

Salud

El equilibrio hormonal entre estrógenos y progesterona favorece el sueño de las mujeres. Pero con la llegada de la menopausia, este equilibrio se rompe y, a partir de entonces, muchas mujeres sufren trastornos del sueño, lo que las lleva a un mayor consumo de fármacos para dormir. El uso crónico de estos medicamentos puede tener efectos adversos.

Las hormonas femeninas protegen el sueño

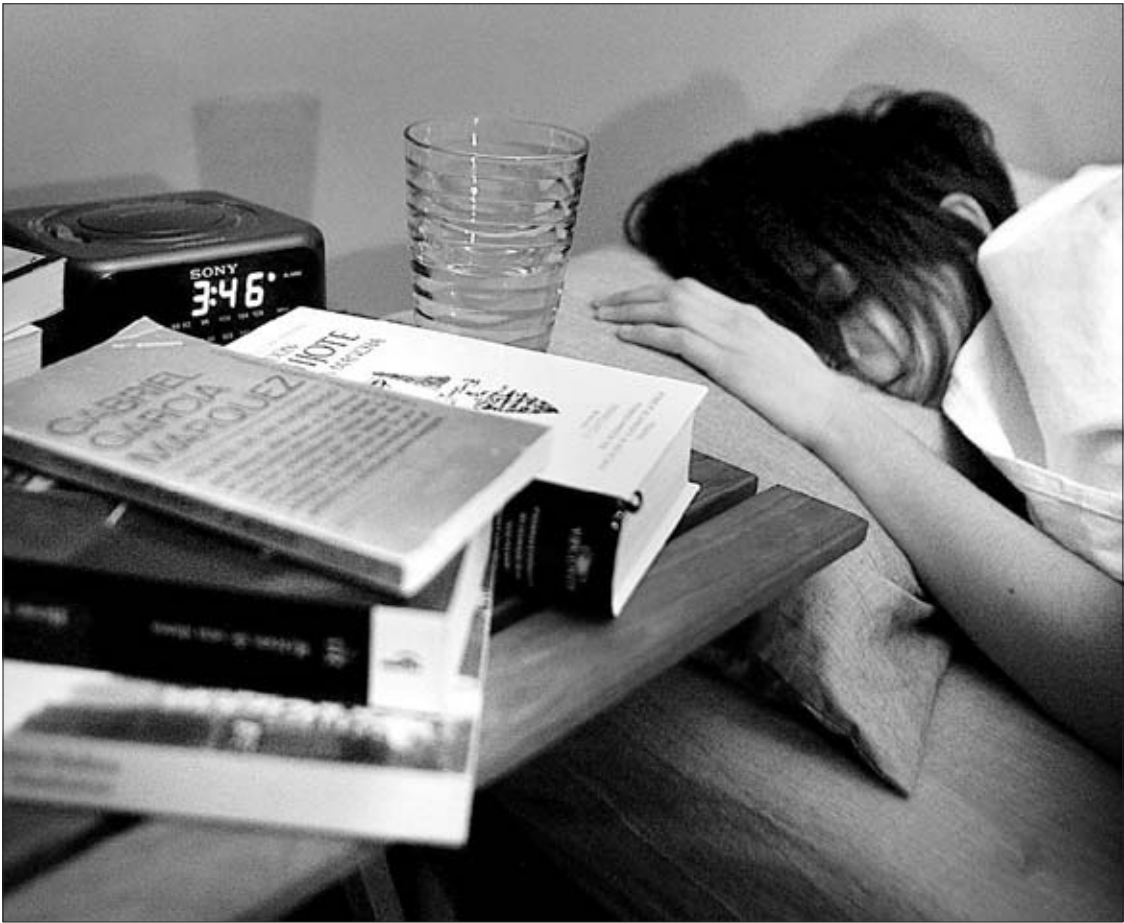
Tras la menopausia, las mujeres tienen más insomnio y toman más ansiolíticos que los hombres

CARMEN GIRONA, Madrid
Durante la mayor parte de su vida las mujeres duermen mejor que los hombres. Desde la primera regla, la acción de las hormonas femeninas protegen su sueño y les proporcionan un descanso de mayor calidad. Pero esa ventaja tiene fecha de caducidad: la menopausia. A partir de los 50 años aproximadamente la calidad del sueño de las mujeres se equipara a la de los hombres: la caída en la producción de estrógenos y progesterona hace que el sueño sea más ligero y tarde más en llegar. La coincidencia de factores emocionales, estrés, depresión o dolor crónico contribuye a que las mujeres sufran a partir de esa edad más insomnio que los hombres, acudan más al médico y tomen más fármacos ansiolíticos.

