

**REPÚBLICA DE CUBA
UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CIEGO DE AVILA
FACULTAD DE MEDICINA
DOCTOR JOSÉ ASSEF YARA**

EFFECTIVIDAD DE LA PASIFLORA EN EL TRATAMIENTO DEL INSOMNIO



**Autora:
Odalys**

**Dra.
R.**

Betancourt Álvarez.

Tutor: Dr. Pedro Reyes Milián.

Asesores: Dr. Pablo R. Betancourt Álvarez.

Dra. Marisel Menéndez Román.

Dra. Yisell Rodríguez Reyes.

**Tesis para optar por el Título de Master en Medicina Bioenergética y
Natural.**

2010

Créditos

Dra. Odalys R. Betancourt Álvarez.

Especialista de primer grado en Medicina General Integral.

Especialista de primer grado en Psiquiatría.

Profesora Asistente de la Universidad Médica de Ciego de Ávila.

Diplomada en Investigación Científica.

Dr. Pedro Enrique Reyes Milián.

Master en Salud Mental y Comunitaria.

Especialista de segundo grado en Psiquiatría.

Profesor Asistente de la Universidad Médica de Ciego de Ávila.

Dr. Pablo Ricardo Betancourt Álvarez.

Master en Enfermedades Infecciosas.

Especialista de primer grado en Medicina General Integral.

Residente de cuarto año de Bioquímica.

Profesor Instructor de la Universidad Médica de Camagüey.

Dra. Marisel Menéndez Román.

Especialista de primer grado en Medicina General Integral.

Especialista de primer grado en Bioestadística.

Profesora instructora de la Universidad Médica de Ciego de Ávila.

Dra. Yisell Rodríguez Reyes.

Especialista en Medicina Tradicional y Natural .

Pensamiento

*“La felicidad de los hombres y los pueblos está en el conocimiento
de la naturaleza”.*

José Martí

Dedicatoria

A mi hijo Harold que es mi vida misma.

*A mis padres por enseñarme el camino del
bien.*

A Iván por su paciencia y amor.

Agradecimientos

A mi hermano que siempre ha estado a mi lado en buenos y malos momentos.

Al resto de mi familia.

A mi tutor y asesores.

A mi profe Clavijo.

Al compañero Fidel maestro de toda mi generación.

RESUMEN

Se realizó un ensayo clínico fase II, controlado, en el que se demostró el efecto hipnótico de la Tintura de Pasiflora en pacientes con insomnio primario que acudieron a la consulta de psiquiatría del Centro Comunitario de Salud Mental de la ciudad de Morón, en el periodo comprendido entre los meses de enero – noviembre del año 2008. El universo de estudio quedó constituido por los 92 pacientes que acudieron a la citada consulta aquejados de insomnio primario, entre las edades de 15 a 50 años, de uno y otro sexo, los que después de dar su consentimiento y cumplir con los criterios de inclusión, se les aplicaron los instrumentos diseñados y validados para estos fines y se trataron con Tintura de Pasiflora 46 de ellos, pertenecientes al grupo de estudio e igual número se le suministró Nitrazepan, incluidos en el grupo control, terapéutica en ambos casos que se cumplió por 21 días. La Pasiflora ha demostrado ser igualmente efectiva en el tratamiento del insomnio que las modalidades terapéuticas alopáticas con Nitrazepan, en menos consultas se obtuvo la mejoría, asociadas a muchas ventajas, y a ningún efecto adverso, los que aparecen con carácter absoluto en las terapias convencionales, presuponiéndose que, la relación riesgo- beneficio, con la utilización de la Pasiflora justifica el uso de esta terapéutica.

Palabras claves: insomnio primario y Tintura de Pasiflora.

Índice

Páginas

Resumen

Introducción -----1

Objetivos -----7

Capítulo I Marco Teórico -----8

Capítulo II Diseño Metodológico -----15

Capítulo III Resultados y Discusión -----23

Conclusiones -----27

Recomendaciones -----28

Citas y referencias bibliográficas-----29

Bibliografía.....38

Anexos-----44

INTRODUCCIÓN

El sueño es un estado fisiológico que sucede con regularidad y alterna con el estado de vigilia. Está presente durante toda la vida, pero con características distintas a lo largo de la existencia. El sueño se impone necesario para que el organismo funcione normalmente. La alteración que con más frecuencia vemos en consulta es el insomnio, que consiste en la incapacidad o dificultad para dormir, conciliar el sueño, despertarse durante la noche, acortar el sueño, despertar precoz o disminuir la calidad del mismo (sentirse cansado después de varias horas de sueño). (1- 10)

Diversos trastornos psíquicos, somáticos o mixtos pueden asociarse a disturbios en el sueño, así como aparecer por resultado del consumo de alguna sustancia como el café, la nicotina, el alcohol, las drogas o los fármacos. A veces, son los hábitos de vida los que introducen comportamientos que interfieren el sueño normal hasta generar insomnio, como sucede con el estrés, los entornos ruidosos, las temperaturas extremas, los cambios de horarios, etc. (1,11-14).

Se han descrito diferentes clasificaciones de insomnio:

De acuerdo con la intensidad (leve, moderada o grave) (3).

En relación con su duración se distinguen tres tipos: Transitorio (2-3 días de duración), de corta duración (menos de tres semanas) y de larga duración o crónico (mayor de tres semanas) (13 -16).

Según la naturaleza y el modo de presentación, puede ser: de conciliación como expresión más frecuente, de mantenimiento o despertar precoz (3, 6, 7).

En lo que respecta a la causa que lo origina se clasifica en primario (no es posible determinar la causa) o secundario (debido a otros problemas de salud) como trastornos psíquicos, enfermedades crónicas, situaciones de abuso de alcohol u otras sustancias; también puede aparecer como un efecto adverso de diversos fármacos. La mayoría de los insomnios suelen ser secundarios. (3, 17).

El insomnio afecta las actividades diurnas del que lo padece tales como: somnolencia, dificultad en la concentración, la atención y la memoria, disminución del rendimiento en el trabajo, incremento del ausentismo, fatiga y accidentabilidad, deterioro de las relaciones interpersonales en el trabajo, estudio o en la familia, a la vez que puede alterar las relaciones afectivas y la actividad sexual (3, 8, 9,18), mediatizada por el consumo de sustancias y por los propios trastornos del sueño.

La prevalencia del insomnio en la población general es variable (según las encuestas se sitúan desde el 1 % al 48 %). En países como Colombia, la prevalencia en las mujeres es del 40 %, en los hombres, 30 %, y en las personas mayores de 65 años, 50 %. El 28,5 % de los japoneses padece de insomnio y siete millones de taiwaneses lo sufren por presión laboral. En Argentina unos ocho millones de adultos tienen este padecimiento en distintos grados, lo que invariablemente está relacionado con un factor estresante (la devaluación de la moneda, las pérdidas materiales y los problemas personales). En España se considera que el 35 % de la población lo padece

en algún momento de sus vidas y en los Estados Unidos, el insomnio produce más días laborales perdidos que los estados gripales (5, 19, 23).

En Cuba 1/3 de la población general adulta padece, por lo menos una vez en el año, de insomnio y su frecuencia establece el siguiente orden: las mujeres, los mayores de 65 años y los hombres. En la provincia de Ciego de Ávila no existen estudios actualizados de prevalencia de insomnio en la población general, ni tampoco en el área norte del municipio Morón, sí conocemos que es una de las causas más frecuentes de visita al Psiquiatra y debe comportarse como en el resto del país.

Existen varios tratamientos para el insomnio, se han utilizado los hipnóticos barbitúricos, no barbitúricos, y los sedantes, como el Meprobamato, sin embargo, estos medicamentos en la actualidad no se consideran con razones suficientes para continuar su uso, ya que tienen un perfil riesgo-beneficio (R-B) menos favorable que las benzodiazepinas (BZD), las cuales pueden ocupar un lugar importante en el tratamiento, usando siempre bajas dosis y por corto tiempo. El mercado nacional dispone de las siguientes BZD: Diazepan, Medazepan, Clonazepan, Clobazan y Nitrazepan, las que se caracterizan por tener una vida media mayor o igual a 24 horas y provocar efectos secundarios como: somnolencia, mareo, sedación, disminución de las habilidades psicomotoras, dificultades para la acomodación visual, confusión y astenia muscular. Menos frecuentes pueden producir reacciones de hipersensibilidad, depresión respiratoria y dependencia. (6, 12, 13, 24).

El insomnio es frecuentemente tratado con los llamados somníferos, entre los más usados están el nitrazepan y el diazepan, los que resuelven el problema

de una forma eficaz, pero transitoria, y siempre deben ser recomendados por el médico.

Existen remedios naturales tan eficaces como los fármacos que, combinados con orientación psicológica, en caso necesario, pueden ayudar a conciliar el sueño de una forma más natural, no crean dependencia y se evitan los efectos secundarios que originan algunos fármacos como, por ejemplo, la somnolencia al despertarse. Entre estos remedios naturales los de mayor uso en nuestro país y en el mundo son la Pasiflora y la Valeriana, las que a veces conviene combinar con otras plantas de efectos tranquilizantes y relajantes como la tila, el azahar o la lavanda, por citar algunas (12-18 y 25-31).

Los tratamientos no medicamentosos incluyen: Educación y medidas de higiene del sueño, técnicas de relajación, entrenamiento autógeno, hipnoterapia, cronoterapia (terapias de cambios de horario), fototerapia (terapia de la luz), terapia cognitiva y otras psicoterapias, herbalismo (valeriana, manzanilla, pasiflora), aromaterapia (aceites esenciales de manzanilla, lavanda, nerolí, rosa y mejorana), la homeopatía, acupuntura, auriculoterapia, la terapia floral de Bash o esencias australianas y las de California (6,19 , 20 ,33-37).

Se considera de interés el estudio y atención del insomnio primario por ser frecuente y afectar a personas que generalmente están en períodos productivos de su vida y responden satisfactoriamente a terapias no farmacológicas, las que resultan inocuas, económicas, asequibles, con ningún riesgo de dependencia, ausencia de efectos adversos e interacciones negativas con los medicamentos alopáticos.(39).

