

**LA GENT GRAN I EL SON:
AMICS O ENEMICS**

La gent gran i el son: amics o enemics

Mónica de la Peña Bravo

Dormir és la cadena d'or que uneix la salut amb el cos.

Thomas Dekker (dramaturg)

Resum

El son és l'estat fisiològic que constitueix el període de descans, en què la consciència i la voluntat estan suspeses totalment o parcialment i les funcions orgàniques estan disminuïdes.

Mentre dormim el cos desenvolupa activitats importants per al seu funcionament. A més, la qualitat del son té un impacte en la salut física, mental i emocional, i comporta molts beneficis (ajuda a produir massa muscular, contribueix al creixement, incrementa la capacitat del sistema immunitari per combatre les infeccions, potencia la capacitat de concentració, d'aprenentatge i de memòria, millora l'estat d'ànim, augmenta l'esperança de vida).

La població de gent gran creix de forma ràpida a tot el món, i aquest creixement tindrà importants conseqüències sociosanitàries. El 50% dels més grans de 65 anys que viuen al seu domicili no està satisfet amb la qualitat del son, i un percentatge molt més gran dels ingressats en residències pateixen trastorns del son.

Les queixes sobre el son en l'ancià poden ser conseqüència d'un trastorn primari, com l'apnea del son, o bé ser secundàries a problemes mèdics o psiquiàtrics, politeràpia, factors psicosocials, etc. I a l'inrevés, quan els trastorns del son es fan crònics poden exacerbar els problemes mèdics o psiquiàtrics coexistents.

Els trastorns crònics del son solen associar-se amb somnolència diürna excessiva i poden conduir a alteracions cognitives i psicomotrius i propiciar un major risc d'accidents i una disminució de la qualitat de vida.

Resumen

El sueño es el estado fisiológico que constituye el período de descanso, en el que la conciencia y la voluntad están suspendidas total o parcialmente y las funciones orgánicas están disminuidas.

Mientras dormimos nuestro cuerpo desarrolla actividades importantes para su funcionamiento. Además, la calidad del sueño tiene un impacto en la salud física, mental y emocional, y conlleva muchos beneficios (ayuda a producir masa muscular, contribuye al crecimiento, incrementa la capacidad del sistema inmunitario para combatir las infecciones, potencia la capacidad de concentración, de aprendizaje y de memoria, mejora el estado de ánimo, aumenta la esperanza de vida).

La població de persones majors creix de forma ràpida en tot el món, i aquest creixement tindrà importants conseqüències socio sanitàries. El 50% de les majors de 65 anys que viuen en el seu domicili no està satisfet amb la qualitat del seu somni, i un percentatge molt més gran de les ingressades en residències pateixen trastorns del somni.

Les queixes del somni en l'ancià poden ser conseqüència d'un trastorn primari, com la apnea del somni, o bé ser secundàries a problemes mèdics o psiquiàtrics, politeràpia, factors psicosocials, etc. I a la inversa, quan els trastorns del somni es fan crònics poden exacerbar els problemes mèdics o psiquiàtrics coexistents.

Els trastorns crònics del somni solen associar-se amb somnolència diürna excessiva i poden conduir a alteracions cognitives i psicomotrius, propiciant un major risc d'accidents i una disminució de la qualitat de vida.

1. Coses importants que hem de saber respecte al son. Sabíeu que...

- Les persones passen un terç de la vida dormint.
- Tenir son durant el dia no sempre vol dir que no s'ha dormit prou durant la nit. La somnolència diürna també pot indicar la presència d'algun trastorn o problema de salut, com la síndrome d'apnea del son i la narcolèpsia.
- Els somnis es produeixen principalment durant el son de moviments oculars ràpids o son MOR, la major part del qual té lloc al final de la nit. Per això, com més tard ens despertem, més probabilitats tenim de recordar els somnis.
- Alguns experts suggereixen que els somnis representen la repetició dels esdeveniments del dia com un mecanisme fonamental en la formació de records, mentre que d'altres afirmen que el contingut dels somnis és simplement el resultat de l'activitat a l'atzar del cervell.
- El «son acumulat» no es pot recuperar.
- El son dels animals és molt semblant al dels humans, però hi ha algunes diferències. Els dofins, per exemple, necessiten mantenir un estat de consciència en tot moment, i això fa que, mentre dormen, una part del cervell romangui desperta.
- Tot i que el ronc és comú en els adults i habitualment no és motiu de preocupació, en alguns casos esdevé un signe d'apnea del son (vegeu la pestanya Trastorns del son).