El sueño es un proceso complejo relacionado con las funciones superiores del cerebro y en el que se producen cambios metabólicos, bioquímicos e inmunológicos. Durante la infancia, los niños y las niñas duermen de forma parecida, pero a partir de la menarquia, en algunas niñas aparece una ligera somnolencia completamente fisiológica que es consecuencia de las alteraciones hormonales. En la adolescencia y juventud el sueño de las chicas es parecido al de los chicos, pero a partir de los 25 años, el sueño de las mujeres tiene mayor continuidad y es de mayor calidad que el de los hombres.

El equilibrio hormonal entre estrógenos y progesterona es la causa de esta diferencia. Así, mientras que la progesterona aumenta el sueño no REM, que sirve básicamente para restaurar el organismo, los estrógenos controlan el sueño REM, el relacionado con la memoria y la recuperación cerebral. Por otra parte, el organismo dispone de mecanismos alertadores que, ante situaciones adversas o de cambio, activan los centros cerebrales que regulan el sueño. Los estrógenos actúan como activadores de estos mecanismos cuando hay una alerta, mientras que la progesterona neutraliza la función de los estrógenos. “Este equilibrio propicia una mejor calidad de sueño en las mujeres”, explica Ramón Rubio Aramendi, neurólogo de la unidad de Trastornos del Sueño del hospital Txagoritzu de Vitoria (Álava).

Las variaciones hormonales explican también las variaciones del sueño que se producen durante el embarazo y la lactancia. En el primer trimestre de la gestación, algunas mujeres tienen una somnolencia diurna importante influida por los niveles altos de progesterona, mientras que en el tercero sufren somnolencia y cansancio por el aumento de volumen corporal. “En el periodo de lactancia materna, el sueño de la mujer también se transforma ligeramente. Las madres desarrollan en esta etapa una capacidad biológica que les permite despertarse y estar alerta por si el bebé



Los especialistas recomiendan a las personas que sufren insomnio no leer ni ver la televisión acostadas. / CARLES RIBAS

llora. Esta capacidad no la desarrolla el hombre aunque sea un padre responsable”, dice Rubio.

Con la menopausia el equilibrio hormonal se altera y afecta a la calidad del sueño. A ello se suma que muchas mujeres sufren

El organismo tiene mecanismos de alerta que activan los centros reguladores del sueño

cambios en su estructura corporal y aumentan de peso, lo que provoca dificultades de respiración durante el sueño. Muchas mujeres que no roncaban comienzan a hacerlo tras la menopausia por esta razón. Algunas sufren apneas durante el sueño (obstrucción parcial o total del paso del

aire) con la consiguiente somnolencia diurna. En la preancianidad y ancianidad, tanto hombres como mujeres sufren insomnio porque son más vulnerables físicamente y tienen más enfermedades, pero en esta fase son nuevamente las mujeres las que manifiestan más alteraciones del sueño al sumarse factores emocionales como soledad, angustia, ansiedad o dolor crónico.

La revista europea *Journal of Sleep Research* publicó en diciembre de 2004 los resultados de un estudio en el que se analizó el número de horas que duerme la población, los problemas de sueño que padece y las consecuencias percibidas por estas alteraciones. El 57% de los entrevistados declararon padecer trastornos del sueño; hombres y mujeres duermen un número parecido de horas pero los jóvenes de entre 16 y 24 años duermen una hora más

que el resto. El estudio confirma que las mujeres tienen más problemas de sueño a partir de la menopausia.

