios tipos dependiendo de la queja principal del paciente en su patrón de sueño, a pesar de que estos tipos son los más frecuentemente utilizados en el diagnóstico médico, no se relacionan necesariamente con cambios en el manejo.

A continuación, se describen:

- Insomnio de conciliación: dificultad para quedarse dormido al inicio de la noche.
- Insomnio de mantenimiento o múltiples despertares: caracterizado por los mencionados múltiples despertares con periodos de tiempo prolongados antes de reiniciar el sueño.
- Insomnio tardío o de despertar temprano: despertar a tempranas horas de la madrugada sin poder retomar el sueño.

Así mismo el insomnio se puede clasificar según la presentación, puede ser una entidad situacional, recurrente o persistente. La situacional es de inicio agudo, que dura días o semanas y se asocia a cambios en el horario de sueño, con cambios ambientales y con eventos como la jubilación, hospitalizaciones, enfermedades de novo, entre otros. Una vez se resuelva el factor estresor, se resuelve el insomnio. Por su lado, el insomnio recurrente es cuando se da este patrón de manera episódica, usualmente correspondiendo con la ocurrencia de eventos estresantes en la vida. Si no resuelve el insomnio una vez se resuelva el estresor ya se consideraría de tipo crónico o persistente.

Para hacer el diagnóstico de insomnio crónico se utilizan los siguientes crite-

rios, muy similares entre sí (Tabla 1).

Factores de riesgo

El adulto mayor tiene un riesgo aumentado que la población general para desarrollar insomnio, sobre todo relacionado con factores comportamentales, médicos y sociales.

Dentro de los ejemplos de esto se encuentran (4):

1) Ambientales: Ruido excesivo, temperaturas “extremos”, luz durante el tiempo de dormir, cambio de residencia, cambio de tamaño de habitación o cama, institucionalización.

2) Comportamentales/sociales: Horarios cambiantes de sueño, consumo de caféina en horas de la tarde, consumo de alcohol cerca a la hora de dormir, cuidadores, hospitalizaciones, comorbilidades nuevas, cambios del estilo de vida, jubilación, muerte de seres queridos, siestas diurnas.

3) Demográficos:

- Sexo femenino.
- Medicamentos: teofilina, hormona tiroidea, anticolinérgicos, estimulantes, descongestionantes orales, antidepresivos, corticoesteroides, antihipertensivos, opioides, AINES.

4) Médicos:

- Trastornos del sueño: SAHOS, síndrome de piernas inquietas, trastorno por movimiento periódico de los miembros, trastorno del sueño REM, cambios etarios en fase avanzada del ciclo circadiano.

- Psiquiátricos: Depresión, ansiedad, manía, ataques de pánico, esquizofrenia, abuso de sustancias, trastornos neurocognitivos.

- Otros: Diabetes Mellitus, fibromialgia, hipertensión, enfermedad cardiovascular, ECV y dolor crónico.

Así mismo, muchos de estos factores de riesgo para el desarrollo de insomnio en el adulto mayor también aparecen como consecuencia de este. El no identificar o tratar el insomnio está relacionado con: aumento de riesgo de caídas, depresión, trastornos de ansiedad, abuso y dependencia de sustancias, deterioro de función inmune y deterioro de funciones cognitivas (4).

A su vez, la disminución del tiempo total de sueño se ha relacionado con mayor riesgo de enfermedad cardio metabólica, alteraciones cognitivas leves, ECV, dolor crónico, depresión y ansiedad (4). En cuanto a la dificultad para conciliar y mantener el sueño se asoció con aumento moderado del riesgo de IAM, en la población general (2). Se ha calculado que, para la población estadounidense, los adultos mayores con dificultades en el sueño tienen casi el doble de tasas de mortalidad por eventos cerebrovasculares, cáncer, enfermedad cardíaca y suicidio (2).

Costos

El insomnio tiene una gran carga de enfermedad para el individuo y para la comunidad. El costo calculado para Estados Unidos del manejo de insomnio es de \$1.8-15.4 billones anuales. El costo directo del insomnio no tratado es de

\$1.143 en 6 meses comparado con controles sin insomnio (2).

Evaluación

Para la evaluación del insomnio es de gran importancia realizar una buena historia clínica que incluya hábitos y patrón de sueño-vigilia, actividades diarias (la poca actividad diaria da pie a siestas diurnas), historia previa de insomnio, síntomas de insomnio, alteraciones del funcionamiento diurno y tratamientos previos. En especial en el adulto mayor es importante indagar por ronquidos e inquietud de las piernas durante el sueño. Identificar comorbilidades médicas, psiquiátricas o efectos de sustancias que podrían estar relacionados con los síntomas (4). A continuación, se enlistan y describen los cuestionarios usualmente utilizados para la evaluación del insomnio en el adulto mayor.