- Seguir alguns consells com evitar l'alcohol i els medicaments que causen somnolència abans d'anar al llit, dormir de costat i perdre pes, en cas de tenir-ne excés, us ajudaran a reduir els roncs.

2. El son. Característiques

El son és un procés biològic complex que ajuda les persones a mantenir-se sanes. Es caracteritza pels canvis en l'activitat cerebral, la temperatura corporal, el ritme cardíac, la respiració i altres funcions fisiològiques.

La funció principal del son és **reparar l'organisme** a partir de:

- L'increment de l'activitat fisiològica. Mentre dormim augmenten certes activitats fisiològiques, com ara la reparació cel·lular i el creixement.
- La regulació de la temperatura corporal. El son controla la temperatura que l'organisme necessita en cada moment en funció dels processos que s'hi desenvolupen, com els metabòlics o els hormonal. D'aquesta manera contribueix a la conservació de l'energia.
- La reducció de l'activitat cardiovascular. Durant el son es redueix la freqüència cardíaca i la pressió arterial.
- El canvi dels patrons de la respiració. Durant el dia la respiració acostuma a ser irregular per la parla o la postura, entre d'altres factors, però durant l'etapa del son no-MOR el ritme respiratori disminueix i s'uniformitza.

El ritme vigília/son és un ritme circadiari. Els ritmes circadianis són ritmes biològics que controlen diverses funcions, incloent la temperatura corporal, la secreció hormonal endògena i el cicle vigília-son. En els mamífers, el sistema circadiari és una jerarquia en la qual el marcapassos principal és al nucli supraquiasmàtic (NSQ), compost per «cèl·lules rellotge», que coordina el funcionament d'oscil·ladors perifèrics.

El son es divideix en cicles que es repeteixen entre quatre i cinc vegades al llarg de la nit. Cada cicle està format per dos estats, que s'alternen cada 90 minuts:

- **Son sense moviments oculars ràpids (son no-MOR o son lent).** En aquest període augmenta el subministrament de sang als músculs, els teixits creixen i es reparen, es restaura l'energia i s'alliberen hormones importants per al creixement i el desenvolupament. Es divideix en tres fases, al llarg de les quals s'avança cap a un son més profund:

- **Fase 1.** Etapa intermèdia entre estar despert i adormir-se. Es pot entrar en un son superficial.
- **Fase 2.** Inici d'un son més profund. La respiració i el ritme cardíac són regulars, i la temperatura corporal disminueix.
- **Fase 3.** El son assoleix el màxim nivell de profunditat. La respiració s'alenteix, la pressió arterial disminueix i els músculs es relaxen. El cos allibera hormones.
- **Son de moviments oculars ràpids (son MOR).** El cervell està actiu i somia. El cos es manté immòbil, i la respiració i la freqüència cardíaca són irregulars. En aquesta fase predominen els processos de reparació cerebral (reorganització neuronal, consolidació i emmagatzematge de records). Al llarg de la nit augmenta la seva durada.

3. El son al llarg de la vida

No es pot precisar una quantitat exacta d'hores de son necessàries, ja que cada individu és diferent. El nombre recomanable d'hores en què s'ha de dormir cada dia en funció de l'edat de cada persona és:

- Nadons (0-3 mesos): es recomana que dormin entre 14 i 17 hores cada dia.
- Nadons (4-11 mesos): l'ideal és que dormin entre 12 i 15 hores.
- Nens entre 1 i 2 anys: han de dormir entre 11 i 14 hores.
- Nens en edat preescolar (3-5): l'adequat és que dormin entre 10 i 13 hores.
- Nens en edat escolar (6-13): el recomanable seria dormir entre 9 i 11 hores.
- Adolescents (14-17): l'ideal és dormir entre 8 i 10 hores.
- Adults joves (18-25): es recomana dormir entre 7 i 9 hores.
- Adults (26-64): l'estudi revela que l'ideal és dormir entre 7 i 9 hores.
- Més grans de 65 anys: l'ideal és descansar entre 7 i 8 hores al dia.