Un gran número de pacientes con problema de insomnio puede ser tratado sin psicofármacos, lo que sería más sencillo, económico y compatible con cualquier tratamiento que el paciente lleve a cabo, ya sea alopático u homeopático, no inhibe ninguna medicación, no es tóxica ni produce acostumbamiento, como sucede con los fármacos que aplicamos al grupo control (40-49).

Se propone como terapéutica primaria por su efectividad e inocuidad el uso de la Pasiflora como hipnótico, comparando y mostrando las desventajas del grupo control que usa Nitrazepan para resolver su trastorno.

A continuación se refieren las características generales de la planta que se usa en el estudio, sus principales usos, modo de preparación, etc.

Caracterización de la Pasiflora.

Nombres científicos de la Pasiflora: *Passiflora caerulea*.

Sinónimos: Flor de la Pasión, Pasionaria.

Otros nombres vulgares: Pasiflora, Flor de la pasión.

Descripción botánica:

Es una planta herbácea o leñosa, trepadora por medio de zarcillos axilares, con hojas alternas trilobuladas, de cuya axila parten zarcillos, flores grandes solitarias y muy llamativas, con corola blanca adornada por filamentos de color púrpura y fruto ovoide carnosos de color anaranjado.

Origen, hábitat y distribución.

Originaria de América tropical y subtropical (Brasil, Perú), se cultiva como ornamental y con cierta frecuencia se naturaliza en zonas térmicas de la región Mediterránea.

Parte útil: Hojas, flores y frutos.

Composición química y principios activos: Alcaloides indólicos, Flavonoides, Maltol, Fitosteroles.

Acciones farmacológicas: Sedante del sistema nervioso de relación y cardíaco, (alcaloides, maltol y flavonoides), Miorrelajante (maltol), Antiespasmódico gastrointestinal.

Aplicaciones:

Insomnio, ansiedad, hiperexcitación nerviosa, distonías neurovegetativas, trastornos menopáusicos, taquicardia, eretismo cardiovascular, hipertensión, dolores espasmódicos intestinales, úlceras gastroduodenales, contracturas musculares: tortícolis, lumbalgias, miastenias.

Contraindicaciones: Embarazo, lactancia, por la presencia de alcaloides.

Usos terapéuticos y dosis.

Infuso al 5 %, infundir 10 minutos, 2-3 tazas/día, después de las comidas.

Tintura (al 20 %): XX-XL gotas/dosis, 2-3 veces/día (máximo 5 g/día).

Extracto fluido: (1 g = XL gotas): X-XX gotas/dosis, 2 veces día (máximo 1 g/día).

Extracto seco (5:1): 200 mg. repartidos en 1-3 tomas.

En Cuba, la Pasiflora se comercializa fundamentalmente en las farmacias en forma de tintura y se prepara un kilogramo del follaje seco (parte utilizada para confeccionar este preparado), en un litro de alcohol al 60%.

Toxicidad: A dosis razonables carece de toxicidad. Dosis elevadas de la droga puede producir vómitos por su sabor amargo.

Advertencias: Generalmente se atribuye a los alcaloides la acción sedante de la pasiflora, sin embargo sus alcaloides tienen una acción estimulante del sistema nervioso central. La harmina presente en la pasiflora tiene acción alucinógena. El maltol tiene un efecto depresor y anticonvulsivante, pero a bajas concentraciones parece ser que la acción de la pasiflora se debe a un sinergismo entre los alcaloides, el maltol y las flavonoides. (19,20, 21, 50 - 55)

Características del producto utilizado:

En la provincia de Ciego de Ávila la planta fue identificada, cosechada y recolectada en la finca de plantas medicinales agroecológica y agrobiológica, cuyo colectivo envió la planta a la nave de beneficio y secado y luego al laboratorio de producción con el certificado de conformidad correspondiente. A la droga cruda se le realizaron las especificaciones de calidad según la norma. Se procesó en los laboratorios de producción de medicina verde provincial y del municipio Morón y se adquirió por los pacientes en la red de farmacia local.

Pregunta investigativa: ¿La Pasiflora será capaz de resolver el insomnio con igual efectividad que el Nitrazepan?

Para darle solución a este problema se plantea la siguiente hipótesis:

La Pasiflora es igualmente efectiva en el tratamiento del insomnio que el Nitrazepan.

El conocimiento de la evolución clínica del insomnio, de las reacciones adversas o efectos indeseables de los fármacos alopáticos y la necesidad de terapias que mejoren la calidad de vida de estos pacientes motivan a preguntarnos:

Para luchar contra las noches sin dormir, la medicina natural es una solución perfecta, ya que no produce dependencia. ¿Quién no conoce a alguien que, tras consumir ciertos fármacos para acabar con el insomnio, ha terminado dependiendo de ellos?

OBJETIVOS.

Objetivo General

Evaluar la efectividad de la Pasiflora con respecto al Nitrazepan en el tratamiento del insomnio.

Objetivos Específicos:

1. Caracterizar la población de estudio según grupos de edades y sexo.
2. Clasificar los pacientes según el insomnio que padecen.
3. Distribuir los pacientes según tiempo de remisión de insomnio.
4. Comparar la evolución clínica de los pacientes tratados con ambas modalidades terapéuticas.
5. Explorar las reacciones adversas que aparezcan con las terapias utilizadas.
6. Determinar el grado de satisfacción de los pacientes después del tratamiento con Pasiflora.

CAPÍTULO I.

MARCO TEÓRICO

El insomnio.

¿Qué es el insomnio?

Con el término "insomnio" se denomina la dificultad para iniciar o mantener el sueño, o bien la falta de sueño reparador. Es el trastorno del sueño más frecuente y de mayor repercusión socio sanitaria. Según la Organización Mundial de la Salud, para establecer el diagnóstico de insomnio deben considerarse esenciales los siguientes rasgos clínicos:

1-Que la alteración se presente por lo menos tres veces a la semana durante al menos un mes.

2-Que exista una preocupación excesiva, tanto durante el día o la noche, sobre el hecho de no dormir y sus consecuencias.

3-Que la calidad o cantidad insatisfactorias del sueño produzcan un malestar general o interfieran con las funciones sociales y ocupaciones del enfermo.

4-No debe considerarse como insomnio el dormir poco tiempo si la calidad del sueño es buena y no se afecta la actividad ni el estado de alerta diurnos. Las necesidades de sueño varían mucho entre las personas. (22-24 y 56).

Puede haber personas sanas que duermen 3 horas y se sienten bien el resto del día y otras acostumbradas a dormir 10-12 horas diarias que se sienten privadas de sueño o cansadas cuando sólo han podido dormir 7 horas. La mayoría de los adultos duerme entre 5 y 9 horas, siendo lo más frecuente unas 7-8 horas.)

La prevalencia del insomnio es elevada. En el periodo de un año, alrededor de un tercio de la población adulta tiene algún problema de insomnio y en la mitad de ellos, aproximadamente, el insomnio es importante o crónico. Es más frecuente en los ancianos, ya que aproximadamente la mitad de los mayores de 65 años tiene alguna dificultad en el inicio y mantenimiento del sueño. Su prevalencia es mayor en las mujeres que en los hombres, en los pacientes con problemas médicos o psiquiátricos, en los consumidores de abuso de sustancias y en personas con posiciones socio-económica y educacionales bajas.

Con el fin de orientar el diagnóstico y tratamiento, este trastorno suele clasificarse según su etiología y forma de presentación (de inicio, de mantenimiento, despertar precoz) y según su duración (transitorio, si dura unas pocas noches; de corta duración, si dura menos de tres semanas; crónico o de larga duración, si dura más de tres semanas -meses o años-). El insomnio transitorio o de corta duración suele estar producido por diversas circunstancias ambientales o situaciones de estrés, como por ejemplo: presentarse a exámenes, hospitalización, pérdida de un familiar, recuperación postoperatoria, dolor, problemas laborales, trabajo en turnos, uso de fármacos

o sustancias estimulantes, cambio de residencia, ruido, retirada de fármacos hipnóticos, viajes con cambio horario ("jet lag"), etc. En muchos casos este tipo de insomnio puede ser autolimitado, en el sentido de que la misma falta de sueño aumenta la tendencia a dormir. (25-29, 57-63)

Aproximadamente del 10 al 15% de los pacientes con insomnio crónico abusan del consumo de sustancias, principalmente del alcohol y otros sedantes, aunque el alcohol puede favorecer el inicio del sueño, también produce una fragmentación del mismo, ya sea por privación y síntomas de abstinencia durante el sueño o bien debido a efectos somáticos (por ejemplo cefaleas, dolor gástrico, poliuria, etc.).

También puede contribuir al insomnio el uso o el abuso de algunos fármacos (anfetaminas y derivados, teofilina, beta-bloqueantes y beta-estimulantes, L-dopa, algunos antidepresivos, corticoides, etc.) y sustancias (cafeína, nicotina, etc.), así como la abstinencia de algunas sustancias (alcohol, sedantes, etc.). (64-69)

El insomnio puede también estar relacionado con trastornos orgánicos, tales como los que producen dolor o malestar (cefaleas, infecciones dentales, úlcera péptica, enfermedades reumáticas, dolor crónico asociado frecuentemente a depresión, etc.), hipertiroidismo, hipertensión arterial, insuficiencia cardíaca, angina de pecho, insuficiencia renal, poliuria, asma, reflujo gastroesofágico, fiebre, tos, enfermedad de Parkinson, lesión cerebral, etc. (70)

Tratamiento del insomnio.

¿Debe tratarse el insomnio?

Si el dormir poco no ocasiona problemas a la persona y su rendimiento diurno es normal, no es necesario un tratamiento. Pero el no dormir puede producir irritación y un estado de desesperación en algunos pacientes, ser la causa de diversas quejas durante el día, tales como cansancio, somnolencia, dificultad para concentrarse y recordar, menor tolerancia a pequeños problemas, disminución de rendimiento en el trabajo, empeoramiento de relaciones familiares y sociales, dormirse a destiempo o inoportunamente, disminución de la sensación de bienestar y accidentes frecuentes (incluidos los de tráfico), etc. (12, 17, 34,71-77).

