

LOS PROBLEMAS DEL DORMIR

M. Patricia Masalán A. M. S.P.(*)

El trabajo presenta una nueva forma de tratamiento de los problemas de sueño o dormir, por parte de los profesionales de la salud. Aborda la dificultad para mantener o conciliar el sueño desde el punto de vista del cambio de hábitos, evitando el uso de terapia medicamentosa. Se utiliza la «higienización del sueño» para alcanzar la meta de un sueño reparador.

Introducción

El sueño o el dormir desde la perspectiva de las necesidades humanas, constituye un pilar fundamental para el buen funcionamiento del organismo. Durante el sueño se produce una desconexión parcial entre el medio interno y el externo, para ello se requiere que el organismo consiga un metabolismo bajo, este hecho facilitará alcanzar fases más profundas del sueño (3).

En el sueño predominan dos grandes etapas: sueño lento, Non Rapid Eyes Mouvement (NREM), donde el organismo disminuye al máximo las funciones cardíaca, muscular, cerebral, logrando descanso, y en contraposición la etapa de sueño rápido, Rapid Eyes Mouvement (REM) en la que la actividad electroencefalográfica es semejante a la que se produce en la vigilia con un mayor consumo de oxígeno y una actividad glandular aumentada. Estas dos etapas se van repitiendo en forma cíclica durante la noche. Cada ciclo comprende 5 fases que van desde el sueño más superficial, al más profundo. Es en la cuarta fase de sueño (sueño lento NREM) donde se producen las consecuencias más ventajosas para los tejidos del cuerpo. En ésta se produce secreción hormonal y relajación máxima, ondas electroencefalográficas altas y lentas y por tanto un sueño reparador (6).

Al no cumplir el sueño con sus funciones reparadora y reanimadora puede traer problemas, como falta de concentración, desánimo, falta de energía entre otras, que afecta el desarrollo de la vida privada, laboral y social de quien lo padece.

El requerimiento «normal» de sueño es válido para uno mismo y un sueño que realmente cumpla su meta proporcionará la «sensación subjetiva de amanecer descansado, ayudando a optimar las funciones físicas y mentales» (Hartmann, 1973).

Este estado de percepción subjetiva de haber dormido bien o mal, depende según Hartmann, no sólo del número de horas dormidas, sino del número de veces que se despierta, el tiempo que estos despertares toman, como asimismo del tiempo necesario para volver a conciliar el sueño cada vez que se despierta. Este conjunto de elementos condicionan el resultado de cómo se siente la persona al despertar (2).

Enfrentando el problema

El equipo de salud y en especial el de enfermería se enfrenta día a día a problemas de sueño referidos por los pacientes. En el mundo un 15% de las personas padecen de insomnio (1) y en nuestro país en un estudio realizado en consultantes a un Servicio de Medicina Interna y a sus acompañantes, aparentemente sin problemas de salud (5), se observó que un 50% de ellos, sin diferencias significativas entre consultantes y no consultantes, no satisfacían su necesidad de dormir. Un 17,5% del grupo total refirió tener dificultad para conciliar y mantener el sueño durante la noche. Cabe hacer notar que de las personas que padecían estos problemas sólo un 33% consultaron a un profesional para resolverlos y en el 79,8% de los casos que consultaron refirieron que se les indicó algún tipo de medicamento inductor del sueño.

(*) Enfermera - Matrona, Profesor Escuela de Enfermería P.U.C

Las personas habitualmente antes de acostarse realizan algunos procedimientos que pueden favorecer o desfavorecer su sueño, entre ellos, se encuentra la ingestión de alimentos inmediatamente antes de acostarse, ingesta de bebidas alcohólicas, fumar (nicotina), actividades recreativas como: leer, escuchar música en cama, ver televisión u otros. Del estudio mencionado se concluye que los factores ambientales como frío, calor, colchón, almohada, y ropa de cama incómoda, son posibles causas del mal dormir, en un alto porcentaje (50%).

Por los antecedentes antes expuestos y por la responsabilidad que le cabe a enfermería en el cuidado integral de las personas se planea un programa de manejo de los problemas del sueño. Este manejo está orientado a enfrentar el problema desde una perspectiva globalizada. (Diagrama 1).

