

¡1250 LIBROS PARA LLEVAR EN SU BOLSILLO!

La velocidad, comodidad y movilidad son suyas. El e-GO! Library Español es una forma innovadora para tener y mantener un suministro fresco y abundante de grandes títulos. Es el mejor entretenimiento y fácil de obtener. El e-GO! Library Español es una unidad flash de memoria USB que pone a miles de los mejores libros de la actualidad su bolsillo!

Cargue su Kindle, iPad, Nook, o cualquier dispositivo con una variedad de ficción y no ficción. En su tiempo libre, elija entre sus temas, títulos y autores independientes favoritos y categorías como: romance, ciencia ficción, misterios, finanzas, biografías, negocios y muchos más.

- ✓ **1,000 LIBROS** independientes más populares
- ✓ **BONO-** 250 títulos clásicos
- ✓ **CONTENIDO ÚNICO** / Autores independientes
- ✓ **LLAVE USB PRECARGADA** de 4GB

LOS MEJORES

1,000 LIBROS

+250 CLASICOS DE REGALO

e-GO!
Library *Español*

- ✓ Total portabilidad y conveniencia
- ✓ Más de 32 categorías precargadas
- ✓ No necesita internet
- ✓ Perfecto para leer mientras viaja



- ✓ **SIRVE CON TODOS** los lectores y dispositivos
- ✓ **IDEAL** para viajar
- ✓ **AHORRA** innumerables horas de Descargas
- ✓ **EL REGALO** Perfecto

VER MÁS



TRATAMIENTOS CONDUCTUALES PARA EL INSOMNIO EN EL ADULTO MAYOR

EDGAR SALGADO GARCÍA

RESUMEN

El aumento en la población de adultos mayores ha generado un interés por desarrollar técnicas de intervención psicológica para los trastornos de conducta asociados con el envejecimiento. Se estima que la mitad de las personas mayores de 60 años tienen, al menos, leves trastornos del sueño. Los síntomas más comunes consisten en la incapacidad para mantener el sueño, con despertares frecuentes durante la noche y dificultades para conciliar el sueño. Se han desarrollado una serie de técnicas conductuales, tanto operantes como cognoscitivas, para tratar el insomnio en el adulto mayor. Este artículo presenta una revisión del proceso de evaluación e intervención conductual para el insomnio geriátrico, junto con una breve discusión de su pertinencia y efectividad.

ABSTRACT

The increase in the elderly population has promoted an interest in developing psychological interventions for age-related behavioral disorders. Approximately half of the individuals age 60 and older experience, at least, mild sleep disturbance. The most common symptoms include an inability for maintaining sleep, with frequent wakings after sleep-onset. A number of behavioral interventions, based on both operant and cognitive principles, have been developed to treat insomnia in older adults. This article presents an overview of behavioral assessment and intervention procedures for geriatric insomnia, with a brief discussion of their applicability and effectiveness.

El rápido aumento en el número de adultos mayores en el mundo, sobre todo en los países más desarrollados, ha generado un cambio importante en los enfoques científicos actuales. Las profesiones de servicios humanos se enfrentan al reto de diseñar programas eficaces para atender la demanda de este segmento de la población. La medicina intenta descifrar los mecanismos del envejecimiento, así como de las diversas enfermedades que afectan al adulto mayor. En el campo de las ciencias sociales, y en especial de la psicología, los esfuerzos se orientan hacia el estudio de los factores psicosociales que influyen en los procesos de adaptación del adulto mayor, considerando los cambios por los que atraviesa en el proceso de envejecer.

En el campo de la terapia de la conducta, desde algunas décadas atrás, los autores Cautela y Mansfield (1977), así como Hussian (1981), enfatizaban ya la importancia de desarrollar aplicaciones conductuales específicas para la población de la Tercera Edad. En 1986, se celebró en la Universidad de Chicago el primer congreso sobre "gerontología conductual" (Carstensen, 1988). En general, ha habido un creciente interés por el estudio de los factores conductuales y psicofisiológicos del envejecimiento, lo cual ha dado lugar a una serie de técnicas que se han aplicado con éxito al tratamiento de problemas específicos.

Es importante notar que, aunque el envejecimiento se asocia con el deterioro del funcionamiento fisiológico y psicológico, existen muchos estereotipos en esta concepción. Es común atribuir la



enfermedad o la discapacidad al "curso normal" del envejecimiento. No obstante, esta visión ha sido cuestionada desde hace ya varios años (Williams, 1989; 1991). Rowe y Kahn (1987) propusieron la noción del "envejecimiento exitoso", para referirse al hecho de que el envejecimiento puede darse independientemente de un proceso patológico inevitable. Carstensen (1988) cita ejemplos de intervenciones conductuales que han tenido éxito en el tratamiento de problemas cognoscitivo-conductuales en personas mayores, con lo cual cuestiona la creencia de que los cambios asociados con el envejecimiento son irreversibles.

Se considera, no obstante, que una serie de enfermedades están relacionadas con el envejecimiento, en el sentido de que tienen una mayor probabilidad de desarrollarse conforme el individuo envejece. Algunas de estas son la enfermedad cardíaca, ciertos tipos de cáncer, así como la artritis. Los trastornos del sueño se cuentan entre los problemas más frecuentes en la población mayor. Entre ellos encontramos la apnea del sueño, los movimientos periódicos de las piernas, así como el avance fásico del ciclo de sueño-vigilia, lo cual da como resultado el insomnio (Bliwise, 1997).

Los estudios epidemiológicos en los Estados Unidos han revelado que aproximadamente del 10% al 15% de la población adulta sufre de insomnio (Morin, Culbert, y Schwartz, 1994). Entre tanto, en los adultos mayores de 65 años este porcentaje se eleva hasta el 40% ó 50% (Ancoli-Israel, 1997). Esto puede deberse a muchos factores, entre los cuales encontramos los cambios neurológicos normales asociados con el envejecimiento, así como variables psicosociales tales como los cambios en las rutinas diarias, la falta de apoyo social, la depresión y otros (Bootzin y Engle-Friedman, 1987). Vale la pena notar que algunos de estos cambios pueden deberse a factores patológicos, no necesariamente asociados con el "envejecimiento normal".