Cuestionarios disponibles para evaluación del sueño

1) Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) (Validado en Colombia) (6):
Evalúa el estado de salud en las últimas 2 semanas, calificando la frecuencia de la siguiente manera: 0 - Ningún día, 1 - varios días, 2 - la mayoría de días y 3 - casi todos los días. Son 9 preguntas relacionadas con síntomas de depresión.

A mayor puntaje mayor riesgo. Puntaje >10 es sugestivo de trastorno depresivo y dependiendo del puntaje total se clasifica la severidad.

2) Geriatric Depression Scale (GDS) (Validado en Colombia):

Es una herramienta en un formato de 15 preguntas de respuesta si/no, las cuales indagan por síntomas de depresión en el momento. Un puntaje > de 5 sugiere posible depresión y un puntaje de 10 o más es sugestivo de depresión.

3) Generalized Anxiety Disorder Questionnaire (GAD 7):

Herramienta de 7 preguntas con calificación similar al PHQ - 9 con puntajes de 0-3 según frecuencia de los síntomas, en este caso con respecto a síntomas de ansiedad durante las últimas 2 semanas. Un puntaje mayor a 5 es sugestivo de trastorno de ansiedad generalizado, dependiendo de los puntos se evalúa la severidad.

4) Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) (Validado en Colombia):

Evalúa la calidad de sueño del último mes, se compone de 9 preguntas, las primeras 4 son de respuesta abierta, y las otras 5 se califican de 0-3 la frecuencia de los síntomas. Puntaje mayor a 5 sugiere un mal patrón de sueño.

5) Insomnia Severity Index (ISI):

Esta herramienta es específica para evaluar la presencia y severidad de insomnio, se compone de 7 preguntas con respuestas que puntúan 0-4 según el grado de satisfacción o severidad de los síntomas durante las últimas 2 semanas.

Un puntaje entre 8-14 sugiere insomnio leve, 15-21 insomnio moderado y 22 a 28 insomnio severo.

6) Diario de sueño:

Se indica al paciente llevar un diario du-

rante 2 semanas con las siguientes secciones: Hora de acostarse, tiempo para conciliar el sueño, número y duración de despertares nocturnos, hora de despertar, hora de levantarse y tiempos y duración de las siestas diurnas.

7) Estudios paraclínicos como actigrafía (método no invasivo consistente en un sensor, en el brazo no dominante para valorar los periodos de reposo y actividad de grupos musculares) o polisomnografía no son necesarios para el diagnóstico rutinario de insomnio, pero pueden ser útiles para descartar otras causas como SAHOS o alteraciones del ciclo circadiano (4).

Tratamiento

Los objetivos del tratamiento del insomnio son la mejoría de cantidad y calidad de sueño, así como la disminución de los síntomas diurnos. Los diarios y cuestionarios se pueden usar como medida de seguimiento, siempre buscando suspender el tratamiento una vez se vea suficiente mejoría. Posteriormente se debe realizar controles periódicos para identificar recurrencia o eventos precipitantes (4).

Manejo no farmacológico

A continuación, se hará un recuento de los métodos recomendados y datos de la evidencia que soportan su aplicación en el manejo del insomnio. Este tipo de tratamientos no farmacológicos, especialmente los de terapia cognitivo conductual son la primera línea de manejo, por encima de los medicamentos.

1) Terapia cognitivo-conductual:

Busca reemplazar pensamientos y hábitos mal adaptativos para disminuir la carga asociada al sueño. Tiene evidencia de beneficios a corto y largo plazo (7). Sin embargo, no se usa mucho en la práctica clínica por que el personal de salud no conoce de este tratamiento o no sabe cómo referir a los pacientes (4). Otro de sus beneficios es que su uso disminuye la necesidad de utilización de hipnóticos (2).

Existe evidencia que muestra mejoría clínica significativa con terapia cognitivo-conductual (64%) vs. relajación (12%) vs. Placebo (6%) (7). En otro estudio, al comparar la efectividad de la terapia sola, o en combinación con medicamento, los resultados mostraron que la efectividad del CBTi (terapia cognitivo-conductual para insomnio) + medicamento (temazepam) fue del 68%, mientras que CBT solo fue del 56%, medicamento solo del 47% y placebo del 22% (8).

Estudios controlados aleatorizados usando parámetros polisomnográficos han demostrado que esta herramienta sobrepasa a los fármacos en eficacia y duración de los efectos terapéuticos (2) a través de: mejoría de 3.5 puntos en el ISI, mejoría de 3 puntos en el PSQI, disminución de la latencia de inicio del sueño por 8.2 minutos, disminución de tiempo antes de reconciliar el sueño por 37.6 minutos y una mejoría subjetiva y objetiva de calidad del sueño.