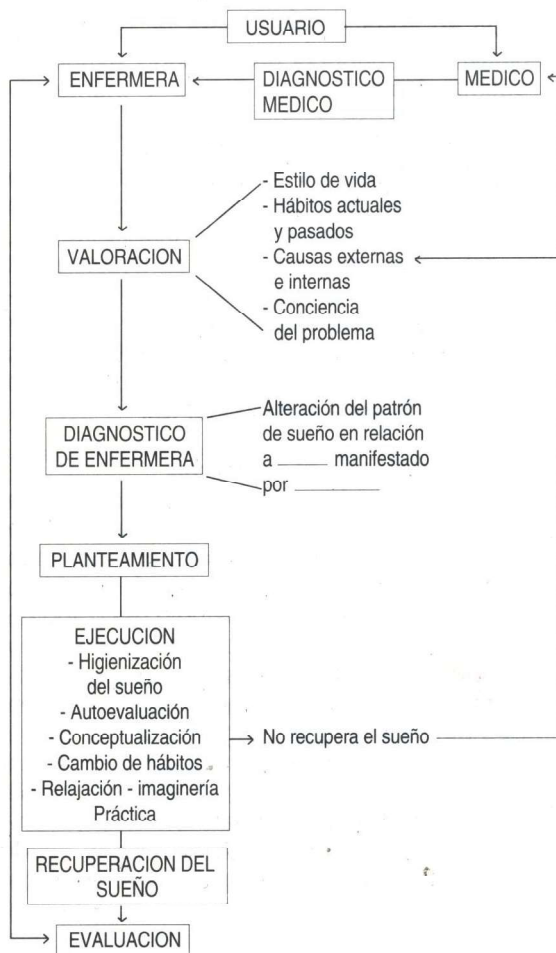


Diagrama 1 : Manejo del paciente con problemas del sueño

Las alteraciones del sueño, generalmente tienen como trasfondo un problema personal o familiar, una historia de vida, un mundo que se debe descubrir y conocer para abordarlo.

Frente al consultante el médico realiza un diagnóstico y refiere a la enfermera para que desarrolle un plan de acción educativo destinado a la solución de los problemas identificados. El programa educativo se inicia con una valoración del paciente y con el compromiso que la persona asume para el logro de la meta: satisfacer su necesidad de sueño.

La enfermera en su valoración considera aspectos de la historia, pasada y presente de la persona, haciendo énfasis en la autopercepción de la causa del mal dormir, indaga acerca del estilo de vida, hábitos y costumbres favorables o desfavorables, y aplica un instrumento para medir el grado de satisfacción de la necesidad de sueño, en forma cuantitativa, lo que brinda una visión rápida de la calidad del sueño en cada persona. El instrumento de evaluación consta de 15 preguntas de selección a cuyas respuestas se les asigna un puntaje, siendo la peor condición, aquella con mayor puntuación. La puntuación fue asignada con criterio médico-neurológico (5) y se ubican en 3 grados :

- Buen grado = menos de 20 puntos
- Regular = entre 20 y 25 puntos.
- Insuficiente = mayor de 25 puntos.

Luego la enfermera hace un diagnóstico a partir de la observación de la calificación obtenida y elabora un plan de atención. Inicia la ejecución del plan dando algunas indicaciones al paciente tales como: revisar su dormitorio, en todo lo que se refiere a ubicación de los muebles, colores, ventilación, decoración de muros, comodidad de la cama, colchón, somier, almohada y ropa de cama. Se analizan los hallazgos y si es necesario se proponen modificaciones, minimizando así las probabilidades de que los factores ambientales influyan en el dormir. Posterior a esta revisión preliminar del ambiente, el paciente responde una pauta de autoevaluación, que tiene una duración de 15 días, donde se incluyen aspectos de la rutina diaria referida al dormir: horarios, actividades, y observaciones (parte de ella se muestra en el anexo 1).

Transcurridos los 15 días de autoevaluación, se revisan las respuestas a la pauta en conjunto con la enfermera. Este análisis lleva al paciente a tomar conciencia de aquellos hábitos que son desfavorables para satisfacer la necesidad del sueño.

Los procedimientos anteriores, constituyen la base de la «higienización del sueño» (8) pilar fundamental del programa. Aquí, se incluyen medidas que son imprescindibles para el buen dormir, entre las cuáles, por ejemplo, se consideran las siguientes:

- * Acostarse siempre a la misma hora, si es posible.
- * Evitar entradas al dormitorio durante el día.
- * Evitar la realización de actividades en cama, como leer, ver televisión, escuchar radio y otras.
- * Excluir el televisor del dormitorio.
- * Si está tomando inductores del sueño, seguir el esquema de disminución progresiva de las dosis indicadas por el médico.
- * Evitar la ingestión excesiva de líquidos pasadas las 19 ó 20 horas.
- * Levantarse de la cama si no logra la conciliación del sueño, pasado 10 a 20 minutos de haber apagado la luz.
- * Evitar uso de bebidas y sustancias estimulantes (alcohol, bebidas tipo cola, tabaco, té cargado, entre otras).
- * Dejar un tiempo de reposo y relajación previo al acostarse.

Las medidas mencionadas son sólo algunas de las consideraciones a tomar en cuenta. La relajación e imaginación constituyen otros dos elementos en este manejo, pues las personas requieren un estado de mínima actividad física y mental y para favorecer el sueño.

La relajación ayuda a: identificar las zonas musculares de mayor tensión y a distinguir la sensación de tensión y la de relajación profunda.

La técnica de imaginación consiste en inducir imágenes mentales de lugares agradables para cada persona, donde se sientan bien y poco a poco llegar a transportarse mentalmente a dicho lugar, para lograr relajación e inducción del sueño.