En muchos casos, a los pacientes con insomnio importante se les puede proporcionar alivio sintomático, ya que los beneficios que se consiguen con esa terapéutica son considerables y superan los riesgos que conlleva el insomnio.

Tratamiento etiológico: Siempre que sea posible, el tratamiento del insomnio debe dirigirse a tratar el trastorno subyacente, es decir, tratar el problema que provoca este insomnio.

Tratamiento no farmacológico.

Cuando no sea posible identificar la causa del insomnio podrá recurrirse o no al tratamiento farmacológico, pero siempre deberá aplicarse otras medidas no farmacológicas, especialmente en pacientes con insomnio crónico.

Entre los recursos no farmacológicos de tratamiento del insomnio se incluyen las medidas sobre la higiene del ciclo sueño-vigilia, el control de estímulos, la restricción del sueño, la cronoterapia, la terapia con luz artificial, las técnicas de relajación y las terapias cognitivas. En caso necesario, habrá que acudir a un especialista en este tipo de terapias (psiquiatras, psicólogos, etc). (55,68)

Higiene del sueño.

Como higiene del sueño se describe las medidas de comportamiento que deben llevarse a la práctica, unidas a fármacos u otras terapias que favorecen la acción de los tratamientos, con el objetivo de lograr un sueño de calidad.

Entre ellas se encuentran:

1-Tener expectativas de sueño realistas. Puede tranquilizar al paciente, pues al saber que, puede ser normal dormir poco si durante el día no está cansado o somnoliento, el tiempo de sueño disminuye con la edad y que muchas veces el insomnio es autolimitado, es decir que se termina sin hacer nada especial.

2-Dormir tanto como sea necesario para sentirse descansado durante el día siguiente. La disminución del tiempo que se pasa en la cama parece solidificar el sueño, por el contrario la permanencia durante demasiado tiempo en la cama parece estar relacionada con un sueño superficial y fragmentado.

3-Levantarse cada día a la misma hora, siete días a la semana. (Despertarse por la mañana a una hora regular induce la regularidad en el inicio del sueño).

4-Realizar ejercicio físico moderado favorece el sueño, el ejercicio intenso y esporádico lo perjudica.

5- Procurar que el dormitorio sea confortable, es decir, sin ruidos (coloque alfombras, cortinas, cierre la puerta), temperatura mayor de 15 grados y menor de 25, con ropa, colchón, etc., que resulten cómodos.

6-Evitar las bebidas que contienen cafeína (café, té, y bebidas de cola), especialmente a partir del mediodía, ya que pueden producir insomnio o disminuir la profundidad del sueño.

7-No consumir alcohol ya que, aunque produce somnolencia, da lugar a un sueño fragmentado.

8-Evitar la administración de fármacos con efectos estimulantes del SNC, tales como anorexígenos, anfetaminas, antidepresivos de tipo estimulante, preparados tiroideos, broncodilatadores, etc. Si son necesarios administrarlos por la mañana.

9-No ir a la cama con hambre. A veces un vaso de leche puede favorecer el sueño.

10-No consumir abundantes alimentos antes de acostarse, lo que puede ocasionar molestias digestivas que dificultan el sueño.

11-Evitar la ingesta excesiva de líquidos y de diuréticos al final del día, que pueden producir el llenado de la vejiga urinaria y la necesidad de orinar, lo que despierta al paciente, sobre todo si es anciano con menor capacidad vesical.

12-Eliminar el consumo de tabaco.

13-Al despertar en la madrugada no se recomienda mirar el reloj, ponga este objeto debajo de la cama o cúbralo. (30, 31, 32 y 78)

Control de estímulos.

1-Ir a la cama cuando se tiene sueño.

2-No realizar en la cama actividades como trabajar, leer, comer o ver la televisión. La única excepción es la actividad sexual.

3-Si no consigue conciliar el sueño en un rato (por ejemplo, 10-30 minutos), aunque no debe estarse pendiente del reloj, el paciente debe levantarse y salir de la habitación, realizar alguna actividad y cuando empiece a tener sueño volver a la habitación a dormir, así se trata de asociar la cama y el dormitorio con el hecho de dormirse rápidamente.

4-Poner el despertador y levantarse todos los días a la misma hora, independientemente de lo que se haya dormido cada noche, con el fin de conseguir y mantener un determinado ritmo del ciclo sueño-vigilia.

5-No dormir siestas durante el día. (33, 58 y 73)

Tratamiento farmacológico.

Los fármacos hipnóticos constituyen un recurso ampliamente utilizado en el tratamiento sintomático de pacientes con insomnio. Su principal indicación es el insomnio transitorio o el de corta duración, así como el uso intermitente en el insomnio crónico. En cualquier caso se recomienda una duración corta del tratamiento (días o semanas) con el fin de reducir el riesgo de que se produzcan fenómenos de tolerancia o dependencia. Sin embargo, es muy frecuente la utilización diaria de hipnóticos durante largas temporadas, debido a motivos diversos, tales como la dificultad crónica para conciliar el sueño, la falta de revisiones periódicas o el desconocimiento de la causa del insomnio (por ejemplo, una depresión no diagnosticada).

Un buen hipnótico debe inducir el sueño de forma rápida y mantenerlo durante unas 7 u 8 horas, evitando los despertares frecuentes; no debe producir efectos adversos, entre los que se encuentran los efectos residuales de la mañana siguiente (somnolencia, disminución del rendimiento psicomotor, etc.), o fenómenos de dependencia (efecto rebote o síntomas de abstinencia); su administración prolongada no debiera disminuir su efecto, es decir, que no se

produzca tolerancia y no deben alterar la arquitectura del sueño, de manera que todas las fases o etapas del sueño estén presentes durante el tiempo que les corresponde.

Se utilizan como hipnóticos distintas clases de medicamentos, no hay un hipnótico que este indicado en todas las formas de insomnio. Por ello, el uso de fármacos para aliviar el insomnio debe ser consultado con un especialista.
(34-37 y 79)

Actualmente, existe una tendencia generalizada en el mundo y muy aceptada por pacientes y médicos de usar medicina natural en el tratamiento del insomnio, dentro de las técnicas más usadas están los fitofármacos, la auriculoterapia, homeopatía y terapia floral, entre otras.

La investigación es para evaluar la efectividad del uso terapéutico de la pasiflora contra el insomnio primario de adultos entre 15 y 50 años, de uno y otro sexo, que acudieron a la consulta de psiquiatría del Centro Comunitario de Salud Mental de la ciudad de Morón en el periodo comprendido entre los meses de enero -noviembre del año 2008.

CAPÍTULO II.

DISEÑO METODOLÓGICO

Se realizó un ensayo clínico fase II, controlado, en pacientes de uno y otro sexo con insomnio primario, que acudieron a la consulta de psiquiatría del Centro Comunitario de Salud Mental de la ciudad de Morón, en el periodo comprendido entre los meses de enero–noviembre del año 2008.

Se trabajó con un universo de 92 pacientes y la asignación a los grupos de tratamiento fue de 46, para el grupo control, en el cual se aplicó tratamiento alopático convencional con benzodiazepinas, específicamente con Nitrazepan, para lo que acudieron a la farmacia comunitaria del citado municipio, a adquirir el producto, y 46 para el grupo experimental que fue tratado con Tintura de Pasiflora, adquirido en las propias farmacias .El tratamiento para ambos grupos se aplicó durante 21 días.

Los criterios de inclusión fueron:

Diagnóstico de insomnio primario, que se encuentren en edades entre 15 y 50 años de edad, de uno y otro sexo y de todas las razas.

La autorización de las personas mediante el acta de consentimiento informado. (Anexo No 1)

Los criterios de exclusión fueron:

No cumplir con los criterios de inclusión.

Que no este capaz física o mentalmente.

Criterios de salida:

Pacientes que deseen abandonar el estudio.

Negación a continuar el tratamiento.

Ausencia a una de las reconsultas.

Mudanza.

Pacientes con empeoramiento significativo de su cuadro clínico.

Pacientes que presenten complicaciones de cualquier tipo, que obliguen a suspender el tratamiento.

Pacientes que no cumplan disciplinadamente con lo establecido en el contrato terapéutico.

Criterios Diagnósticos:

Insomnio psicofisiológico o insomnio primario: Precisa para su diagnóstico de la presencia de dificultad para iniciar o mantener el sueño o de un sueño no reparador que causa un importante malestar o dificultad en la actividad diurna. Durante al menos un mes, descartando previamente proceso médico o psiquiátrico.

El DSM-IV define el insomnio primario como una queja que dura al menos un mes de dificultades en iniciar o mantener el sueño, o que este no sea reparador. En la definición del DSM-IV se hace hincapié en el hecho de

que exista la queja porque se ha comprobado que con patrones de sueño similares unas personas lo viven sin problema, porque no achacan a la falta de sueño sus dificultades y fatigas diarias, mientras que otros sí lo hacen. (36, 38 y39)

Fundamento metodológico de la investigación.

Métodos teóricos:

Histórico-lógico: al realizar el estudio del problema de investigación en estos años, se hizo énfasis especial en la naturaleza del mismo en el mundo y particularmente en Cuba.

Análisis-síntesis: en la interpretación de fuentes bibliográficas, para determinar las posiciones teóricas que sustentan la solución del problema científico.

Sistémico: al valorar los componentes del sistema.

Hipotético-deductivo: permitió el surgimiento de conocimientos a partir de influencias teóricas. Ayudó a corroborar las hipótesis e inferir conclusiones.

Métodos empíricos.

Observación: es el método empírico más universal. A través de él se pudo determinar que con la utilización de la Pasiflora en el insomnio podemos lograr la misma efectividad que con el uso de nitrazepan.

Análisis documental: permitió hacer un estudio de las tendencias mundiales en cuanto al comportamiento del trastorno a nivel mundial y nacional.

Medición: Escala de Epworth. (Anexo 4). Esta se aplicó para identificar los pacientes que realmente padecen de insomnio.

Encuesta (anexo 5)

Operacionalización de las variables.