És important interioritzar el concepte que dormir bé no és el mateix que descansar moltes hores, i podem dir que, en general, és més important la qualitat del son que el nombre concret d'hores de son.

4. El son en la gent gran

El son de la gent gran es caracteritza per una disminució de l'habilitat per romandre adormits, fet que dona lloc a un augment de la fragmentació del son i a una disminució de l'alerta durant el dia. Hi ha també un avanç de fase, un escurçament del període de vigília-son i una desincronització dels ritmes circadianis. Els canvis en els ritmes circadianis s'associen a una disminució de la qualitat del son. Hi ha una marcada disminució del son profund d'ones lentes. Els fusos de son són menys freqüents, menys amplis i més curts. El son MOR és més uniforme durant la nit i no s'incrementa a mesura que transcorre el son. Els pics de secreció d'hormona de creixement i de melatonina apareixen disminuïts en la vellesa.

L'envelliment afecta totes les funcions del sistema nerviós, encara que no totes declinen simultàniament. Pareix que amb l'envelliment ocorren discretes pèrdues funcionals o estructurals, sense que necessàriament suposin implicacions clíniques evidents. Això explicaria l'absència d'un patró estable del son en l'envelliment i el fet que, mentre alguns subjectes sans d'edat avançada presenten alteracions valorables, altres no presenten cap tipus de trastorn.

Les funcions cerebrals, entre les quals es troba el son, presenten variacions al llarg de la vida de les persones sanes. En els ancians, igual que en els adults més joves, hi ha dormidors curts i també dormidors llargs, si bé és cert que la proporció dels primers augmenta amb l'edat.

El que es perd de forma més constant és la capacitat de recuperació del son. Els canvis que es produeixen en el son en relació amb l'edat són nombrosos i estan lligats a modificacions de l'estructura del son, del ritme circadiari vigília-son, de la temperatura corporal i dels nivells hormonals. De tots els canvis que es produeixen a partir dels 65-70 anys, potser el més conegut és la dificultat que presenten els ancians per mantenir la continuïtat del son al llarg de la nit. Els despertaments durant el son es fan cada vegada més freqüents i més prolongats, disminueix l'eficiència del son i té lloc, en el cas de despertaments de curta durada, un alleugeriment d'aquest. L'existència d'aquesta fragmentació del son en la gent gran fa que els períodes de vigília nocturns augmentin fins a ocupar entre el 12 i el 25 per cent del temps dedicat al son; per això, atès que en l'ancià disminueix la capacitat per dormir en major proporció que la necessitat de son, s'ha d'incrementar el nombre d'hores dedicades al son per obtenir un descans similar al que s'aconseguia amb menys hores quan era jove.

El son no-MOR profund s'afecta precoçment amb el pas dels anys. A partir dels quaranta anys disminueix progressivament la proporció de l'estadi 3, que pot arribar a desaparèixer totalment a partir dels setanta anys.

El son MOR es modifica poc amb l'edat, i la seva proporció es manté estable en els subjectes sans fins a edats molt avançades. El que es modifica és la seva distribució al llarg de la nit. El primer MOR apareix més precoçment que en subjectes més joves, probablement per la menor proporció de son lent profund en el primer cicle de son nocturn. Aquest canvi fa que els diferents cicles de son tinguin una durada molt similar. Una altra característica és que desapareix el seu increment al llarg de la nit, i el primer son MOR és més llarg que en els joves, sense diferències notables amb els corresponents als cicles posteriors. L'índex de moviments oculars està generalment disminuït en relació amb el que passa en les persones més joves. Així doncs, mentre que la proporció de son MOR es manté sense grans canvis en la gent gran, el que es modifica de manera important amb l'edat són els fenòmens fàscs que l'acompanyen, així com la seva organització temporal.