Emil Coué, farmacéutico francés, precursor de la utilización del pensamiento para el tratamiento de los síntomas físicos, sostenía que el poder de la imaginación era superior al de la voluntad. Aunque es difícil, en algunos casos conseguir un estado de relajación, se puede fácilmente imaginar que tal estado existe y lograr que se extienda por todo el cuerpo (9).

Entonces, resulta importante ser constante en la práctica de éstas técnicas y tener un alto nivel de convencimiento y «creer que se logrará».

Algunas personas desconocen lo que sucede al dormir, y por ello se plantea dentro del programa abordar aspectos del área cognoscitiva enfocando las características de las etapas del dormir, ya que éste desconocimiento hace más difícil la toma de conciencia y una adherencia al cambio del estilo de vida.

De aquí en adelante entra a un período de práctica variable de persona a persona, donde incorporan los cambios en su rutina y los practican.

La evaluación se realiza constantemente para estructurar los cambios pertinentes y así alcanzar la meta : «Lograr un buen grado de satisfacción de la necesidad de sueño».

Finalmente se aplica una escala de autoapreciación para determinar los logros. La escala consta de 13 ítems con 3 alternativas de respuesta cada una y contempla un máximo de 39 puntos. Las personas que obtienen menos de 31 puntos requieren una reevaluación y reformulación del programa.

Dada la importancia y magnitud del problema el 23 de agosto de 1990, se abrió al público el «Policlínico de trastornos del sueño» en el Centro de Diagnóstico de esta Universidad (CEDIUC), creado y puesto en marcha por un médico y una enfermera de la Facultad de Medicina. A él acuden personas con diversos problemas de sueño, que son abordados desde la perspectiva anteriormente expuesta. En estos momentos se realiza un seguimiento para estudiar el logro de las metas individuales como así también del grupo atendido. Próximamente se darán a conocer sus resultados.

Bibliografía

1. ANGUERA De Soyo; «Medicina Psicosomática» Ed. Doyma Barcelona España, 1988, pp. 159 - 163.
2. CARTER, D. ; «I Need of a good night's sleep». Nursing times 81 (46): 25 -6, Nov., 13 - 19, 1985.
3. DUGAS Witter B; «Tratado de Enfermería Práctica». Nueva Ed. Interamericana, S.A. de C.V. 4a. Ed. México, 1986 pp. 425 - 433
4. MASALAN A.; GODOY J. «Trastornos de Sueño en un Policlínico de Medicina Interna». III Congreso Chileno de Ciencias. Neurológicas y Psiquiátrica. Año 1991.

5. MASALANA; GODOY J; «Satisfacción de la Necesidad de Sueño en Consultantes y no Consultantes a un Servicio de Medicina Interna». XI Jornadas Chilenas de Salud Pública. Resumen en Actas de las Jornadas 1991.
6. Medicine «Tratado de Medicina Interna» 5a. Edición Septiembre, 1990. Psiquiatría I. pp. 44
7. PADERSEN, D., et. al. : «Estilos de vida y salud». Programa regional de apoyo al desarrollo de la salud Materno Infantil OPS/FWKK, octubre 1985.
8. PAWHCKI RE, HERTKEMPER T. «Manejo conductual del Insomnio». Journal of Psychosocial Nursing of mental health Services 23(7) 14-17, 1985.
9. ROBBINS E., DAVIS M., et als. «Técnicas de autocontrol emocional». Ed. Martínez Roca. 1985.

Anexo 1
El dormir autoevaluación
Masalán A, Patricia E.M.⁽¹⁾

La presente pauta tiene por objeto evaluar su rutina diaria frente al sueño para poder encontrar las soluciones a su problema del dormir. Conteste día a día en la mañana durante 2 semanas, llenando en los espacios correspondientes con una cruz (X) o respondiendo a cada pregunta con un número de horas según corresponda.

Fecha	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Días	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L

1. El día de ayer fué para mí

- Bueno															
- Regular															
- Malo															

2. Hice ejercicio en el día

- SI															
- NO															

3. Durante el día tomé (Nº de veces)

- Té															
- Café															
- Coca-Cola															
- Mate															
- Alcohol															

4. Dormí siesta

- SI															
- NO															
- Nº de horas															

5. Comí el último alimento antes de acostarme a las (horas)

- Horas																			
---------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

6. Para dormir

- Tome medicamentos																			
- Tome alcohol																			
- Tome leche																			
- Fume																			
- Me relajé																			
- Hice ejercicios																			

7. En cama

- Trabajé																			
- Comí																			
- Leí																			
- Ví T.V.																			
- Escuché música																			
- Analice problemas																			

8. Me acosté a las

- Horas																			
---------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

9. Apagué la luz a las

- Horas																			
---------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

10. Me dormí a las

- Horas																			
---------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

11. Desperté en la noche

- Veces																			
---------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

12. Me desperté a las

- Horas																			
---------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

13. Me levanté a las

- Horas																			
---------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

14. Amanecí

- Cansado																			
- Descansado																			

15. Comentarios.

Mayor información
 Patricia Masalán Apip
 Vicuña Mackenna 4686
 Casilla 6177 Correo 22 Stgo. - Chile