Los datos del trabajo, en el que han participado 2.000 británicos de entre 16 y 93 años, reflejan diferencias por sexos a la hora de analizar las causas que provocan insomnio. Mientras que en los hombres predomina la preocupación por el trabajo, en las mujeres prevalecen los problemas relacionados con los niños, la pareja o el entorno. Igualmente, se observa que determinadas enfermedades y los medicamentos relacionados con ellas son causa frecuente de trastornos del sueño en los mayores de 50 años. Sobre las medidas adoptadas frente al insomnio, el 33% de los encuestados afirman que no hacen nada, el 20% lee, el 15% escucha la radio y el 9,7% bebe alcohol.

Las mujeres acuden más al mé-

dico, refieren más problemas de sueño y se someten a tratamiento con más frecuencia que los hombres. Según los expertos, los ansiolíticos e hipnóticos son armas terapéuticas eficaces si se administran de manera controlada, en la dosis justa y durante periodos cortos. Pero no siempre se cumplen estas condiciones, de modo que en muchos casos, el mal uso de estos tratamientos crea tolerancia (se necesita una dosis mayor para que el medicamento haga efecto) o dependencia.

El 57% de las personas entrevistadas en un estudio británico declaró padecer trastornos del sueño

“El objetivo del tratamiento del insomnio es tratar la enfermedad que lo origina, como por ejemplo normalizar los síntomas en una mujer menopáusica o administrar una terapia antálgica adecuada en un paciente con fibromialgia, la enfermedad reumática que con más frecuencia produce insomnio. Hace poco nos sorprendieron los resultados de una pequeña encuesta que realizamos a mujeres mastectomizadas que padecían insomnio: el 80% de estas mujeres seguían tomando ansiolíticos noche tras noche una vez terminado el tratamiento contra el cáncer de mama”, apunta Rubio.

El insomnio afecta a una media de entre el 15% y el 20% de la población. Además de tratar la enfermedad que lo origina y adoptar una correcta terapia farmacológica, contribuye a superar el insomnio seguir a rajatabla una serie de reglas: utilizar la cama sólo para dormir (no leer o ver la televisión acostado); no recurrir al sofá y a la televisión para tratar de conciliar el sueño; dormir un número suficiente de horas (entre siete y ocho); evitar el consumo de bebidas y alimentos estimulantes, y acostarse y levantarse todos los días, incluidos fines de semana, a la misma hora.

La importancia de retirar los hipnóticos a tiempo

Los hipnóticos son los fármacos que más se utilizan para el tratamiento del insomnio; pero muchos pacientes los usan de manera continuada sin saber si se han curado o no de la enfermedad base que les produce este trastorno, y crean dependencia. Un estudio pionero en España, realizado por médicos de familia de la Sociedad Balear de Medicina Familiar i Comunitaria, demuestra que con una

adecuada intervención médica se puede abandonar el uso de estos fármacos.

En el trabajo de investigación, en el que han participado 139 mujeres entre 14 y 75 años que tomaban benzodiazepinas desde hacía más de un año, se establecieron dos grupos: uno de control, en el que las pacientes acudían a la visita habitual, y otro de intervención, en el que se les explicaban las características del

fármaco, se les reducía la dosis paulatinamente y se les hacía un control cada 15 días para evaluar los síntomas y reforzar la deshabituación.

Después de un año con esta terapia, el 45% de las mujeres del grupo de intervención abandonó el uso del fármaco frente al 9% del grupo control. “Nos dimos cuenta de que el consumo de estos fármacos era bastante elevado y que el fallo no estaba en la indicación del tratamiento, sino que

no se retiraba en el momento adecuado y su uso se prolongaba durante años. Con este estudio, hemos demostrado que con una pauta de retirada correcta, la mujer puede desengancharse de la medicación. La clave está en hacerlo poco a poco y progresivamente”, sostiene Catalina Vicens, primera autora del estudio y médico de familia del Centro de Salud de Sonsera-La Vileta de Palma de

Mallorca, uno de los tres centros que han participado en el estudio.

Los resultados del estudio se presentaron en el último congreso europeo de médicos de familia (WONCA Europa) en junio de 2003. En ese momento sólo se sabía de dos experiencias similares en el mundo (Canadá y Holanda). “También impartimos un taller de utilización y deshabituación de benzodiazepinas, para que los médicos puedan conocer nuestra experiencia”, agrega Catalina Vicens.