Una conseqüència de l'envelliment és la pèrdua del ritme circadiari vigília-son, amb la disminució de l'amplitud del ritme i una tendència cap a la desincronització interna d'aquest ritme. Això sembla que està relacionat amb la pèrdua neuronal que s'accentua amb l'edat, disminueix la secreció de melatonina i s'agreuja per la degeneració del nervi òptic o l'aparició de cataractes. Altres factors que poden influir en els trastorns del ritme circadiari són les freqüents alteracions visuals que es pateixen a aquesta edat, així com una il·luminació deficitària durant el dia, que també disminueix la secreció de melatonina. La disminució de l'activitat motora durant la vigília és també una altra causa d'alteració de la circadiaritat.

L'ancià perd la facultat de dormir de manera continuada durant la nit i, en incrementar-se l'edat, els despertaments nocturns es fan més llargs i més nombrosos. Aquesta desestructuració del son nocturn s'acompanya d'una dificultat per mantenir la vigília, que es veu interrompuda al llarg del dia per migdiades i capades cada vegada més freqüents, que repercuteixen sobre una major fragmentació de la son. Aquesta desestructuració no passa en totes les persones grans, i aproximadament una quarta part no fa cap migdiada durant el dia i una gran quantitat d'elles només en fa de forma esporàdica. Els períodes de somnolència diürna presenten característiques morfològiques pròpies.

5. Trastorns del son en la gent gran

Els trastorns del son poden estar causats per un trastorn primari del son, com l'apnea del son o la síndrome de cames inquietes, o bé ser secundaris a certs problemes mèdics, neurològics, psiquiàtrics, psicosocials i fins i tot iatrogènics. Els trastorns crònics del son en aquesta edat s'associen amb somnolència diürna, alteracions cognitives, confusió, psicomotricitat lenta i increment del risc de caigudes.

5.1. Insomni

L'insomni és una queixa habitual en la gent gran i pot presentar-se com una incapacitat per a l'inici o el manteniment del son o com un despertar precoç. Fins a un 40 per cent de les persones més grans de seixanta anys pateix insomni, despertaments freqüents i son interromput i lleuger. Les queixes del son s'associen amb símptomes respiratoris, depressius, físics i/o medicamentosos.

L'insomni és un símptoma, i la causa o les causes subjacent s'han d'investigar sempre. L'etiologia sol ser multifactorial: causes mèdiques (malaltia pulmonar obstructiva crònica, insuficiència cardíaca congestiva, càncer, processos que cursen amb dolor, pruíja o febre, menopausa, politeràpia, etc.), psiquiàtriques (depressió, ansietat), processos neurològics, alteracions del ritme circadiari, trastorns respiratoris i del moviment, factors psicosocials (jubilació, aïllament, solitud, dol, disminució de l'activitat física, etc.) i tòxics. A més, el consum crònic d'hipnòtics pot originar una sedació excessiva, confusió, deteriorament cognitiu i canvis de personalitat, símptomes anàlegs als de les demències que poden emmascarar el diagnòstic.

Els ancians poden, també, tenir un son interromput com a conseqüència de la ingesta d'alcohol, nicotina i cafeïna. Inicialment, l'alcohol disminueix la latència per iniciar el son i produeix una fragmentació d'aquest, amb una deprivació del son MOR i un rebot posterior a la nit. Amb l'edat, el metabolisme de l'alcohol es fa més lent i mostra un important efecte sedant. La cafeïna, com a estimulants, incrementa la latència del son i en disminueix l'eficiència. La supressió de la ingesta de cafeïna s'associa amb depressió, irritabilitat i hipersomnolència.

A l'hora d'establir el tractament es tindran en consideració els fets anteriors, tractant la causa primària. Sempre serà de gran utilitat promocionar una bona higiene del son, que de vegades per si sola millora l'insomni i fa innecessaris altres tractaments. Una de les pràctiques més eficaces d'higiene del son és aixecar-se a la mateixa hora cada dia, fet que ajuda a establir el sistema circadiari i regularitza no només el moment de despertar, sinó l'exposició inicial a la llum.