Variable	Tipo de variable	Variable operacionalizada
Grupo de edad	Cuantitativa continua	15- 24 , 25-34 y 35-49 años
Sexo	Cualitativa nominal	Masculino y Femenino.
Clasificación del insomnio	Cualitativa nominal	Despertar Precoz. Conciliación Difícil Despertar Medio. Sueño suficiente.
Remisión de los síntomas	Cuantitativa continua	Entre 7 y 14 días. Entre 15 y 21 días.
Evolución	Cualitativa nominal	Adecuada. No adecuada.

Reacciones adversas	Cualitativa nominal	Sedación. Somnolencia. Astenia Muscular. Pérdida de Apetito. Mareo.
Satisfacción.	Cualitativa nominal	Muy satisfecho. Satisfecho. Poco satisfecho. Insatisfecho.

Conceptualización de las variables.

1-Grupo de edad.

15-24 años de edad cumplidos.

25-34 años de edad cumplidos.

35-49 años de edad cumplidos.

2-Sexo.

Según genero.

3-Clasificación del insomnio.

Despertar Precoz: Se incluyen aquellas personas que despiertan antes de las 5am.

Conciliación Difícil: Se incluyen aquellos que demoran más de 30 minutos para conciliar el sueño después de acostarse.

Despertar Medio: Estos son los sujetos que se despiertan antes de las 3 a.m.

Sueño suficiente: Para los pacientes que recuperaron el sueño suficiente en el periodo comprendido entre los 21 días que duró el tratamiento.

4-Remisión de los síntomas:

Entre 7 y 14 días: Se incluyen aquellos pacientes que mejoran la calidad del sueño, o resuelven el insomnio entre los 7 y 14 días de iniciado el tratamiento.

Entre 15 y 21 días: Se incluyen aquellos pacientes que mejoran la calidad del sueño, o resuelven el insomnio entre los 15 y 21 días de iniciado el tratamiento.

No remisión: para los que cumplido los 21 días de tratamiento no recuperan el sueño normal.

5-Evolución.

Adecuada: Para los pacientes que al finalizar el tratamiento logran mejorar la calidad del sueño, disminuir la frecuencia de insomnio, o recuperan el sueño normal.

No adecuada: Para los pacientes que al finalizar el tratamiento no logran mejorar la calidad del sueño, no disminuyen la frecuencia de insomnio, ni recuperan el sueño normal.

6-Reacciones adversas.

Sedación: Pacientes que sienten sedación casi todos los días después de iniciar el tratamiento, lo que interrumpe su funcionamiento habitual diario.

Somnolencia: Para los que necesitan acostarse y dormir en horarios no habituales después de iniciar el tratamiento.

Astenia Muscular: Incluye los que se sienten fatigados físicamente y cansados después de iniciar el tratamiento.

Pérdida de Apetito: Comienzan a sentir después de iniciado el tratamiento falta de apetito o no comen lo acostumbrado.

Mareo: Para los que padecen sensación de vahído y/o se sienten como si dieran vueltas, después de iniciar el tratamiento.

7-Satisfacción.

Muy satisfecho: Para los pacientes que resolvieron el insomnio, recuperaron el sueño normal y no presentaron reacciones adversas.

Satisfecho: Para los que resolvieron el insomnio finalmente y pueden haber tenido reacciones adversas.

Poco satisfecho: Para los que no resolvieron totalmente el insomnio, pero mejoraron su calidad y/o disminuyeron la frecuencia de insomnio.

Insatisfecho. Para los que no mejoraron la calidad, ni disminuyeron la frecuencia del insomnio, manteniéndolo después del tratamiento.

Se realizó Historia Clínica (anexo No 3) en la cual se recogieron datos generales del paciente (nombre y apellidos, edad, sexo, antecedentes patológicos personales), particularidades sobre el sueño y la vigilia, se obtuvo también la evolución clínica de los pacientes y el tratamiento que se les aplicó. Se incluyó una pregunta para conocer la presencia de reacción adversa a la terapéutica, se entregó a cada paciente una planilla informativa (anexo No 2), para aumentar el conocimiento sobre higiene del sueño, también se aplicó el Test del sueño Escala de Epworth (anexo No 4) y al final de los 21 días de tratamiento también se aplicó una encuesta de satisfacción (anexo No 5) a los sujetos del grupo estudio.

Consideraciones para el tratamiento.

Al grupo control se le aplicó tratamiento convencional con Nitrazepam, una o dos tabletas antes de dormir, mientras que a los pacientes incluidos en el grupo experimental se les administró tratamiento con Tintura de Pasiflora, vía oral, a una dosis de 20 gotas del preparado a las 9 pm.

El tratamiento se aplicó por un período de 21 días y la reconsulta para ambos grupos fue semanal, durante el tiempo en que se aplicó el tratamiento.

Procesamiento de la información.

Una vez concluida la recopilación del dato primario, se procedió al recuento individual de cada unidad de información, para cuyo análisis se confeccionaron tablas de contingencia, empleándose el porcentaje como medida de resumen. Se realizaron gráficos a algunas variables de importancia. (Anexo N° 6)

El procesamiento se realizó mediante porcentaje.

En la investigación se tuvo en cuenta los principios de la ética médica, haciendo hincapié en el respeto a las personas, proceder de obligado cumplimiento al trabajar con seres humanos, al contar siempre con el consentimiento del paciente que es tomado como miembro de una investigación, para lo cual se le informó correctamente *qué, por qué y para qué* se realizó el estudio, siendo libre de elegir su participación en la investigación.

Se confeccionó el informe final, cumpliendo con los requisitos metodológicos y docentes propuestos por la Universidad de Ciencias Médicas de Ciego de Ávila específicamente de su Facultad de Medicina Doctor José Assef Yara.

CAPÍTULO III.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN.

En la tabla 1 se observa la distribución de los pacientes, de acuerdo con la edad y sexo de los grupos de control y estudio. Del total de 92 pacientes estudiados (46 para cada grupo) 31 (67,40%), del sexo femenino pertenece al grupo control y 27 (58,70 %) del mismo sexo al grupo estudio, mientras que del masculino 15 (32,61 %) pertenecen al grupo control y 19 (41,31%) son del grupo estudio.

En ambos grupos (control y estudio) se evidencia un predominio del insomnio en las féminas y el grupo de edad de 35 a 49 años fue el que más consultó de uno y otro sexo, aspectos que coinciden parcialmente con la literatura consultada (9, 10, 12, 21) en la cual se plantea que el insomnio es más frecuente en las mujeres, y las edades en que aparece varían en los distintos estudios realizados en diversos países, la investigación se acerca a la realizada por Eloida Pedrosa (9) en la farmacia Homeopática de Santa Clara, donde se concluyó que las personas que acuden con alteraciones del sueño son mayoritariamente mujeres, en los grupos de edades comprendidos entre 26 - 31 años y 41 - 50 años.

Los resultados expuestos y los encontrados en la literatura revisada hablan de la demanda en consulta de la morbilidad declarada, no de la oculta que puede existir y que no acude a consulta, lo que es más probable en el sexo masculino que en el femenino, por la idiosincrasia de nuestro pueblo y el machismo arraigado.

En la tabla 2 se aprecia el modo de presentación del insomnio antes y después de la aplicación de ambas terapias. Véase que fue más frecuente para ambos grupos antes del tratamiento el despertar precoz, seguido por la conciliación difícil y luego el despertar medio, resultados que se corresponden con los del Estudio Epidemiológico de los trastornos del sueño en la población general, realizado en Madrid por diversos autores, (30 y 80) donde el despertar temprano constituyó la alteración del sueño más frecuente, similares a los resultados del estudio realizado por Eloida Pedrosa en la Farmacia Homeopática de Santa Clara. No así otros autores refieren la conciliación difícil como más frecuente (40-45)

De los 92 pacientes que presentaron insomnio de modo diferente antes de la aplicación de las terapias, 33 (71,74%) pertenecientes al grupo control, después de aplicar la terapia convencional o alopática, recuperaron el sueño continuo o suficiente, y sólo 13 (28,26 %) se mantuvieron con el sueño insuficiente.

En el grupo estudio después de la aplicación de la Pasiflora, 42 (91,31%) pacientes recuperaron el sueño continuo o suficiente y sólo 4 (8,70%) se mantuvieron con el sueño insuficiente, lo que demostró al concluir la investigación que el insomnio se resolvió en un alto por ciento para ambos

grupos, lo que nos permite afirmar que tanto los medicamentos convencionales (Nitrazepam), como la Pasiflora, son capaces de eliminar el insomnio, todo lo cual coincide con otros estudios realizados, en los que se comparan tratamientos alopáticos con tratamientos naturales en este trastorno de salud. (31, 32, 40 -45).

En la tabla 3 se representa el rango de días que los pacientes de ambos grupos refieren la desaparición del sueño insuficiente (insomnio) o restablecimiento del sueño suficiente. Obsérvese que el grupo tratado con Pasiflora, el mayor número de sus casos 29, para un 63,05 % , encontraron el sueño suficiente entre los 7 y 14 días de iniciado el tratamiento, no así los pacientes tratados con Nitrazepam que la mayoría 26, el 56,53% resolvió el insomnio entre 15 y 21 días de tratamiento, datos que coinciden con lo referido por Claudia Stern y otros autores consultados (3, 6, 15, 27, 28 y 42) que afirman que los efectos de los Fitofármacos son más rápidos, entre los 7 días de comenzados a tomar, mientras que con los fármacos alopáticos en el curso de 2 a 3 semanas de tratamiento se debe conseguir la eliminación casi total de los síntomas.

Tabla 4 y gráfico 1.

Evolución clínica de los pacientes seguidos con ambas terapias.

Aquí se plantea la evolución clínica de los pacientes seguidos con ambas terapias. Del total de 92 pacientes investigados, 75 (81,53%) evolucionaron adecuadamente al tratamiento, de ellos 42 (91,31%) integran el grupo estudio y 33 (71,74%) el grupo control. Sólo no evolucionaron

adecuadamente 17 (18,48%) pacientes, 13 (28,26%) pertenecen al grupo control y sólo 4 (8,70%) al grupo estudio, por lo que puede plantearse, aunque en la bibliografía consultada no se aborda el tema de esta forma, que en el grupo estudio casi todos los pacientes tienen una evolución adecuada con excepción de 4 pacientes (no tuvieron fe en el tratamiento y no lo cumplieron de manera adecuada) debido a que en Cuba no existe tradición en el uso de estas terapéuticas (42).