En lo que al sueño respecta, la queja más común de la persona mayor es la dificultad para mantener el sueño. Es común el levantarse frecuentemente durante la noche y después tener problemas para conciliar el sueño. Los estudios norteamericanos indican que aproximadamente el 65% de los individuos mayores de 60 años experimentan, al menos, leves dificultades en este sentido (Bliwise, 1997). En otros estudios (Pollack, Perlick, Linsner, Wenston, y Hsieh, 1990), se ha encontrado que la presencia de trastornos del sueño es un fuerte predictor de que la persona mayor sea admitida a un hogar de ancianos e incluso de un riesgo mayor de mortalidad.

Teniendo en cuenta lo anterior, en el presente artículo se discutirá la importancia de una serie de técnicas conductuales diseñadas para el tratamiento del insomnio en el adulto mayor. Estas formas de terapia pueden utilizarlas diferentes profesionales de la salud, así como familiares y cuidadores de personas mayores, bajo la instrucción y supervisión adecuada. Por lo tanto; se convierten en herramientas valiosas para ofrecer una mayor calidad de vida al adulto mayor, desde una perspectiva científica, de bajo costo y efectiva.

Características Clínicas del Insomnio en la Persona Mayor

El insomnio consiste en una serie de problemas relacionados con el proceso del sueño. La disrupción del sueño se puede dar de varias maneras, tales como dificultad para iniciar el sueño, despertares frecuentes o prolongados, levantarse demasiado temprano en la mañana con dificultades para volverse a dormir, así como el reporte subjetivo de una cantidad o calidad de sueño insatisfactoria (Bootzin, Engle-Friedman, y Hazelwood, 1983). La Clasificación Internacional de los Trastornos del Sueño (American Sleep Disorders Association, 1990) ha publicado una lista de los diferentes tipos de insomnio, basada en las posibles causas de cada uno.

Está
prof

Inte
car:
adu
difi
frec
son
sint
la
noc
esti
60:

Los
de s
ma:
(Mc
obt
Licl
jóv
difi
adu
ma
tien
este
inte
mu
elec
Bru

Las
rela
sob
que
can
dist
pati
con
doc
199
las



Esta publicación puede consultarse para mayor profundización en el tema.

Interesa en este momento considerar cuáles son las características más importantes del insomnio en el adulto mayor. Entre los síntomas destacan la dificultad para mantener el sueño, los despertares frecuentes y demasiado tempranos, así como la somnolencia diurna (Ancoli-Israel, 1997). El síntoma más prominente consiste en un aumento en la frecuencia y la duración de los despertares nocturnos (Bootzin y Engle-Friedman, 1987). Se estima que hasta el 65% de las personas mayores de 60 años presentan este síntoma (Bliwise, 1997).

Los despertares nocturnos, más que la cantidad total de sueño que reporta el individuo, se asocian con una mayor insatisfacción en relación con el sueño (Moran, Thompson, y Nies, 1988). Los datos obtenidos por diferentes investigaciones (ver Lichstein y Riedel, 1994) sugieren que los adultos jóvenes experimentan con mayor frecuencia dificultades para iniciar el sueño, mientras que los adultos mayores presentan problemas con el mantenimiento del sueño. Las mujeres mayores tienden a reportar mayores dificultades subjetivas en este sentido que los varones. Sin embargo, es interesante notar que son los varones quienes muestran mayores perturbaciones en los procesos electrofisiológicos medidos objetivamente (Van Brunt, Riedel, y Lichstein, 1996).

Las causas del insomnio en el adulto mayor se relacionan con diversos factores. Entre ellas, sobresalen los cambios en los ciclos de sueño-vigilia que se observan en el proceso de envejecimiento. Los cambios en la "arquitectura del sueño" (la distribución de las diferentes etapas según los patrones de actividad eléctrica al dormir) asociados con el envejecimiento han sido ampliamente documentados (Miles y Dement, 1980; Bliwise, 1993). El adulto mayor sufre de una disminución de las etapas más profundas del sueño (fases 3 y 4 de

ondas lentas); al mismo tiempo, aumentan los períodos de las fases de sueño ligero, en donde es más probable que la persona se despierte ante la influencia de un estímulo externo (Karacan y Williams, 1983).

La eficiencia del sueño es una de las variables que cambia en el adulto mayor. Esto quiere decir que la persona pasa mucho tiempo en la cama, aunque el porcentaje de dicho período en que el individuo duerme es cada vez más bajo. Otras causas pueden clasificarse como anormales o patológicas, tales como la presencia de depresión, ansiedad, trastornos psiquiátricos, así como la Enfermedad de Alzheimer. Esta última afecta considerablemente la calidad del sueño en la persona mayor (Bliwise, 1997).

Evaluación Conductual del Insomnio en el Adulto Mayor

La evaluación de los trastornos del sueño es una tarea compleja, que incluye aspectos conductuales, fisiológicos, psiquiátricos, psicológicos y médicos (Bootzin et al., 1983). Algunos trastornos tales como la apnea del sueño se pueden diagnosticar con precisión solamente mediante la polisomnografía (el uso de aparatos de registro de la actividad fisiológica durante el sueño). Otros factores que pueden contribuir a los trastornos del sueño se pueden explorar mediante entrevistas, inventarios y "diarios de sueño".

Desde un punto de vista conductual, es útil conceptualizar el sueño como una conducta compleja, compuesta de diferentes modalidades o canales. Poppen (1998) propone cuatro canales básicos: Motor, verbal, observacional y visceral. En este sentido, la evaluación conductual se centra en cada uno de estos aspectos de forma particular. La modalidad motora se relaciona con las actividades de la persona antes y durante el sueño, sus movimientos y posturas. El canal verbal se asocia con las auto-verbalizaciones o cogniciones que tiene la persona,



sus creencias y expectativas acerca del dormir. Los factores observacionales tienen relación con la atención a los estímulos externos e internos que pueden interferir con la conducta de dormir. Finalmente, en el aspecto visceral, se consideran las variables psicofisiológicas, tales como la actividad cerebral durante el sueño.