Quan es prescriuin fàrmacs, s'han de prescriure en la dosi efectiva més baixa i sempre per un curt període de temps, fins que siguin efectives altres intervencions psicoterapèutiques. Si és possible, són desitjables les dosis intermitents. El tractament farmacològic sol no és efectiu per tractar l'insomni crònic; s'ha d'acompanyar de normes d'higiene del son i, de vegades, de teràpies cognitivoconductuals. La teràpia de control d'estímuls, la de restricció de son i les tècniques de *biofeedback* i relaxació per reduir els nivells d'ansietat o d'estat d'alerta són també eficaces.

5.2. Trastorns respiratoris relacionats amb el son

La síndrome d'apnees del son (SAS) és el trastorn respiratori més freqüent en l'ancià, i disminueix la seva qualitat de vida en afectar negativament gairebé cada sistema orgànic. Amb l'edat, es produeixen canvis en la fisiologia respiratòria (disminueix la mida de la via aèria i la capacitat vital és menor). A més, s'observa una resposta ventilatòria més baixa a la hipercàpnia i hipoxèmia, causa de la disminució de l'habilitat per interpretar i integrar la informació perifèrica i central.

La SAS es caracteritza per episodis repetits d'obstrucció de la via aèria superior seguits de dessaturació d'oxigen. Els símptomes més importants inclouen ronc i apnees nocturnes, somnolència diürna i deteriorament cognitiu. La seva prevalença arriba al 4 per cent de les dones i a més del 13 per cent dels homes. La menopausa sembla que té un paper fonamental en la prevalença de la SAS femenina, a causa de la disfunció d'estrògens i progesterona i la diferent distribució de la massa corporal. No obstant això, la teràpia hormonal substitutòria redueix la prevalença a la meitat.

La somnolència diürna que presenten les persones grans amb SAS és conseqüència de la fragmentació del son pels repetits microdespertaments, mentre que les alteracions de la concentració i de la memòria són conseqüència de la hipoxèmia. Així, la SAS amb hipoxèmia causa dificultats per a la resolució de problemes complexos, per a l'atenció i per a la concentració, respecte dels casos sense hipoxèmia.

Alguns estudis han relacionat la SAS amb la depressió i el deteriorament neuropsicològic amb demència, assenyalant una prevalença major de síndrome d'apnea obstructiva del son (SAOS) en la malaltia d'Alzheimer. La sospita de SAOS es fonamenta en la clínica del pacient, les seves manifestacions diürnes (somnia, fatiga, sequedat de gola, etc.), nocturnes (ronc, apnees) i sistèmiques (hipertensió arterial, pulmonar, alteracions del ritme cardíac, etc.). A més, cal investigar altres situacions que incrementen la seva presència, com l'hipotiroïdisme, l'acromegàlia, l'obesitat, el coll curt, la micrognàtia o retrognàtia i malalties neurològiques que afecten la via aèria superior.

En els ancians, el diagnòstic es pot retardar, a causa del quadre clínic atípic que de vegades presenten, amb queixes que indueixen a error o s'atribueixen a l'edat. El diagnòstic es confirma per polisomnografia (PSG), encara que no hi ha dades normatives de l'índex d'apnees hipopnees (IAH) per a aquesta edat.

Un adequat tractament de la SAS ajuda a revertir les alteracions neurocognitives. El tractament conservador més acceptat és la pressió positiva contínua en les vies respiratòries (CPAP), i en la gent gran ha de considerar-se la primera opció terapèutica juntament amb mesures higienicodietètiques: pèrdua de pes, tractament postural

evitant el supí, reducció o supressió de tòxics com l'alcohol, la nicotina i depressors de l'SNC. La disminució de pes millora l'àrea transversal de la via aèria superior i es redueix l'IAH. Com a mesures instrumentals, hi ha el tractament amb CPAP; és el més utilitzat i efectiu, però és un tractament simptomàtic amb possibles efectes col·laterals (congestió nasal, claustrofòbia).