Los resultados alopáticos han sido comparados con otros estudios que coinciden con este en que no existen diferencias de magnitud entre los tratamientos farmacológicos y otras terapias (auriculoterapia, acupuntura corporal, terapia del comportamiento, terapia floral de Bach) (43-59).

En la tabla 5 se relacionan las reacciones adversas con la aplicación del tratamiento convencional o alopático. En los pacientes que las refirieron pudieron ser una o varias de ellas: la sedación (71,74%), somnolencia (67,40%), astenia muscular (39,96%), pérdida del apetito (28,26%) y mareos (19,57%), mientras que en el grupo estudio no hubo reacción adversa referida por ningún paciente.

La literatura consultada reporta la presencia de dichos efectos adversos al medicamento utilizado en el grupo control (Nitrazepan) y la no existencia de efectos indeseables en el tratamiento con la Pasiflora (16,17, 18,22, 60, 61,62 y 63), lo que coincide con este estudio.

En la tabla 6 y el gráfico 2, se distribuye el grupo de estudio según grado de satisfacción de los pacientes tratados con Pasiflora y se resume que

están muy satisfechos 36 (78,26%), satisfechos 6 (13,04 %), poco satisfecho 2 (4,34%) e insatisfecho 2 (4,34%) . En la literatura revisada no encontramos artículos que hablen de la satisfacción de los pacientes que reciben tratamientos con fitofármacos, encontramos estudios que recogen **ítems** de satisfacción para terapia floral y auriculoterapia en el tratamiento de la ansiedad. (44 y 81)

CONCLUSIONES

La Pasiflora ha demostrado ser igualmente efectiva en el tratamiento del insomnio que la modalidad terapéutica con nitrazepan, su respuesta es favorable en menos consultas, asociada a muchas ventajas con respecto a los tratamientos alopáticos, en cuanto al registro de efectos adversos, que aparecen con carácter absoluto en las terapias convencionales, presuponiéndose que la relación riesgo -beneficio con la utilización de la Pasiflora justifica el uso de esta terapéutica.

RECOMENDACIONES

Promover la realización de investigaciones relacionadas con el uso de la Pasiflora, profundizando las modificaciones neurofisiológicas en los estudios de sueño, a partir de la aplicación de esta modalidad terapéutica.

CITAS Y REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1-Vidal. P. J. Insomnio. 2000. Disponible en: [http:// www.abctusalud.com](http://www.abctusalud.com)

2-Blanco. M. Insomnio. 2003. Disponible en: [http://
www.directoriomedico.org](http://www.directoriomedico.org)

3-Rivero. T. A. Aproximación al tratamiento del Insomnio en Atención Primaria. 2000. Disponible en: [http:// www.psiquiatria.com](http://www.psiquiatria.com)

4-El insomnio es el síntoma que más se consulta al médico de familia. 2003. Sociedad Española de Neumología. Fuente: La voz de Galicia. Disponible en: [http:// www.psiquiatria.com](http://www.psiquiatria.com)

5-Carmona. H. A, Obeso. P. S. Patología del sueño: Insomnio. 2000. Disponible en: [http:// www.canalsalud.com](http://www.canalsalud.com)

6-Delgado. P. Alteraciones del sueño y su tratamiento. 2001. Disponible en:
[http:// www.it.com.ve](http://www.it.com.ve)

7-Galo. J .S. B. Trastornos del sueño: Insomnio. 2003. Disponible en: [http://
www.gye.satnet.net](http://www.gye.satnet.net)

8-Pedrosa Jorge, E. Terapia Floral en la desarmonía que anticipa el
insomnio. 2004. Disponible en: [http:// www.sedibac.org](http://www.sedibac.org)

9-Escobar. F, Echeverry. J, Lorenzana. P. Evaluación Clínica del Insomnio.
2003. Disponible en: [http:// www.007mundo.com](http://www.007mundo.com)

10-Uno de cada dos japoneses podría padecer insomnio. Fuente:
CNN.2002.Disponible en: [http:// www.psiquiatria.com](http://www.psiquiatria.com)

11-Siete millones de taiwaneses sufren insomnio por presión laboral. Fuente:
EFE.2004. Disponible en: [http:// www.psiquiatria.com](http://www.psiquiatria.com)

12-Andaló. P. Dicen los medios. 2002. Disponible en: [http://
www.conminit.com](http://www.conminit.com)

13-Zurro. M. A, Pérez. C. J. F. Patología del Sueño. CD Atención Primaria.
Editorial 14-Harcourt Brace de España. 1999: 50.

15-Fabián. V. E. Los beneficios de la Terapia Floral. 2003. Disponible en:
[http:// www.redmarcial.com.ar](http://www.redmarcial.com.ar)

16-Desventajas que presentan los hipnóticos. 2003. Disponible en: [http://
www.216.234.176.187/drinsomnio/index.html](http://www.216.234.176.187/drinsomnio/index.html)

17-Un grupo de expertos señalan los efectos del calor en los trastornos del sueño. Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla. Fuente: EUROPA PRESS. 2002. Disponible en: [http:// www.psiquiatria.com](http://www.psiquiatria.com)

18-Insomnio y Trastornos del ritmo vigilia - sueño. 2003. Disponible en: [http:// www.es.nedstat.net](http://www.es.nedstat.net)

19-Lobato. D. S. Tres de cada diez españoles padecen insomnio. Fuente: JANO ON-LINE. 2004. Disponible en: [http:// www.psiquiatria.com](http://www.psiquiatria.com)

20-Los trastornos del sueño que afecta al 30 % de la población mundial, deterioran la salud y reducen la esperanza de vida. Fuente: El País. [17/04/2001]. Disponible en [http:// www.psiquiatria.com](http://www.psiquiatria.com)

21-La falta de sueño provoca hipertensión y obesidad. Universidad de Chicago. Fuente: AGENCIAS. [05/04/2001]. Disponibles en: [http:// www.psiquiatria.com](http://www.psiquiatria.com)

22-Ferrer. I, Pellejero. A, Pérez. N. M, Camuñas. M. A. Problemas de memoria en la vida cotidiana en pacientes en tratamiento con Benzodiazepinas. Universidad Complutense de Madrid (España). Fuente: INTERPSIQUIS. [10/01/2001]. Disponible en: [http:// www.psiquiatria.com](http://www.psiquiatria.com)

23-Gerber. R. La curación vibracional. Ediciones Robinbook. Barcelona. 2001; 149-175.

24-Osa. L. D. A. J. Terapia Floral. 2003. Disponible en: [http:// www.consultas.cuba.cu](http://www.consultas.cuba.cu)

25-González de Rivera. L. J., Cuevas de la. C., Monterrey. A. Estudio epidemiológico de los trastornos del sueño en la población general. Departamento de Psiquiatría y Psicósomática. Madrid. 1997. Disponible en [http:// www.psiquiatria.com](http://www.psiquiatria.com)

26- Smith. T. M., Perlis. L. M., Park. A., Smith. S. M., Pennington. J., Giles. E. D., Buysse. J.D. Análisis comparativo entre la farmacoterapia y la terapia del comportamiento en el insomnio crónico. Fuente: American Journal of Psychiatry. [11/01/2002]. Disponible en: [http:// www.psiquiatria.com](http://www.psiquiatria.com)

27-Galván. P. Y. L., Aguilera. M. I., Fernández. S. I., Quesada de Dumenigo. I., Baldeolla. S. E. O. Eficacia de la auriculoterapia y de la acupuntura corporal en el insomnio primario. Fuente: INTERPSIQUIS. 2003. Disponible en: [http:// www.psiquiatria.com](http://www.psiquiatria.com)

28-Orozco. R. (Conferencias). El patrón transpersonal: Una eficaz herramienta de trabajo floral. Extensiones. Instituto de Ciencias Médicas. Santa Clara. abril del 2004.

29-Los trastornos del sueño inciden en las enfermedades coronarias. Fuente: CNN. 28 Enero 2003. Disponible en [http:// www.psiquiatria.com](http://www.psiquiatria.com)

30-Dubé. B. El insomnio aumenta el riesgo de depresión. Department of Psychiatry. University of Pennsylvania Medical Center. [12/11/2001] Disponible en: [http:// www.psiquiatria.com](http://www.psiquiatria.com)

31-Dormir bien alarga la vida y te da buena salud. [14/03/2001] Disponible en: [http:// www.SaludMania.com](http://www.SaludMania.com)

32-Aplicación Terapéutica de los Elixires Florales del Dr. E. Bach. 2003.

Disponible en: [http:// www.labusqueda.8m.net/flores/trastornos.htm](http://www.labusqueda.8m.net/flores/trastornos.htm)

33-Vijnovsky. S. Un paso más. Buenos Aires. Edición Argentina. 1998.

34-Kramer. D., Wild. H. Nuevos mapas de las flores de Bach. 1996.

35- (Neylan, C.T.; Reynolds III C.F., y D.J. Kupfer, Trastornos del sueño. En: R.E. Hales, S.C. Yudofsky, J.A. Talbott (Eds.): Tratado de psiquiatría (2ª Edición española). Ancora, Barcelona, 1996.)

36- The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders CIE-10: Clinical descriptions and diagnostic guidelines. World Health Organization.1992.

37- Smith MT, Perlis ML, Park A, Smith MS, Pennington J, Giles DE, Buysse DJ. Comparative meta-analysis of pharmacotherapy and behavior therapy for persistent insomnia. Am J Psychiatry 2002; 159: 5-11.

38- Nowell PD, Mazumdar S, Buysse DJ, Dew MA, Reynolds CF 3rd, Kupfer DJ. Benzodiazepines and zolpidem for chronic insomnia: a meta-analysis of treatment efficacy. JAMA 1997; 278: 2170-2177.

39-Roth T. New developments for treating sleep disorders. J Clin Psychiatry 2001; 62 (S10): 3-4.

40-. Bobes J. No te rindas ante los trastornos del sueño. Ed. Rialp.1992.