Cada uno de estos canales requiere de instrumentos específicos de diagnóstico. En el plano verbal y observacional, se utiliza la entrevista conductual, las escalas, inventarios y cuestionarios, así como el auto-monitoreo de conducta en la forma de "diarios de sueño". Los canales motor y visceral se pueden evaluar mediante la observación directa (aunque no siempre es factible) y la polisomnografía, utilizando instrumentos de registro electrofisiológico.

La fase de evaluación conductual se inicia con una entrevista. Espie (1991), Morin (1993) y Spielman (1986) han desarrollado estrategias de entrevista conductual específicamente dirigidas a la persona con insomnio. Todas ellas consideran aspectos como el estado actual (la naturaleza y características de la conducta), los factores históricos (antecedentes psicológicos, interpersonales, médicos y psiquiátricos) y los factores actuales que contribuyen al insomnio (posible uso de medicamentos, alcohol, cafeína; también los hábitos de ejercicio y las reacciones emocionales ante el insomnio).

El diario de sueño es el instrumento de diagnóstico más utilizado en la práctica clínica. El diario consiste en un cuestionario que la persona contesta cada mañana al levantarse. Los diarios deben contestarse durante al menos una semana e idealmente por dos semanas (Kupfer y Reynolds, 1997). Un diario de sueño típico incluye preguntas acerca de la hora en que la persona se fue a la cama, cuándo abandonó la cama, número y duración de despertares nocturnos, hora del despertar final, número y duración de siestas durante el día, reporte subjetivo acerca de la calidad del sueño, somnolencia diurna, así como el uso de

medicamentos, alcohol y otras sustancias (Bootzin et al., 1983; Lichstein y Riedel, 1994).

Ya que el diario de sueño es en sí mismo un tipo de auto-registro de conducta, está sujeto a los aspectos de reactividad de la conducta (cambiar la conducta por el simple hecho de prestarle atención) y otras inexactitudes. No obstante, se ha encontrado que el auto-registro del sueño en personas con insomnio se correlaciona con las mediciones polisomnográficas (Van Brunt et al., 1996). Además, tiene ventajas sobre otros procedimientos más invasivos (tales como la polisomnografía), es económico y fácil de utilizar. En todo caso, tal como lo afirman Bootzin y Engle-Friedman (1981), la prueba última de que un método es efectivo reside en los beneficios que experimenta la persona en su cama al dormir.

En cuanto a los inventarios y cuestionarios, existe una diversidad de instrumentos destinados a medir variables tales como las cogniciones disfuncionales acerca del sueño (creencias y expectativas irracionales), hábitos relacionados con el dormir, así como los conocimientos y puesta en práctica de la "higiene del sueño" (Lacks y Rotert, 1986). Aún cuando los cuestionarios no se correlacionan tan fuertemente con los diarios y otras medidas objetivas, son importantes porque brindan información acerca de la experiencia subjetiva de la persona. Es precisamente la percepción que tiene la persona de su conducta de dormir la que le motiva a buscar ayuda profesional (Bootzin et al., 1983).

Finalmente, otros instrumentos tales como inventarios psicológicos y entrevistas estructuradas pueden utilizarse con el fin de detectar posibles psicopatologías asociadas con el insomnio. Algunos ejemplos de instrumentos psicológicos administrados con frecuencia son la Escala de Ansiedad Manifiesta, el Inventario de Depresión de Beck, así como escalas de estrés que contribuyan a detectar eventos vitales estresantes en el pasado reciente.

La]

Las
inso
psic
incl
pro]
Mor
apli
adu
suj
se b
los
can
Mor
per:
(Mc

El t
la
(hij
con
geri
(Fri
Mor

Ste
con
unz
el d
acti
circ
irse
per
que
oca
circ
así
esti

Cor
del
int



La Fase de Intervención Conductual

Las aplicaciones de la terapia de la conducta al insomnio se encuentran entre las primeras técnicas psicológicas para desórdenes médicos, anticipándose incluso al surgimiento de la medicina conductual propiamente dicha (Lichstein y Riedel, 1994; Montgomery, Perkin, y Wise, 1975). Estas técnicas se aplicaron inicialmente a adultos jóvenes; incluso, los adultos mayores eran excluidos de las muestras de sujetos, al considerarse que por su avanzada edad no se beneficiarían de los tratamientos. Lastimosamente, los estereotipos sobre la irreversibilidad de los cambios del envejecimiento persiste todavía (Lacks y Morin, 1992) y los síntomas de insomnio en las personas mayores son muchas veces desestimados (Morin y Gramling, 1989).

El tratamiento más utilizado en el ámbito médico es la prescripción de medicamentos para dormir (hipnóticos). Sin embargo, la investigación clínica con personas mayores ha revelado que el insomnio geriátrico es tratable con intervenciones conductuales (Friedman, Bliwise, Yesavage, y Salom, 1991; Lacks y Morin, 1992).

Stevenson y Winston (1991) describen cinco condiciones necesarias para un sueño adecuado: (a) una asociación positiva entre el dormitorio, la cama y el dormir, (b) la capacidad para relajarse y reducir la activación cognoscitiva y somática, (c) un ciclo circadiano estable de vigilia-sueño, (d) somnolencia al irse a la cama, y (e) minimización de los estímulos perturbadores externos e internos. Se ha encontrado que las personas mayores tienen, en muchas ocasiones, intrusiones cognoscitivas, ciclos circadianos fragmentados, rutinas diarias irregulares, así como una mayor vulnerabilidad a la influencia de estímulos externos (Bootzin y Engle-Friedman, 1987).