L'adaptació a la CPAP millora amb el suport familiar. Entre els dispositius intraorals, els d'avanç mandibular poden ser una alternativa a la mascareta nasal en els casos de claustrofòbia, encara de vegades poden originar una disfunció de l'articulació temporomandibular. Els tractaments quirúrgics inclouen la reconstrucció mandibular, l'avanç del genioglòs i la uvulopalatofaringoplàstia. La complexitat d'alguna d'aquestes operacions i els seus riscos les fan menys recomanables com a teràpia d'elecció a aquesta edat.

5.3. Moviments anormals relacionats amb el son

La síndrome de moviments periòdics de les cames (SMPC) es caracteritza per sacsejades periòdiques durant el son que tenen una durada de 0,5 a 5 segons i es repeteixen a intervals de 5 a 40 segons. La prevalença en la població general és del 5-6 per cent, i s'incrementa fins a un 40 per cent en les persones grans. No hi ha predomini de gènere.

La majoria dels casos són idiopàtics i altres s'associen a malalties (narcolèpsia, mielopaties, neuropaties, SAOS). La PSG permet objectivar els moviments periòdics mitjançant el registre de l'activitat muscular en els dos tibials anteriors.

Nombrosos pacients amb SMPC mostren una síndrome de cames inquietes (SCI), caracteritzada per sensacions desagradables, parestèsies i de vegades dolor a les extremitats inferiors (EI), al final de l'horabaixa o en arribar la nit, que s'alleugen amb el moviment. Incrementen la latència per iniciar el son i donen lloc a un insomni de conciliació i/o manteniment. La seva prevalença és major en la dona i augmenta amb l'edat. La majoria dels casos són idiopàtics, però n'hi ha casos familiars i altres d'associats a malalties (insuficiència renal, neuropaties, mielopaties, etc.). La SCI pot exacerbar-se en pacients amb artritis reumatoide i anèmia ferropènica o en els que ingereixen quantitats importants de cafeïna. La majoria dels pacients amb SCI tenen moviments periòdics a les EI durant la nit, però no tots els que tenen moviments diaris presenten una SCI.

El diagnòstic de la SCI és clínic, basat en criteris diagnòstics.

En el tractament de la SCI i la SMPC s'han utilitzat tractaments farmacològics. Els pacients amb clínica de SCI i deficiència de ferro milloren amb aportacions d'aquest metall.

5.4. Alteracions del ritme circadiari

L'envelliment comporta la debilitació, reducció de l'amplitud i desincronització dels ritmes circadiaris. Entre els possibles mecanismes causals trobem: alteracions a l'NSQ, disminució de l'amplitud del ritme circadiari de la melatonina, descens dels inputs a l'NSQ (per disfunció visual o auditiva o per aïllament social) i alteració dels mecanismes moleculars bàsics que generen la ritmicitat.

La síndrome d'avanç de fase circadiària del son (SAFCS) és el trastorn circadiari més freqüent en la gent gran. El son s'inicia aviat i la persona es desperta aviat al matí i és incapaç de reprendre el son. Si intenta retardar l'hora d'anar a dormir i no s'adorm, quan es desperta es produeix una privació de son per son insuficient. En el tractament es pot utilitzar llum brillant en les primeres hores de l'horabaixa, per retardar l'inici del son, i melatonina per reajustar l'inici del son mitjançant la sincronització del rellotge circadiari intern. L'ancià produeix menys melatonina i, en aquest sentit, s'ha demostrat que l'insomni i la disminució de l'eficiència del son mostraven una correlació amb els pics baixos de melatonina. La melatonina i la teràpia amb llum poden utilitzar-se soles o conjuntament.

5.5. Narcolèpsia

Es tracta d'un problema del sistema nerviós que provoca somnolència diürna extrema. Tot i que se'n desconeix la causa exacta, moltes de les persones afectades tenen nivells baixos d'orexina, una substància química produïda al cervell que ajuda a mantenir-se despert.

La narcolèpsia pot produir al·lucinacions en dormir o en despertar-se, episodis de paràlisi del son, en què el cos es manté immòbil durant uns quinze minuts en començar a adormir-se o despertar-se, i atacs de cataplexia. En aquests atacs, d'entre trenta segons i dos minuts de durada, es perd el control dels músculs, el cap cau endavant, la mandíbula baixa i els genolls es poden doblegar.