41-. Benca RM. Diagnosis and treatment of chronic Insomnia: A review. Psychiatric Serv 2005; 56: 332-343.

42-. Hales RE, Stuart YY, Talbott YA. The American Psychiatric Press. Textbook of Psychiatry. Publicada por la American Psychiatric press, Inc. de Washington. Tercera edición española de la tercera edición de la obra original en lengua inglesa. 2000.

43-. Diagnostic Classification Steering Committee of the America Sleep Disorders Association. International classification of sleep disorders-diagnostic and coding manual. Rochester (MN): American Sleep Disorders Association 1990.

44-. Hornyak M, Feige B, Riemann D, Voderholzer U. Periodic leg movements in sleep and periodic limb movement disorder: prevalence, clinical significance and treatment. Sleep Med Rev 2006; 10: 169-177.

45-. Buysse D, Reynolds C, Kupfer D, Thorpy MJ, Bixler E, Manfredi R et al. Clinical diagnosis in 216 insomnia patients using the International Classification of Sleep Disorders (ICSD), DSM-IV, and ICD-10 categories: a report from the APA/NIMH DSM-IV field trial. Sleep 1994; 17: 630-637.

46-. Ringdahl EN, Pereira SL, Delzell JE. Treatment of primary insomnia. J Am Board Fam Pract. 2004 ;17: 212-219

47-. Meyer TJ. Evaluation and management of insomnia. Hosp Pract (Minneap) 1998; 33; 75-78, 83-86.

48-. Ancoli-Israel S. Insomnia in the elderly: a review for the primary care practitioner. Sleep 2000; 23 (S1):S23-38.

49-. Morin CM, Hauri PJ, Espie CA, Spielman AJ, Buysse DJ, Bootzin RR. Nonpharmacologic treatment of chronic insomnia: an American Academy of Sleep Medicine review. *Sleep* 1999; 22: 1134-1156.

50-. Simon G, VonKorff M. Prevalence, burden, and treatment of insomnia in primary care. *Am J Psychiatry* 1997; 154:1417-1423.

51-. Edinger J, Wohlgemuth W, Radtke R, Marsh G, Quillian R. Cognitive behavioral therapy for treatment of chronic primary insomnia: a randomised controlled trial. *JAMA* 2001; 285: 1856-1864.

52-. Robert E.Hales, Stuart Yudofsky y John, Yohn A. Talbott. *The American Psychiatric Press. Textbook of Psychiatry*. Publicada por la American Psychiatric press, Inc. de Washington. Tercera edición española de la tercera edición de la obra original en lengua inglesa. 2000.

53-Melgarejo López, Nelson, Álvarez Bustamante, Guadalupe y Alonso Abad, Antonio. Guía practica para la prescripción fitoterapeutita en la Atención Primaria de Salud. *Rev Cubana Med Gral Integr.* (Serie en Internet).marabr.2004,vol 20, no.2 (citado 10 febrero 2008),p 00. URL disponible en <http://scielo.sld.cu/scielo.php>.

54-Villavicencio O. Fitoterapia: El arte de curar con plantas medicinales *Salud natural*.1994;2(78):49.

55-Sierra P, Villán J, Martínez M J. Programa de Medicina Tradicional Herbolaria en Cuba. Las Plantas Medicinales en la terapéutica. *Rev Cubana Med Gen Integr.* 1991; 7(3):27684.

56-Normas de las Especialidades Médicas para el uso de fitofármacos y apifármacos. MINSAP, 1992.

57-Plantas Medicinales (FITOMED I), MINSAP, 1991.

58-Plantas Medicinales (FITOMED II), MINSAP, 1993.

59-Plantas Medicinales (FITOMED III), MINSAP, 1994.

60-Echemendía Salís C. Medicina tradicional herbolaria, verde o fitoterapia [en internet]. 2006 [citado 2 may 2008]: [aprox. 19 p.]. Disponible en:<http://www.16deabril.sld.cu/apuntes/mnt/medicina%20herbolaria.html>

61-Fitoterapia: historia y clasificación [en internet]. 2006 [citado 2 may 2008]: [aprox. 11 p.]. Disponible en:http://www.laclavealternativa.com/noticia/fitoterapia_historia_y_clasificacion

62-Acosta de la Luz Lérica Laz, Rodríguez Fda Carlos Alb. Plantas Medicinales. Agrinfor 2006; p 868.

63-Ávila J, Jiménez G .Estudio de las sospechas de reacciones adversas a Medicina Natural y Tradicional en Cuba. Años 20012004. [en internet]. 2007 [citado 12 abril 2009]: [aprox. 4 p.]. Disponible en:http://bvs.sld.cu/revistas/pla/vol13_1_08/pla03108.htm

64- The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders CIE-10: Clinical descriptions and diagnostic guidelines. World Health Organization.1992.

65-Smith MT, Perlis ML, Park A, Smith MS, Pennington J, Giles DE, Buysse DJ. Comparative meta-analysis of pharmacotherapy and behavior therapy for persistent insomnia. *Am J Psychiatry* 2002; 159: 5-11.

66-Nowell PD, Mazumdar S, Buysse DJ, Dew MA, Reynolds CF 3rd, Kupfer DJ. Benzodiazepines and zolpidem for chronic insomnia: a meta-analysis of treatment efficacy. *JAMA* 1997; 278: 2170-2177.

67-Roth T. New developments for treating sleep disorders. *J Clin Psychiatry* 2001; 62 (S10): 3-4.

68-Bobes J. No te rindas ante los trastornos del sueño. Ed. Rialp.1992.

69-Benca RM. Diagnosis and treatment of chronic Insomnia: A review. *Psychiatric Serv* 2005; 56: 332-343.

70-Hales RE, Stuart YY, Talbott YA. The American Psychiatric Press. *Textbook of Psychiatry*. Publicada por la American Psychiatric press, Inc. de Washington. Tercera edición española de la tercera edición de la obra original en lengua inglesa. 2000.

71-Diagnostic Classification Steering Committee of the America Sleep Disorders Association. *International classification of sleep disorders-diagnostic and coding manual*. Rochester (MN): American Sleep Disorders Association 1990.

72-Hornyak M, Feige B, Riemann D, Voderholzer U. Periodic leg movements in sleep and periodic limb movement disorder: prevalence, clinical significance and treatment. *Sleep Med Rev* 2006; 10: 169-177.

73- Buysse D, Reynolds C, Kupfer D, Thorpy MJ, Bixler E, Manfredi R et al. Clinical diagnosis in 216 insomnia patients using the International Classification of Sleep Disorders (ICSD), DSM-IV, and ICD-10 categories: a report from the APA/NIMH DSM-IV field trial. *Sleep* 1994; 17: 630-637.

74- Ringdahl EN, Pereira SL, Delzell JE. Treatment of primary insomnia. *J Am Board Fam Pract.* 2004 ;17: 212-219

75- Meyer TJ. Evaluation and management of insomnia. *Hosp Pract (Minneap)* 1998; 33; 75-78, 83-86.

76- Ancoli-Israel S. Insomnia in the elderly: a review for the primary care practitioner. *Sleep* 2000; 23 (S1):S23-38.

77- Morin CM, Hauri PJ, Espie CA, Spielman AJ, Buysse DJ, Bootzin RR. Nonpharmacologic treatment of chronic insomnia: an American Academy of Sleep Medicine review. *Sleep* 1999; 22: 1134-1156.

78- Simon G, VonKorff M. Prevalence, burden, and treatment of insomnia in primary care. *Am J Psychiatry* 1997; 154:1417-1423.

79- Edinger J, Wohlgemuth W, Radtke R, Marsh G, Quillian R. Cognitive behavioral therapy for treatment of chronic primary insomnia: a randomised controlled trial. *JAMA* 2001; 285: 1856-1864.

80- Robert E.Hales, Stuart Yudofsky y John, Yohn A. Talbott. *The American Psychiatric Press. Textbook of Psychiatry. Publicada por la American Psychiatric press, Inc. de Washington. Tercera edición española de la tercera edición de la obra original en lengua inglesa. 2000.*

81- Baker. I. H, Stetnberg. N. N. Psicoterapia del Insomnio. 2003. Disponible en: [http:// www.atheneo.com.mx](http://www.atheneo.com.mx)

BIBLIOGRAFÍA

1-Multanousky M.P.: Historia de la Medicina. Academia de Ciencias de Cuba. La Habana, 2000.

2-Sánchez Roig M.: "Hipócrates y Galeno" Historia de la Medicina. Ateneo de la Habana. Ed. Selecta. La habana, Cuba, 2002.

3-Sosa Salinas U. Manual de terapéutica bioenergética articular yelectromagnetoterapia. Trabajo para optar por el título de Máster en Medicina natural y Tradicional, Camagüey, 1997

4-Guía terapéutica dispensarial de Fitofármacos y Apifármacos. Ciudad de La Habana. Dic 1992; p 110.

5-Gómez de la Maza, M. Ensayo de Farmacofitología Cubana. Resumen de las propiedades medicinales, con especialidad a las recientemente estudiadas, de muchas plantas indígenas o de cultivo. 1889. La Habana. La Propaganda Literaria.112 p.

6-Izco, J.; E. Barreno, M. Brugués., M. Costa, J. Devesa, F. Fernández, T. Gallardo, X. Llimona, E. Salvo, S.Talavera y B. Valdés. 1998. Botánica. Primera reimpresión. McGrawn/Hill., España, 781 p.

7-Fuentes V, Granda M. Conozca las plantas medicinales. Editorial CientíficoTécnica, La Habana, 1997.

8-Roag Mark. Conozca los medicamentos más recetados. México: Ed Televisa, 1994 P. 512.

9-Poldinger W. Compendio de psicofarmacoterapia. Suiza: Ed Nocha, 1984 P.1445.

10-Formulario Nacional de Medicamentos. Editorial Ciencias Médicas 2006; p 4648

11- Información sobre plantas medicinales, fitoterapia y medicina alternativa [en internet]. 2006 [citado 2 may 2007]: [aprox. 3 p.]. Disponible en: <http://www.todoplantas.net/main.jsp>.