Con el fin de abordar estas problemáticas específicas del adulto mayor, se han diseñado una serie de intervenciones conductuales y cognoscitivas

tendientes a brindarle al cliente las habilidades necesarias para afrontar el insomnio y sus consecuencias. A continuación se presentará una descripción de cada una de ellas.

Control de estímulos. El control de estímulos es un principio básico del análisis conductual. Se refiere a la influencia de un estímulo antecedente sobre la probabilidad de ocurrencia de una respuesta (Sulzer-Azaroff y Mayer, 1991). Por ejemplo, si una persona se acuesta en su cama, pero se mantiene despierta por largo tiempo sin poder iniciar el sueño, entonces el dormitorio, la cama y la rutina de conductas asociadas con el acto de irse a la cama pueden convertirse en antecedentes para una conducta de activación e incluso ansiedad (Van Brunt et al., 1996).

Bootzin (1972) introdujo el entrenamiento en control de estímulos como tratamiento para el insomnio. Esta técnica se basa en el supuesto de que, para las personas con insomnio, el dormitorio se ha convertido en un estímulo discriminativo ineficaz para la conducta de dormir (Lichstein y Riedel, 1994). Por lo tanto, esta técnica tiene como propósito establecer el dormitorio como un estímulo discriminativo para dormir (Bootzin, 1972). Esto se logra mediante una serie de pasos, descritos con mayor extensión por Bootzin, Epstein, y Wood (1991): (a) irse a la cama sólo cuando se tenga sueño, (b) no utilizar la cama o el dormitorio para ninguna otra actividad excepto dormir, (c) si no se inicia el sueño dentro de 10 minutos (puede ser más), abandonar la cama y realizar alguna actividad en otro cuarto, e irse de nuevo al dormitorio cuando se sienta somnoliento, (d) si no se inicia el sueño rápidamente después de haber regresado a la cama, se debe repetir la instrucción (c), (e) utilizar el reloj de alarma para levantarse todos los días a la misma hora, independientemente de la cantidad de sueño obtenida, (f) no hacer siestas durante el día.

Con adultos mayores, Hoelscher y Edinger (1988) utilizaron una versión modificada de la técnica, en



donde el tiempo que la persona debía esperar antes de salir del dormitorio podía extenderse hasta 20 ó 30 minutos. Si bien este procedimiento se ha utilizado tradicionalmente para tratar el insomnio inicial, puede perfectamente adaptarse para los problemas de despertares nocturnos (insomnio de mantenimiento). Se asume que esta técnica ayuda no sólo a asociar los estímulos del dormitorio con la conducta de dormir, sino también a establecer un ciclo regular de vigilia-sueño (Morin y Rapp, 1987).

Contracontrol. Esta técnica fue desarrollada por Zwart y Lisman (1979) y consiste en una modificación del entrenamiento de control de estímulos. A diferencia de éste, a la persona no se le dice que abandone la cama si no puede dormirse. Más bien, se le pide realizar una actividad relajante, incluso monótona, como por ejemplo leer algo aburrido mientras está en la cama. La efectividad de esta modalidad de tratamiento ha sido reportada por Davies, Lacks, Storandt, y Bertelson (1986).

Restricción del sueño. También denominada terapia de restricción de sueño (TRS). Esta técnica consiste en limitar el tiempo total que la persona se mantiene en la cama. Al restringir el tiempo en la cama, la TRS induce una ligera privación de sueño que, se supone, produce una mayor somnolencia la noche siguiente, con lo cual la persona puede iniciar el sueño más rápidamente. Spielman, Saskin, y Thorpy (1987), creadores de esta técnica, consideran que el insomnio se relaciona con un tiempo excesivo en la cama. Estos autores proponen que las personas con insomnio pasan mucho tiempo en la cama sin poder dormir, con lo cual se produce frustración y ansiedad, llevando esta situación a un círculo vicioso.

Los objetivos de la TRS son dos: (a) eliminar la excesiva preocupación acerca de dormirse, y (b) crear un estado inicial de privación de sueño, lo cual a su vez lleva a un sueño más regular y satisfactorio. En la TRS, los individuos contestan un diario de sueño durante dos semanas (línea base), cuyos datos utiliza

el terapeuta para calcular el promedio total de sueño subjetivo (PTSS). Seguidamente, el tiempo que se le permite a la persona estar en la cama se restringe al PTSS. Independientemente del PTSS, a ningún sujeto se le prescribe menos de 4 horas y media de tiempo en la cama (TC). A la persona se le prohíbe dormir siestas o acostarse durante el día, a lo largo de todo el tratamiento.

Los sujetos eligen una hora fija para irse a la cama y para levantarse. Por ejemplo, a una persona que se le prescriben 6 horas de TC puede escoger un horario de 11:00 p.m. a 5:00 a.m., o de 1:00 a.m. a 7:00 a.m., por ejemplo. Durante el tratamiento, los clientes reportan al terapeuta diariamente la hora a la que se acostaron, la hora a la que se levantaron, así como su estimado subjetivo del tiempo que durmieron. Si la eficiencia del sueño (PTSS dividido por TC) es mayor al 90% durante 5 días consecutivos, entonces el TC se aumenta, diciéndole a la persona que puede acostarse 15 minutos más temprano. Esta secuencia se repite, de forma que conforme la persona alcanza una eficiencia del sueño mayor al 90% durante 5 días, se le sigue aumentando paulatinamente el tiempo, dejándole acostarse cada vez más temprano.

Con pacientes geriátricos, Glovinsky y Spielman (1991) recomiendan bajar un poco el criterio, de un 90% a un 85% de eficiencia del sueño. Otras adaptaciones para personas mayores incluyen empezar con el mínimo TC de 4 horas y media, aumentándolo semanalmente hasta que el TC llegue a 7 horas. Esta técnica ha sido la intervención más utilizada para tratar el insomnio geriátrico, ya que ha dado excelentes resultados (Lichstein y Riedel, 1994).