Los tipos de terapia cognitivo-conductual que se aplican son los siguientes:

2) Terapia de control de estímulos:

Esta intervención busca fortalecer la asociación cama/habitación y sueño, aplicar un horario para el sueño-vigilia. Se ha visto que mejora el tiempo total de sueño por 40.4 minutos (8).

3) Terapia de restricción de sueño: Con esta terapia se busca aumentar la presión de sueño para mejorar la calidad del sueño. El tiempo en cama se limita al tiempo registrado de sueño en el diario, de manera que el tiempo se va aumentando progresivamente hasta que se logre el tiempo esperado de sueño. Con respecto a esta terapia hay evidencia fuerte que soporta la utilización de este tipo de intervenciones en el adulto mayor (9).

4) Entrenamiento en relajación: Tiene como objetivo reducir tensión y pensamientos intrusivos que interfieren con la conciliación del sueño, se enseñan ejercicios de respiración, relajación muscular, imagen guiada y biofeedback (8).

5) Reestructuración cognitiva: Pretende reducir ansiedad y cambiar ideas erróneas asociadas con el sueño y el insomnio usando el discurso socrático (8).

6) Educación de higiene del sueño: Se dan indicaciones claras como no comer pesado o tomar alcohol 2 horas antes de dormir, limitar la ingesta de cafeína después del almuerzo, realizar ejercicio regularmente, pero evitar hacerlo 2 horas antes de dormir, mantener la habitación en silencio, oscura y a una temperatura cómoda (8). Este tipo de intervenciones se pueden realizar fácilmente en la consulta general.

7) Mindfulness:

Son técnicas que buscan reducir el estrés por medio de conciencia plena y aceptación del estado actual. Esta incluye técnicas de respiración, meditación y yoga, las cuales han demostrado eficacia en el insomnio del adulto mayor. Uno de los estudios muestra $P = .006$ en la disminución global del puntaje de PSQI contra el grupo control (1,12 vs -0,06 puntos en PSQI) (10).

8) Terapia de luz:

Busca fortalecer el ritmo del ciclo circadiano y establecer un ciclo sueño-vigilia sano. La evidencia no es clara, pero pareciera tener un efecto favorable en el adulto mayor con insomnio. Se recomienda el uso de luz brillante de intensidad de 1000 lux. La manera como aplicarlo puede variar, puede darse durante el día, en las mañanas justo después de despertar o en los intervalos de mayor somnolencia diurna (4).

9) Acupuntura:

Técnica tradicional china que ha mostrado ser eficaz en la mejoría de síntomas de insomnio en el adulto mayor. La evidencia sugiere una mejoría en tiempo total de sueño y tiempo en cama $P < 0,05$ (11).

Tratamiento farmacológico

El 31% de los medicamentos de venta libre para el insomnio en Estados Unidos son consumidos por personas entre 65-79 años. Los pacientes de 65 años o mayores son 5 veces más propensos a ser prescritos medicamentos para dormir que los pacientes entre 18 y 35 años (2).

Esto nos muestra que no se está abordando de manera adecuada el insomnio.

Los tratamientos farmacológicos deberían ser únicamente utilizados por cortos periodos de tiempo en el manejo del insomnio. Los adultos mayores responden a dosis más bajas de medicamento que el adulto promedio por la menor proporción de masa muscular y aumento de masa grasa y la cantidad más limitada de proteínas plasmáticas que aumentan la concentración en sangre y la vida media de los fármacos. Por lo mismo la indicación de medicamentos, si es que los manejos no farmacológicos no fueron suficientes, es de iniciar con las dosis más bajas y titular (4).

Benzodiazepinas: Entre 5.3% y 10.8% de pacientes mayores a 50 años utilizan benzodiazepinas. Tiene un efecto de tolerancia con el uso en el tiempo, siendo necesario el aumento de la dosis para generar los efectos, haciendo que esta el uso a largo plazo de esta terapia pueda generar dependencia con riesgo aumentado de adicción y abuso. Se recomienda asesorar a los adultos mayores en consulta para hacer un retiro paulatino de esta terapia, aunque no hay un esquema estandarizado de reducción, usualmente se retira de a 25% de la dosis cada 2 semanas (2).

Por lo expuesto anteriormente y con base en un estudio comparativo de la efectividad de la terapia cognitivo-conductual comparada con medicamentos (zopiclona, zolpidem, temazepam o triazolam) donde encontraron que la terapia cognitivo conductual tiene la misma efec-

tividad para el insomnio a corto plazo que los medicamentos y sugiere que los efectos de esta terapia tienen más efectos benéficos duraderos en el tiempo que los medicamentos, esta es la primera línea de manejo para insomnio. La terapia cognitiva conductual, aunque tiene una acción más demorada, ha demostrado que sus efectos sostenidos en el tiempo mejoran la calidad del sueño y disminuye los desenlaces negativos. Teniendo en cuenta a su vez, que el efecto farmacológico se detiene una vez se suspende el medicamento (4).