12- Galdo Fdez Amelia. Tisanas sedantes. (Serie en Internet) 2007 (citado 30 enero 2008). URL disponible en www.sld.cu/saludvida/naturaltradicional.

13- Enmanuel J.R. Como funciona la Medicina Natural. Salud Natural.

1993;1(3):5861.

14- Tomas Roig Juan. Plantas medicinales, aromáticas y venenosas de Cuba. Editorial CientíficoTécnica, La Habana 1998; p 8757.

15- Gotz, B. El nuevo manual de la curación por las flores de Bach. Primera edición. Ciudad México. Editorial Océano. 1996.

16- Noavo, J. La curación por las flores del doctor E. Bach. Seminario floral. Argentina. Ed. Aries. 1996.

17- Veilati, S. Tratado completo de Terapia Floral. MadridMéxicoBuenos Aires. Ed. EDASF. 1999.

18- Bulton Gold berg Group. Flower Remedies. Alternative Medicine. The definitive guise. Washington. Future Medicine, 1999. p 232247.

19- Herrera, C. Terapia Floral: Un mundo por descubrir. Madrid. España. Ed. Popular. 1997.

20.-Espeche, B. Flores de Bach I. Manual Práctico Clínico. Undécima Edición. Argentina. Ed. Continente. 1995.

21-.Deroide, P. Los elixires florales. Therapic Nature. 1995. (159) 115

22-.Rodríguez, B. Sistema diagnóstico terapéutico de E. Bach. Diplomado de facultad de psicología Universidad Central Marta Abreu. Las Villas. Cuba. Curso 2007/2008. 5

23-Luis Berdonces J. Breve Historia Antigua de la Fitoterapia. Fitomédica 2002; (1):115.

24- Asís M. Apiterapia para todos. Editorial Ciencia y Técnica. Ciudad de La Habana,1996

25-. Oramas, D .J.; Rodríguez, I.: La información científica y la Medicina Tradicional y Natural.RESUMED,2002

26- MINSAP: Normas de las especialidades medicas para el uso de fitofármacos 17. Marín Preval Juan A. Plantas Medicinales y Fitoterapia I. Aspectos fundamentales segunda edición,1996y apifármacos; 2000

27-.Dr Rocío De Armas María. Impacto de implantación del programa de MTN municipio Florida. Trabajo para optar por el título de máster en medicina tradicional, bioenergética y natural. Camagüey. 199719982000

28-.Plaza L. Hugo. Medicina Tradicional herbolaria en el asentamiento "Algarrobo"del municipio Florida 2000. Trabajo para optar por el título de master en medicina tradicional, bioenergética y natural. Camagüey

29-.Rodríguez Ramos Rómulo. Programa de gestión y desarrollo estratégico de la medicina natural en ISCMC.. 2008. Trabajo para optar por el título de master en medicina tradicional, bioenergética y natural. Camagüey.

30-.OMS. OPS: Estrategia de la Organización Mundial de la Salud sobre Medicina Natural y Tradicional 2002/2005.

31-.Organización Mundial de la Salud. Traditional Complementary and Alternative Medicines and Therapies. Washington DC. Regional de la OMS para las Américas (Organización Panamericana de la Salud) Grupo de trabajo OPS/OMS), 1999.

32-..M. Ruiz, Y. Martín, E. Fabrè, O. Prieto y N. Hernández. Consumo de fitofármacos y apifármacos por la población en la Unidad 754 de Santa Clara Hospital Universitario Dr. "Celestino Hernández Robau", Villa Clara. Centro de Estudios, Documentación e Información de Medicamentos, Villa Clara .

33-.T. Bartumeu y R. Marrero. Fitoterapia. Identificación de necesidades de información y diseño de material complementario.Hospital Universitario Dr. "Celestino Hernández Robau", Villa Clara

34-. RESUMED 2001; 14(1) 59.Formato PDF. Edit La Homeopatía como estrategia terapéutica aufman E. Editorial. Revista Homeopática para todos 4:1, novdic 1994.

- 35-. . Logot, Paul C.: Magnetismo, Hipnotismo, sugestión, método científico de experimentación al alcance de todos, Ed. Iberia, 1958.
- 36-. Burton. Golberg Group. "Alternative Medicine, the definitive guide". Washington, FutureMedicinePublishing,1999.
- 37-. MINSAP. Normas de las especialidades médicas, para el uso de fitofármacos y apifármacos, Ciudad de La Habana, 1992
- 38-. Roig, J. T. Plantas Medicinales, Aromáticas o Venenosas de Cuba. Ciudad de La Habana, Editorial Ciencia y Técnica, 1988.
- 39-. Morón F. y col. Farmacología. Cap. 13, Ciudad de La Habana, 2003.
- 40-. Elsevier B. V: Fitoterapia. The Journal For the study of medicinal plants. 76(2): 143280. Rev. Med. ISSN, march 2005 .Rilling S. The possibilities of medical ozone application in light of the historical development of ozone therapy.ozonachrichten 1983,2:26.
- 41-. Contreras R, Gómez Menéndez S. Efecto de la sustitución del aceite de oliva por aceite de girasol, sobre la actividad antimicrobiana del aceite ozonizado. Rev CENIC Cienc.Quím. 1989, 20(13) Ñ 121.
- 42-. Kaptchuk, T. J. The web that Has No Weaver. Chicago, Il: Congdon &. Weed, 1983.
- 43-. Traditional Health Systems in Latin American and the Caribeen: Baeline informations (Sistema de Salud Tradicionales en Latinoamerica y

del Caribe información de base). Washington DC, Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, 2000.

44-. Lastra H.; Ponce de León H.: Bidens piloso Linne. Rev. Cubana Plantas Medicinales 2001; (1):2833

45-. Cabana J.; Ruiz R.: Analgesia por Acupuntura. Revista Cubana Medicina Militar 2004; 33 (1).

46-. Bosch, V.F.: La Medicina Tradicional y Natural en Cuba. RESUMED, 1999,12(1):36.

47-. Dr Rigol Orlando A. Manual de Acupuntura digitopuntura para el Medico de la Familia. Editorial Ciencias Médicas La Habana 1992

48- Fitomed II.Plantas Medicinales.Editorial Ciencias Médicas. Ciudad de La Habana, 1993

49-. Roig, JT Plantas Medicinales, Aromáticas o Venenosas de Cuba.Ciudad de La Habana, Editorial Ciencia y Técnica, 1988

50-. Fitomed I. Plantas Medicinales.Editorial Ciencias Médicas. Ciudad de La Habana, 1992 .

51-. Soler Cardoso. B.A, Porto Verdecia .M, Experiencia cubana en el estudio y aplicación de medicamentos herbarios, Rev Cubana de Plant Med 1997; 2(1):3034

52-Roig J. T. Plantas Medicinales Aromáticas o Venenosas de Cuba.

53-Marinello Guerrero J. Tratamiento de Medicina Alternativa con intención curativa en el manejo del paciente con cáncer. Consideraciones éticas. 2002.

54-Tu rincón Alternativo en Internet. Eco Aldea. com. Fitoterapia para cada dolencia.

ANEXOS

ANEXO 1.

Consentimiento Informado. (Acta de conformidad).

Yo: _____

luego de ser informado por los investigadores de las características del estudio, formas de realización, ventajas terapéuticas, posibles reacciones adversas y posibilidad de abandonarlo cuando quiera sin explicaciones y sin que influya en la posterior atención y tratamiento para mi enfermedad, doy mi consentimiento para ser incluido en el estudio.

Fecha: _____

Firma: _____

ANEXO 2.

Planilla Informativa.

El sueño es un estado normal, que sucede con regularidad, cada día, y alterna con el estado de vigilia, que significa estar despierto. Está presente durante toda la vida, pero con características distintas a lo largo de esta. El sueño es necesario para que el organismo funcione normalmente. La alteración del sueño más frecuente es el insomnio y consiste en la incapacidad o dificultad para dormir.

Independientemente del grupo que usted integre para el tratamiento es necesario cumpla estas indicaciones para mejorar la calidad del sueño.

HIGIENE DEL SUEÑO.

1-Tener expectativas de sueño realistas. Puede tranquilizar al paciente, pues al saber que, puede ser normal dormir poco si durante el día no está cansado o somnoliento, el tiempo de sueño disminuye con la edad y que muchas veces el insomnio es autolimitado, es decir que se termina sin hacer nada especial.

2- Dormir tanto como sea necesario para sentirse descansado durante el

día siguiente. La disminución del tiempo que se pasa en la cama parece solidificar el sueño, por el contrario la permanencia durante demasiado tiempo en la cama parece estar relacionada con un sueño superficial y fragmentado.

3-Levantarse cada día a la misma hora, siete días a la semana.

(Despertarse por la mañana a una hora regular induce la regularidad en el inicio del sueño).

4-Realizar ejercicio físico moderado favorece el sueño; el ejercicio intenso y esporádico lo perjudica.

5-Procurar que el dormitorio sea confortable, es decir, sin ruidos (coloque alfombras, cortinas, cierre la puerta), temperatura mayor de 15 grados y menor de 25, con ropa, colchón, etc, que resulten cómodos.

6-Evitar las bebidas que contienen cafeína (café, té, y bebidas de cola), especialmente a partir del mediodía, ya que pueden producir insomnio o disminuir la profundidad del sueño.

7-No consumir alcohol ya que, aunque produce somnolencia, da lugar a un sueño fragmentado.

8-Evitar la administración de fármacos con efectos estimulantes del SNC, tales como anorexígenos, anfetaminas, antidepresivos de tipo estimulante,

preparados tiroideos, broncodilatadores, etc. Si son necesarios administrarlos por la mañana.

9-No ir a la cama con hambre. A veces un vaso de leche puede favorecer el sueño.

10-No consumir abundantes alimentos antes de acostarse, lo que puede ocasionar molestias digestivas que dificultan el sueño.

11-Evitar la ingesta excesiva de líquidos y de diuréticos al final del día, que pueden producir el llenado de la vejiga urinaria y la necesidad de orinar, lo que despierta al paciente, sobre todo si es anciano con menor capacidad vesical.

12-Eliminar el consumo de tabaco.