Higiene del sueño. La "higiene del sueño" se refiere a un conjunto de conductas y factores ambientales que afectan el sueño (Van Brunt et al., 1996). Algunos ejemplos son el ejercicio, la dieta, las siestas y los horarios de sueño-vigilia. La higiene del sueño no es en sí misma una técnica terapéutica, sino más bien una serie de recomendaciones generales que

for
el i
La:
asj
ha
fisi
la
qu
ya
su
ej
ac
Se
no
en
Br
lin
co
En
(1
m
rel
de
in:
hi
19
La
te:
ni
a
re
af
fr
su
Al
cc
u:
a



forman parte de la mayoría de los tratamientos para el insomnio.

Las instrucciones de higiene del sueño incluyen aspectos como limitar el consumo de cafeína, no hacer siestas durante el día, aumentar la actividad física, así como mantener un horario fijo para irse a la cama y levantarse. Es importante, en este sentido, que la persona mayor establezca rutinas consistentes, ya que muchos de ellos carecen de una estructura en sus actividades cotidianas. Esto se asocia, por ejemplo, con el hecho de estar jubilado, la falta de actividades y un limitado contacto social.

Se ha encontrado que la nocturia (orinar durante la noche) es una causa común del despertar nocturno en las personas mayores (Libman, Creti, Amsel, Brender, y Fichten, 1997). Por lo tanto, es importante limitar la cantidad de líquidos que la persona consume antes de irse a la cama.

Entrenamiento en relajación. Edmund Jacobson (1938), el iniciador de la técnica de relajación muscular progresiva, fue el primero en utilizar la relajación para tratar el insomnio. Diversas técnicas de relajación se han utilizado en el tratamiento del insomnio, tales como la relajación progresiva, hipnótica, autogénica y meditacional (Borkovec, 1982).

La relajación contribuye a alcanzar niveles bajos de tensión muscular, lo cual ayuda a su vez a reducir los niveles de activación fisiológica. Además de brindarle a la persona una forma de inducir el sueño, la relajación se constituye en una estrategia de afrontamiento para el estrés, el cual se asocia frecuentemente con la incapacidad para conciliar el sueño (Bootzin y Engle-Friedman, 1987).

Algunos autores, como Lichstein y Riedel (1994), consideran que el método de relajación que debe usarse con las personas mayores debe estar adecuado a sus circunstancias. Por ejemplo, se ha encontrado

que la relajación progresiva, al incluir la tensión y relajación de los músculos, puede agravar el dolor artrítico en las personas mayores. Por lo tanto, se puede recurrir a técnicas que no incluyan la tensión inicial de los músculos. Una excelente alternativa es el entrenamiento de relajación conductual (ERC) desarrollado por Poppen (1998). Este consiste en adoptar una serie de posturas, en donde las diferentes partes del cuerpo se relajan, sin necesidad de tensar primero los músculos.

Lichstein y Johnson (1993) diseñaron una técnica de relajación especial para adultos mayores. Omitieron los ciclos de tensión-relajación de la relajación progresiva, e incluyeron ejercicios de respiración y la repetición de frases autogénicas. Esta técnica se denomina "relajación pasiva", en contraposición a la "relajación activa" del procedimiento de Jacobson. Borkovec (1982) sugiere que los ejercicios de visualización e imaginación guiada pueden producir resultados positivos en personas con insomnio.

Terapia cognoscitiva. Las intrusiones cognoscitivas, tales como preocupaciones, expectativas irrealistas, actitudes y creencias negativas o disfuncionales, juegan un papel importante en los trastornos del sueño (Lichstein y Fanning, 1990). Muchas personas mayores tienen expectativas irracionales sobre la cantidad de sueño que deberían experimentar. Algunos tienden a sentirse frustrados al no ser capaces de dormir tanto y tan satisfactoriamente como lo hacían durante su juventud. Esta experiencia puede influir en el desarrollo y mantenimiento del insomnio.

Los estudios de Libman et al. (1997) sugieren que la activación cognoscitiva constituye una variable esencial en la perpetuación del insomnio. La persona puede tener pensamientos de diversa naturaleza, tales como intentos de solucionar un problema, ruminaciones acerca de los eventos del día y preocupaciones sobre las consecuencias de no poder dormir lo suficiente. Morin, Stone, Trinkle, Mercer, y



Remsberg (1993) compararon a un grupo de personas mayores con insomnio con otro que no tenía insomnio y encontraron que los sujetos con insomnio reportaron creencias más negativas acerca del insomnio y expresaron mayor desesperanza e indefensión con respecto a su predictibilidad (por ejemplo, manifestaron temor de perder el control de su ciclo de sueño-vigilia).

La terapia cognoscitiva se basa en los métodos de reestructuración cognoscitiva desarrollados por Aaron Beck, Albert Ellis y Donald Meichenbaum (Morin, 1993). Estos consisten en la interacción verbal entre el cliente y el terapeuta, en donde éste último cuestiona las cogniciones del primero, en un intento de brindarle concepciones alternativas que reemplacen las cogniciones disfuncionales del cliente. La actividad cognoscitiva se infiere de la conducta verbal observable o a partir de instrumentos de auto-reporte (Libman et al., 1997). Desde un punto de vista estrictamente conductual, las cogniciones se consideran auto-verbalizaciones que toman la forma de una regla (por ejemplo, "si no duermo ocho horas esta noche, mañana me sentiré muy mal").

Algunas formas de relajación, como las técnicas de imaginación y meditación, se consideran intervenciones cognoscitivas en sí mismas (Morin y Azrin, 1988), ya que se centran en la reducción de la actividad cognoscitiva. Las intervenciones cognoscitivas son, por lo general, un componente esencial de los "paquetes de tratamiento" (Hoelscher y Edinger, 1988), incorporándose en lo que actualmente se denomina terapia cognoscitiva-conductual.