Conclusiones

Se puede concluir entonces, que es de suma importancia distinguir los cambios propios del envejecimiento de los trastornos del sueño. El lograr hacer una aproximación detallada y completa de la sintomatología permite la realización de un diagnóstico certero, lo cual favorece un tratamiento más dirigido y probablemente más exitoso del síntoma. Por el contrario, un abordaje tórpido podría generar un deterioro en la salud física, la salud mental y en el funcionamiento social del individuo, siendo esto aún más notorio y de mayor impacto en la población geriátrica.

A través de este texto es posible esclarecer que la primera línea de tratamiento para los trastornos del sueño son la higiene del sueño y la terapia cognitivo comportamental. Esto contrasta con lo que suele observarse en la práctica clínica común, en la cual, por diferentes razones, predomina el uso de intervenciones farmacológicas. Es importante recalcar

que el uso de terapias farmacológicas debe realizarse con precaución, especialmente en el adulto mayor, debido a que el beneficio podría no sobrepasar los riesgos de estos medicamentos. En el caso de los trastornos del sueño en el adulto mayor, al igual que cualquier síntoma en el adulto mayor, se requiere un enfoque integral e individualizado para su evaluación y manejo.

Referencias

1. Carrillo-Mora Paul, Ramírez-Peris Jimena, Magaña-Vázquez Katia. Neurobiología del sueño y su importancia: antología para el estudiante universitario. Rev. Fac. Med. (Méx.) [revista en la Internet]. 2013 Ago [citado 2019 Mar 25]; 56(4): 5-15. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422013000400002&lng=es.
2. Abad VC, Guillemínault C. Insomnia in Elderly Patients: Recommendations for Pharmacological Management. *Drugs & Aging* 2018;35:791-817. doi:10.1007/s40266-018-0569-8.
3. Li J, Vitiello MV, Gooneratne NS. Sleep in Normal Aging. *Sleep Medicine Clinics* 2018;13:1-11. doi:10.1016/j.jsmc.2017.09.001.
4. Brewster GS, Riegel B, Gehrman PR. Insomnia in the Older Adult. *Sleep Medicine Clinics* 2018;13:13-9. doi:10.1016/j.jsmc.2017.09.002.
5. Cherukuri CM. Insomnia in Older Adults. *PSYCHIATRIC ANNALS* 2018;48:279-86. doi:10.3928/00485713-20180514-01.
6. Cassiani-Miranda, C. A., Vargas-Hernández, M. C., Pérez-Anibal, E., Herazo-Bustos, M. I., & Hernández Carrillo, M. (2017). Confiabilidad y dimensión del cuestionario de salud del paciente (PHQ-9) para la detección de síntomas de depresión en estudiantes de ciencias de la salud en Cartagena, 2014. *Biomédica*, 37, 112-120. <https://doi.org/10.7705/biomedica.v37i0.3221>
7. Alessi C, Martin JL, Fiorentino L, Fung CH, Dzierzewski JM, Tapia JCR, et al. Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia in Older Veterans Using Nonclinical Sleep Coaches: Randomized Controlled Trial. *Journal of the American Geriatrics Society* 2016;64:1830-8. doi:10.1111/jgs.14304.
8. Morin CM, Bootzin RR, Buysse DJ, Edinger JD, Espie CA, Lichstein KL. Psychological And Behavioral Treatment Of Insomnia: Update Of The Recent Evidence (1998-2004). *Sleep* 2006;29:1398-414. doi:10.1093/sleep/29.11.1398.
9. Mccurry SM, Logsdon RG, Teri L, Vitiello MV. Evidence-based psychological treatments for insomnia in older adults. *Psychology and Aging* 2007;22:18-27. doi:10.1037/0882-7974.22.1.18.
10. Zhang J-X, Liu X-H, Xie X-H, Zhao D, Shan M-S, Zhang X-L, et al. Mindfulness-Based Stress Reduction for Chronic Insomnia in Adults Older than 75 Years: A Randomized, Controlled, Single-Blind Clinical Trial. *Explore* 2015;11:180-5. doi:10.1016/j.explore.2015.02.005.
11. Kwok T, Leung P-C, Wing, Ip I, Wong B, Ho D, et al. The effectiveness of acupuncture on the sleep quality of elderly with dementia: a within-subjects trial. *Clinical Interventions in Aging* 2013;9:23. doi:10.2147/cia.s45611.
12. Sateia, M. et al. (2017) '0395 clinical practice guideline for the pharmacologic treatment of chronic insomnia in adults: An American Academy of Sleep Medicine Clinical Practice guideline', *Sleep*, 40(suppl_1). doi:10.1093/sleepj/zsx050.394.