13-Al despertar en la madrugada no se recomienda mirar el reloj, ponga este objeto debajo de la cama o cúbralo. (30, 31, 32 y 78)

Control de Estímulos.

1- Ir a la cama cuando se tiene sueño.

2- No realizar en la cama actividades como trabajar, leer, comer o ver la televisión. La única excepción es la actividad sexual.

- 3- Si no consigue conciliar el sueño en un rato (por ejemplo, 10-30 minutos, aunque no debe estar pendiente del reloj), el paciente debe levantarse y salir de la habitación, realizar alguna actividad y cuando empiece a tener sueño volver a la habitación a dormir. Así se trata de asociar la cama y el dormitorio con el hecho de dormirse rápidamente.
- 4- Repetir lo anterior las veces que sea necesario. Será menos necesario conforme se vaya asociando el dormitorio con el sueño.
- 5- Poner el despertador y levantarse todos los días a la misma hora, independientemente de lo que se haya dormido cada noche, con el fin de conseguir y mantener un determinado ritmo del ciclo sueño-vigilia.
- 6--No dormir siestas durante el día.

ANEXO 3.

Historia Clínica.

Usted ha sido seleccionado para esta investigación y ha aceptado participar en ella, por favor, responda con toda responsabilidad.

Título de la Investigación: Efectividad de la Pasiflora en el tratamiento del insomnio.

Investigadora: Dra. Odalys R .Betancourt Álvarez.

Nombre y Apellidos del paciente:

Edad:

Sexo: M----- F-----

Dirección particular:

Antecedentes patológicos personales:

Su insomnio se caracteriza por:

Demorar para conciliar el sueño (Conciliación Difícil).....

Despertar antes de las 5am (Despertar Precoz).....

Despertar varias veces en la madrugada (Despertar Medio).....

Evolución clínica del paciente:

Adecuada ----- no adecuada -----

Presencia del síntoma (insomnio) en consultas de evaluación.

Se mantienen:

Entre 7 y 14 días.....

Entre 15 y 21 días.....

No remisión.....

Presencia de reacciones adversas:

Si----- No----- ¿Cuáles?

Sensación de cansancio-----

Molestias Gastrointestinales-----

Somnolencia diurna -----

Consume psicofármacos (antes del estudio)

Si-----

No-----

Cuales-----

Cantidad -----

Frecuencia -----

Tiempo de consumo-----

Resultado que obtuvo -----

ANEXO 4.

Test del Sueño (Escala de Epworth) .

Averigua si padeces algún tipo de insomnio. Marca una sola respuesta por pregunta

I) Durante el mes pasado, ¿cómo consideras la calidad de tu sueño?

1___Muy buena

2___Aceptablemente buena

3___Ligeramente pobre

4___Muy pobre

II) Durante el mes pasado, ¿aproximadamente cuántos minutos necesitaste usualmente para dormir una vez que decidiste ir a dormir?

1___0-20 min.

2___21-30 min.

3___31-60 min.

4___más de 60

III) Durante los últimos 30 días, ¿cuántas veces te has despertado cada noche?

1___Ninguna

2___1-3

3___4-5

4___más de 5

IV) Cada noche, durante el pasado mes, ¿cuántas horas has dormido realmente sin contar las que estuviste despierto?

1___8 horas

2___6-7 horas

3___5-6 horas

4___menos de 5 horas

V) Durante el pasado mes, ¿te sentiste con sueño durante el día?

1___Nunca

2___Un poco

3___Bastante

4___Todo el tiempo

VI) En el pasado mes, ¿cuántas veces tuviste que tomar algún producto de venta libre (infusiones, preparados de Homeopatía, extractos de hierbas en comprimidos o gotas), para poder dormir?

1___Nunca

2___De 1-7

3___8-20

4___Más de 20

VII) ¿En el pasado mes, cuántas veces has tomado medicamentos sedantes de venta bajo receta para dormir?

1___Nunca

2___De 1-7

3___8-20

4___Más de 20

Evaluación: suma los puntos que corresponden a los números de la izquierda.

Si la puntuación total es:

de 7 a 9: no padeces de insomnio

de 9 a 14: insomnio leve

de 14 a 21: insomnio moderado

de 21 a 28: insomnio severo

ANEXO 5.

Encuesta de Satisfacción.

Es importante conocer su opinión.

Responda con toda sinceridad.

Después de recibir tratamiento con Pasiflora usted se siente:

___Muy satisfecho

___Satisfecho

___Poco satisfecho

___Insatisfecho

ANEXO 6.

Láminas.

Estas láminas representan las características de la Pasiflora.

Lámina 1.



Lámina 2.



Lámina 3.



Lámina 4.



Lámina 5.

Posición correcta. Sueño normal.



Lámina 6.

Posición no correcta. Sueño anormal.

Grupo de	Grupo Estudio	Grupo Control	Total
Edades.	n-46	n-46	N-92



ANEXO 7. TABLAS .

	F		M		F		M		No	%
	No	%	No	%	No	%	No	%		
15- 24 Años	-	-	-	-	2	6,46	1	6,67	3	3,26
25- 34 Años	5	18,56	2	10,53	2	6,46	4	26,67	13	14,13
35- 49 Años	22	81,49	17	89,48	27	87,10	10	66,67	76	82,61
TOTAL	27	58,70	19	41,31	31	67,40	15	32,61	92	100

Título: Efectividad de la Pasiflora en el tratamiento del insomnio.

Tabla 1. Distribución del universo según sexo y grupo de edades.

Fuente: Encuestas.

Tabla 2. Distribución de pacientes según clasificación del insomnio antes y después del tratamiento.

Insomnio	Grupo Estudio		Grupo Estudio		Grupo Control		Grupo Control	
	Antes		Después		Antes		Después	
	No	%	No	%	No	%	No	%
Despertar Precoz	34	73,92	2	4,35	28	60,87	9	19,57

Conciliación Dificil	8	17,40	1	2,18	14	30,44	3	6,53
Despertar Medio	4	8,70	1	2,18	4	8,70	1	2,18
Sueño Suficiente	-	-	42	91,31	-	-	33	71,74
Total	46	100	46	100	46	100	100	100

Fuente .Encuestas.

Tabla 3: Distribución de pacientes según tiempo de remisión del insomnio.

Remisión del insomnio.	Estudio		Control	
	No	%	No	%
Entre 7 y 14 días.	29	63,05	7	15,22
Entre 15 y 21 días.	13	28,26	26	56,53
No remisión	4	8,70	13	28,26
Total	46	100	46	100

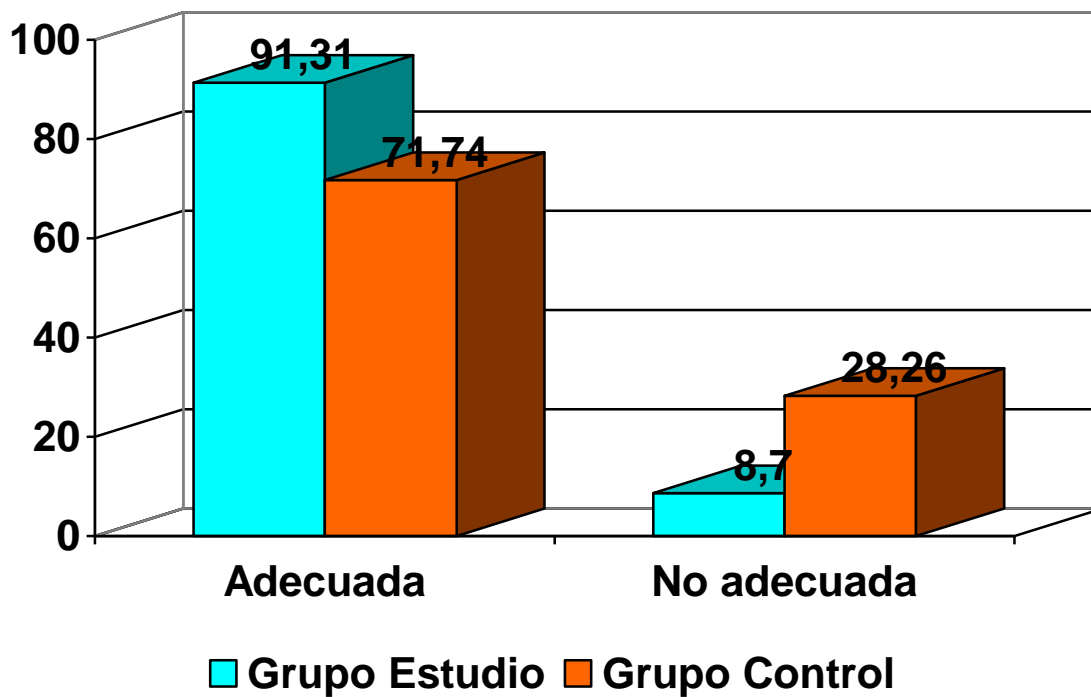
Fuente: Encuestas.

Tabla 4: Distribución de pacientes según evolución clínica al tratamiento.

Evolución clínica	Grupo Estudio		Grupo Control		Total	
	No	%	No	%	No	%
	Adecuada	42	91.31	33	71.74	75
No adecuada	4	8.70	13	28.26	17	18.48
Total	46	100	46	100	92	100

Fuente: Encuestas

Gráfico 1. Distribución de pacientes según evolución clínica al tratamiento.



Fuente: Tabla 4.

Tabla 5: Distribución de pacientes según reacciones adversas al tratamiento.

Fuente: Encuesta.

Tabla 6. Distribución según grado de satisfacción de los pacientes tratados

Reacciones adversa.	Grupo Control		Grupo Estudio.	
	No	%	No	%
Sedación	33	71.74	-	-
Somnolencia	31	67.40	-	-
Astenia Muscular	17	36.96	-	-
Pérdida de Apetito	13	28.26	-	-
Mareo	9	19.57	-	-

con Pasiflora

Grado de Satisfacción	No	%
Muy Satisfecho	36	78,26
Satisfecho	6	13,05
Poco Satisfecho	2	4,35

Insatisfecho	2	4,35
<hr/>		
Total	46	100

Fuente: Encuesta.

Gráfico 2. Distribución según grado de satisfacción de los pacientes tratados con Pasiflora