Tratamientos de componentes múltiples. Las aplicaciones más recientes de la tecnología conductual al tratamiento del insomnio en el adulto mayor han incorporado diferentes técnicas (Lacks y Morin, 1992). Estas adoptan dos o más de las técnicas que se han presentado hasta ahora. Por

ejemplo, Hoelscher y Edinger (1988) propusieron una terapia cognoscitiva-conductual para el insomnio geriátrico, la cual incluyó reestructuración cognoscitiva, entrenamiento en control de estímulos y restricción del sueño. Este "paquete" de técnicas ha dado buenos resultados y ha sido utilizado por otros investigadores, específicamente en el tratamiento del insomnio en personas mayores (Morin, Kowatch, Barry, y Walton, 1993).

En general, las intervenciones conductuales para el insomnio geriátrico incorporan instrucciones en higiene del sueño, algún tipo de apoyo emocional y educativo, así como restricción del sueño e instrucciones de control de estímulos, ya que estas son las técnicas que han resultado más exitosas en el tratamiento no solamente del insomnio de iniciación, sino también de los problemas de mantenimiento del sueño, tan comunes en el adulto mayor.

Conclusiones

Las causas del insomnio en la persona mayor son múltiples y complejas. Por lo tanto, es importante aumentar nuestros conocimientos en el campo psicológico y fisiológico con el fin de diseñar estrategias de intervención efectivas. Aunque existen cambios en los patrones de sueño relacionados con el envejecimiento, otras causas no-normativas pueden ser también causas de los trastornos del sueño en el adulto mayor. De acuerdo con los resultados obtenidos con los procedimientos aquí descritos, el insomnio geriátrico es una condición tratable mediante técnicas conductuales y cognoscitivas.

Debido a los efectos secundarios del uso prolongado de medicación hipnótica, las intervenciones conductuales prometen ser una alternativa importante a los tratamientos farmacológicos. Un estudio realizado por Hauri (1997) encontró que los resultados obtenidos con tratamientos conductuales pueden mantenerse perfectamente sin necesidad de medicamentos. Las intervenciones conductuales han

ayud
larg
med
Epp

Una
del
nort
suei
frag
vive
exp
(Jac

Las
me
psic
repa
de
disr
suei
lige
sub
Pre
poli
env

Sin
el
cori
Est
aun
per
los
mu
int
las
dife

Las
pro
pro
int



ayudado también a mejorar la calidad del sueño a lo largo de un programa de cese gradual de medicamentos (Riedel, Lichstein, Peterson, Epperson, Means, y Aguillard, 1998).

Una población específica que merece atención es la del adulto mayor institucionalizado. Los estudios norteamericanos han encontrado que los patrones de sueño de estas personas son mucho más erráticos y fragmentados que los de los adultos mayores que viven en sus hogares, al punto de no poder siquiera experimentar una sola hora de sueño continuo (Jacobs, Ancoli-Israel, Parker, y Kripke, 1989).

Las investigaciones actuales se están enfocando en los mecanismos conductuales, cognoscitivos y psicofisiológicos que interfieren con un sueño reparador en la persona mayor. Un estudio reciente de Riedel y Lichstein (1998) sugiere que la disminución de las fases 3 y 4 de ondas lentas o sueño profundo, así como el incremento en el "sueño ligero" o fase 1, se asocian con una sensación subjetiva de insatisfacción con el dormir. Precisamente, se sabe que estos cambios polisomnográficos están asociados con el envejecimiento.

Sin embargo, algunas de las quejas relacionadas con el insomnio en los adultos mayores no se correlacionan con las mediciones polisomnográficas. Esto se da especialmente entre las mujeres, pues aunque sus patrones de sueño muestran menos perturbaciones que los de los hombres, la mayoría de los síntomas de insomnio son reportados por mujeres. En este fenómeno, muy probablemente, intervienen factores relacionados con la socialización, las expectativas sociales y otras variables que inciden diferencialmente en la constitución del género.

Las restricciones de espacio no permiten una mayor profundización en las características y procedimientos específicos de cada estrategia de intervención. No obstante, se cumple el cometido del

ensayo si el lector se siente motivado a ir más allá de lo aquí expuesto. Las técnicas conductuales constituyen alternativas interesantes que pueden ser aplicadas en diversos contextos por profesionales que trabajan con la población geriátrica. Por su sistematicidad y simplicidad, pueden implementarse con ayuda profesional por familiares u otras personas que tienen bajo su cuidado a una persona mayor.

Finalmente, la investigación sobre este campo en nuestro país resulta necesaria, pues dada la alta esperanza de vida que ostenta la población, así como la no tan acelerada tasa de nacimientos, el grupo de mayor crecimiento, a la par de los países más desarrollados, es precisamente el de los adultos mayores. Con las intervenciones conductuales, la psicología cuenta con una herramienta fundamental para contribuir a forjar una vida digna para muchas personas mayores.

Referencias

- American Sleep Disorders Association. (1990). International classification of sleep disorders: Diagnostic and coding manual. *Diagnostic Classification Steering Committee*, Thorpy, M.J., Chairman. Rochester, MN: Author.
- Ancoli-Israel, S. (1997). Sleep problems in older adults: Putting myths to bed. *Geriatrics*, 52, 20-29.
- Bliwise, D.L. (1993). Sleep in normal aging and dementia. *Sleep*, 16, 40-81.
- Bliwise, D.L. (1997). Sleep and aging. En M.R. Pressman y W.C. Orr (Eds.), *Understanding sleep: The evaluation and treatment of sleep disorders*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Bootzin, R.R. (1972). Stimulus control treatment for insomnia. *Proceedings of the 80th Annual Convention of the American Psychological Association*, 7, 395-396.



Bootzin, R.R., y Engle-Friedman, M. (1981). *The assessment of insomnia. Behavioral Assessment*, 3, 107-126.

Bootzin, R.R., y Engle-Friedman, M. (1987). Sleep disturbances. En L.L. Carstensen y B.A. Edelstein (Eds.), *Handbook of clinical gerontology* (pp. 238-251). New York: Pergamon Press.

Bootzin, R.R., Engle-Friedman, M., y Hazelwood, L. (1983). Insomnia. En P.M. Lewinsohn y L. Teri (Eds.), *Clinical geropsychology: New directions in assessment and treatment* (pp. 81-115). New York: Pergamon Press.