És un trastorn crònic i, per tant, el tractament es basa en el control dels símptomes. La millora dels hàbits d'higiene del son i alguns medicaments poden ajudar a mantenir-se despert durant el dia.

5.6. Parasòmnies

Les parasòmnies són trastorns episòdics durant el son que es manifesten per fenòmens motors i/o vegetatius associats a diferents graus de despertament.

Les parasòmnia associades al son no-MOR, el somnambulisme i els terrors nocturns són infreqüents en l'ancià, atès que és escàs el son lent profund. Són igualment infreqüents les parasòmnia associades al son MOR: els malsons i el trastorn del comportament associat al son MOR. En l'adult, els malsons solen ser d'origen psicopatològic, encara que el consum de certs fàrmacs els pot desencadenar.

El trastorn del comportament associat al son MOR és la parasòmia més freqüent en l'ancià amb patologia neurològica. Es caracteritza per un augment del to muscular durant el son MOR. Els pacients presenten una intensa activitat motora en la seqüència d'un somni. El trastorn es genera per una lesió al tronc cerebral i pot anar d'un simple moviment a moviments complexos, suggestius d'estar representant un somni, i pot comportar dany a un mateix o als altres. El tractament és eficaç en un 90 per cent dels pacients i és farmacològic.

6. El son i les malalties

Estudis científics demostren que la quantitat i la qualitat del son estan relacionades amb el risc de patir malalties o problemes de salut determinats:

- Dormir ajuda a regular els nivells de grelina i leptina, hormones responsables de les sensacions de fam i sacietat. Per tant, quan es dorm poc, es pot sentir la necessitat de menjar més, fet que pot provocar augment de pes i, com a conseqüència, excés de pes o obesitat.
- Generalment la pressió arterial disminueix mentre es dorm, però el son interromput pot afectar negativament aquest descens normal i comportar hipertensió i problemes cardiovasculars.
- La manca de son influeix en la capacitat del cos per processar la glucosa i, per tant, pot provocar l'aparició de diabetis.
- Les persones amb insomni tenen un risc deu vegades més gran de desenvolupar depressió en comparació amb la resta. Altres possibles conseqüències dels trastorns del son són l'ansietat i l'angoixa.
- El consum d'alcohol i drogues és més freqüent en les persones que dormen malament, atès que els utilitzen com a somnífer pel seu efecte sedant. Malgrat això, l'alcohol estimula les parts del cervell que provoquen excitació un parell d'hores després de beure'n, fet que ocasiona que hom es desperti abans de temps.

No dormir bé també pot agreujar els símptomes d'algunes malalties o problemes de salut:

- La manca de son afavoreix les convulsions en persones amb epilèpsia.
- Els trastorns del son intensifiquen els símptomes del trastorn per dèficit d'atenció amb hiperactivitat (TDAH), com la manca de concentració i la impulsivitat.
- Els problemes per dormir augmenten la fatiga de les persones que pateixen esclerosi múltiple.

Finalment, hi ha algunes malalties que poden condicionar el son:

- En la malaltia d'Alzheimer, la pèrdua de teixit cerebral que condueix a la pèrdua d'habilitats mentals pot causar trastorns del son.
- Els símptomes de l'asma, com ara la tos, les sibilàncies i la sensació de dificultat per respirar, de falta d'aire o d'ofec, poden afectar el descans nocturn de les persones que en pateixen.
- La tos, el dolor al pit i la micció nocturna freqüent de les persones amb malaltia pulmonar obstructiva crònica (MPOC) influeixen en la quantitat i la qualitat del son. A més, els medicaments utilitzats per tractar aquesta malaltia poden provocar insomni o somnolència diürna.
- La depressió pot provocar trastorns del son.
- L'epilèpsia influeix en el cicle del son, perquè les persones afectades poden experimentar convulsions mentre dormen. Aquestes convulsions causen despertaments durant la nit i provoquen cansament i problemes de concentració.
- El dolor propi de la fibromiàlgia també pot afectar la quantitat i la qualitat del son.
- L'acidesa nocturna pròpia de la malaltia per reflux gastroesofàgic pot produir insomni i apnea del son.
- Els problemes de son poden ser indicatius de la malaltia de Parkinson.
- Els símptomes de la síndrome de les cames inquietes s'agreugen en anar al llit.