Bootzin, R.R., Epstein, D., y Wood, J.M. (1991). Stimulus control instructions. En P.J. Hauri (Ed.), *Case studies in insomnia* (pp. 19-28). New York: Plenum Press.

Borkovec, T.D. (1982). Insomnia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50, 880-895.

Carstensen, L.L. (1988). The emerging field of behavioral gerontology. *Behavior Therapy*, 19, 259-281.

Cautela, J.R., y Mansfield, L. (1977). A behavioral approach to geriatrics. En W.D. Gentry (Ed.), *Geropsychology: A model of training and clinical service*. Cambridge, MA: Ballinger Publishing.

Davies, R., Lacks, P., Storandt, M., y Bertelson, A.D. (1986). Countercontrol treatment of sleep-maintenance insomnia in relation to age. *Psychology and Aging*, 1, 233-238.

Espie, C.A. (1991). *The psychological treatment of insomnia*. Chichester, Reino Unido: John Wiley.

Friedman, L., Bliwise, D.L., Yesavage, J.A., y Salom, S.R. (1991). A preliminary study comparing sleep restriction and relaxation treatments for insomnia in older adults. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 46, P1-P8.

Glovinsky, P.D., y Spielman, A.J. (1991). Sleep restriction therapy. En P.J. Hauri (Ed.), *Case studies in insomnia* (pp. 49-63). New York: Plenum Press.

Hauri, P.J. (1997). *Can we mix behavioral therapy with hypnotics when treating insomniacs? Sleep*, 20, 1111-1118.

Hoelscher, T.J., y Edinger, J.D. (1988). Treatment of sleep-maintenance insomnia in older adults: Sleep period reduction, sleep education, and modified stimulus control. *Psychology and Aging*, 3, 258-263.

Hussian, R.A. (1981). *Geriatric psychology: A behavioral perspective*. New York: Van Nostrand Reinhold.

Jacobs, D., Ancoli-Israel, S., Parker, L., y Kripke, D.F. (1989). Twenty-four hour sleep-wake patterns in a nursing home population. *Psychology and Aging*, 4, 352-356.

Jacobson, E. (1938). *Progressive relaxation*. Chicago: University of Chicago Press.

Karacan, I., y Williams, R.L. (1983). Sleep disorders in the elderly. *American Family Physician*, 27, 143-152.

Kupfer, D.J., y Reynolds, C.F. (1997). Management of insomnia. *The New England Journal of Medicine*, 336, 341-346.

Lacks, P., y Morin, C.M. (1992). Recent advances in the assessment and treatment of insomnia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 586-594.

Lacks, P., y Rotert, M. (1986). Knowledge and practice of sleep hygiene techniques in insomniacs and good sleepers. *Behaviour Research and Therapy*, 24, 365-368.

Libr
Fich
slee
The
Agi

Licl
ana
Meu

Licl
ins
wor

Licl
ass
an
The

Mil
Sle

Mo
of
Bel
93-

Mo
Sle
Psy

Mo
ass
Pre

Mo
co
Co.

Mc
No
m
Joi



- Libman, E., Creti, L., Amsel, R., Brender, W., y Fichten, C.S. (1997). What do older good and poor sleepers do during periods of nocturnal wakefulness? The Sleep Behaviors Scale: 60+. *Psychology and Aging*, 12, 170-182.
- Lichstein, K.L., y Fanning, J. (1990). *Cognitive anxiety in insomnia: An analogue test. Stress Medicine*, 6, 47-51.
- Lichstein, K.L., y Johnson, R.S. (1993). Relaxation for insomnia and hypnotic medication use in older women. *Psychology and Aging*, 8, 103-111.
- Lichstein, K.L., y Riedel, B.W. (1994). Behavioral assessment and treatment of insomnia: A review with an emphasis on clinical application. *Behavior Therapy*, 25, 659-688.
- Miles, L.E., y Dement, W.C. (1980). Sleep and aging. *Sleep*, 3, 1-120.
- Montgomery, I., Perkin, G., y Wise, D. (1975). A review of behavioral treatments for insomnia. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 6, 93-100.
- Moran, M.G., Thompson, T.L., y Nies, A.S. (1988). Sleep disorders in the elderly. *American Journal of Psychiatry*, 145, 1369-1378.
- Morin, C.M. (1993). *Insomnia: Psychological assessment and management*. New York: Guilford Press.
- Morin, C.M., y Azrin, N.H. (1988). Behavioral and cognitive treatments of geriatric insomnia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 748-753.
- Morin, C.M., Culbert, J.P., y Schwartz, S.M. (1994). Nonpharmacological interventions for insomnia: A meta-analysis of treatment efficacy. *American Journal of Psychiatry*, 151, 1172-1180.
- Morin, C.M., y Gramling, S.E. (1989). Sleep patterns and aging: A comparison of older adults with and without insomnia complaints. *Psychology and Aging*, 4, 290-294.
- Morin, C.M., Kowatch, R.A., Barry, T., y Walton, E. (1993). Cognitive-behavior therapy for late-life insomnia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 137-146.
- Morin, C.M., y Rapp, S.R. (1987). Behavioral management of geriatric insomnia. *Clinical Gerontologist*, 6, 15-23.
- Morin, C.M., Stone, J., Trinkle, D., Mercer, J., y Remsberg, S. (1993). Dysfunctional beliefs and attitudes about sleep among older adults with and without insomnia complaints. *Psychology and Aging*, 8, 463-467.
- Pollack, C.P., Perlick, D., Linsner, J.P., Wenston, J., y Hsieh, F. (1990). Sleep problems in the community elderly as predictors of death and nursing home placement. *Journal of Community Health*, 15, 123-135.
- Poppen, R. (1998). *Behavioral relaxation training and assessment*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Riedel, B.W., y Lichstein, K.L. (1994). Insomnia. En M. Hersen y R.T. Ammerman (Eds.), *Handbook of prescriptive treatments for adults* (pp. 369-392). New York: Plenum Press.
- Riedel, B.W., y Lichstein, K.L. (1998). Objective sleep measures and subjective sleep satisfaction: How do older adults with insomnia define a good night's sleep? *Psychology and Aging*, 13, 159-163.
- Riedel, B.W., Lichstein, K.L., Peterson, B.A., Epperson, M.T., Means, M.K., y Aguillard, R.N. (1998). A comparison of the efficacy of stimulus control for medicated and nonmedicated insomniacs. *Behavior Modification*, 22, 3-28.



Rowe, J.W., y Kahn, R.L. (1987). Human aging: Usual and successful. *Science*, 237, 143-149.

Spielman, A.J. (1986). Assessment of insomnia. *Clinical Psychology Review*, 6, 11-25.

Spielman, A.J., Saskin, P., y Thorpy, M.J. (1987). Treatment of chronic insomnia by restriction of time in bed. *Sleep*, 10, 45-56.

Sulzer-Azaroff, B., y Mayer, G.R. (1991). *Behavior analysis for lasting change*. Orlando, FL: Holt, Rinehart and Winston.

Van Brunt, D.L., Riedel, B.W., y Lichstein, K.L. (1996). Insomnia. En V.B. Van Hasselt y M. Hersen (Eds.), *Sourcebook of psychological treatment manuals for adult disorders* (pp. 539-566). New York: Plenum Press.

Williams, T.F. (1989). Current status of biomedical and behavioral research in aging. En S. Andreopoulos y J.R. Hogness (Eds.), *Health care for an aging society* (pp. 123-187). New York: Churchill Livingstone.

Williams, T.F. (1991). Health care trends for older people. *Biofeedback and Self-Regulation*, 16, 337-347.

Zwart, C.A., y Lisman, S.A. (1979). An analysis of stimulus control treatment of sleep-onset insomnia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 113-118.

CO

E. I

El t
que
"co
ind
ape
Esp
ord
las
rég
cor
ser
par
vál
"su
aisl
sin
per
cor
un:
ser
en

Re:
"st
cor
pa
y p
de
cor
cor
psi
psi

Este libro fue distribuido por cortesía de:



Para obtener tu propio acceso a lecturas y libros electrónicos ilimitados GRATIS hoy mismo, visita:

<http://espanol.Free-eBooks.net>

Comparte este libro con todos y cada uno de tus amigos de forma automática, mediante la selección de cualquiera de las opciones de abajo:



Para mostrar tu agradecimiento al autor y ayudar a otros para tener agradables experiencias de lectura y encontrar información valiosa, estaremos muy agradecidos si

["publicas un comentario para este libro aquí"](#)



INFORMACIÓN DE LOS DERECHOS DEL AUTOR

Free-eBooks.net respeta la propiedad intelectual de otros. Cuando los propietarios de los derechos de un libro envían su trabajo a Free-eBooks.net, nos están dando permiso para distribuir dicho material. A menos que se indique lo contrario en este libro, este permiso no se transmite a los demás. Por lo tanto, la redistribución de este libro sin el permiso del propietario de los derechos, puede constituir una infracción a las leyes de propiedad intelectual. Si usted cree que su trabajo se ha utilizado de una manera que constituya una violación a los derechos de autor, por favor, siga nuestras Recomendaciones y Procedimiento de Reclamos de Violación a Derechos de Autor como se ve en nuestras Condiciones de Servicio aquí:

<http://espanol.free-ebooks.net/tos.html>

¡1250 LIBROS PARA LLEVAR EN SU BOLSILLO!

La velocidad, comodidad y movilidad son suyas. El e-GO! Library Español es una forma innovadora para tener y mantener un suministro fresco y abundante de grandes títulos. Es el mejor entretenimiento y fácil de obtener. El e-GO! Library Español es una unidad flash de memoria USB que pone a miles de los mejores libros de la actualidad su bolsillo!

Cargue su Kindle, iPad, Nook, o cualquier dispositivo con una variedad de ficción y no ficción. En su tiempo libre, elija entre sus temas, títulos y autores independientes favoritos y categorías como: romance, ciencia ficción, misterios, finanzas, biografías, negocios y muchos más.

- ✓ **1,000 LIBROS** independientes más populares
- ✓ **BONO-** 250 títulos clásicos
- ✓ **CONTENIDO ÚNICO** / Autores independientes
- ✓ **LLAVE USB PRECARGADA** de 4GB

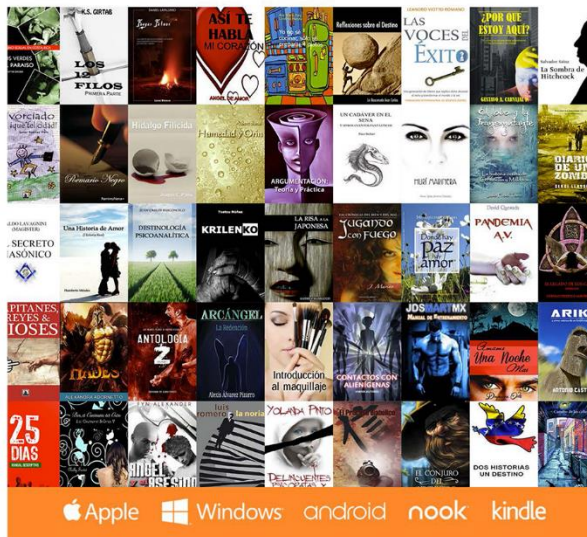
LOS MEJORES

1,000 LIBROS

+250 CLASICOS DE REGALO

e-GO!
Library *Español*

- ✓ Total portabilidad y conveniencia
- ✓ Más de 32 categorías precargadas
- ✓ No necesita internet
- ✓ Perfecto para leer mientras viaja



- ✓ **SIRVE CON TODOS** los lectores y dispositivos
- ✓ **IDEAL** para viajar
- ✓ **AHORRA** innumerables horas de Descargas
- ✓ **EL REGALO** Perfecto

VER MÁS