7. Recomanacions sobre higiene del son

- Procurar tenir unes condicions de son òptimes, una habitació fosca, sense soroll i amb una temperatura entre 18 i 22 graus centígrads i amb condicions d'humitat acceptables.

- Evitar pensar en els problemes de treball, d'estudi o personals a l'hora d'anar a dormir.
- Generar un temps de tranquil·litat abans d'anar a dormir, en el qual el grau d'activitats vagi decreixent.
- Tenir un horari regular per anar a dormir i aixecar-se. Proveu de mantenir-lo durant tota la setmana i dies festius. Establir horaris, sobretot per aixecar-se, ja que d'aquesta manera es regularitzarà l'hora de dormir.
- Reservar el dormitori per descansar, per la qual cosa el televisor, ordinador, estudis, lectures i treball han de ser eliminats de la rutina quan us trobeu al llit.
- Evitar dormir durant el dia. No feu migdiades si patiu insomni.
- Practicar exercici durant el matí o d'hora l'horabaixa, de mitja hora a quaranta-cinc minuts, tres vegades per setmana. La pràctica esportiva pot augmentar el son profund, però si es fa abans d'anar a dormir, condueix a una activació.
- No consumir estimulants com el cafè, begudes de cola, nicotina, te, cacau, alcohol.
- Mantenir bons hàbits alimentaris. No prengueu aliments proteics o greixos en el sopar i intentau mantenir horaris regulars per als àpats. Algunes persones es poden beneficiar d'un got amb llet petit abans d'anar a dormir. No ingeriu aliments pesats més enllà de tres hores abans d'anar a dormir.

Referències bibliogràfiques

Avidan, A. Y. (2005). Sleep in the geriatric patient population. *Seminars in Neurology*, (25), 52-63.

Carpizo, M. R. (2001). *Alteraciones EEG del sueño y la vigilia en las enfermedades priónicas*. (Tesi doctoral). Universidad de Cantabria.

Clínica del Doctor Estivill. Canal Salut de la Generalitat de Catalunya.

Culebras, A. (2009). *Trastornos del sueño y enfermedades neurológicas*. Madrid: Aula Médica.

Foley, D. J., Monjan, A. A. i Brown, S. L. (1995). Sleep complaints among elderly persons: an epidemiologic study of three communities. *Sleep*, (18), 425-32.

Kumar, S., Bhatia, M. i Behari, M. (2002). Sleep disorders in Parkinson's disease. *Mov Disord*, (17), 775-81.

Lugaresi, E., Medori, R., Montagna, P., Baruzzi, A., Cortelli, P., Lugaresi, A. et al. (1986). Fatal familial insomnia and dysautonomia with selective degeneration of thalamic nuclei. *N Engl J Med*, (315), 997-1003.

Sforza, E., Montagna, P., Tinuper, P., Cortelli, P., Avoni, P., Ferrillo, F. et al. (1995). Sleep wake cycle abnormalities in fatal familial insomnia. Evidence of the role of the thalamus in sleep regulation. *Electroencephalogr Clin Neurophysiol*, (94), 398-405.

Taberner, C., Polo, J. M., Sevillano, M. D., Muñoz, R., Berciano, J., Cabello, A. et al. (2000). Fatal familial insomnia: clinical, neuropathological, and genetic description of a Spanish family. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, (68), 774-777.

Vitiello, M. V., Bliwise, D. L., Prinz, P. N. (1992). Sleep in Alzheimer's disease and the sundown syndrome. *Neurology*, (42) (Suppl 6): 83-94.

Autora

MÓNICA DE LA PEÑA BRAVO

Eivissa (1974). Llicenciada en Medicina i Cirurgia; especialista en Medicina del Son. Coordinadora de la Unitat Multidisciplinària de Trastorns de Son de Son Espases; professora associada de pneumologia. Experiència en el seguiment de pacients a la unitat de son.