

Eficacia de la Medicina Natural y Tradicional en el tratamiento al insomnio

Efficacy of Natural and Traditional Medicine in the treatment of insomnia

Mirce Ayala García¹ (mirceayalagarcia@gmail.com) (<https://orcid.org/0000-0002-7703-1046>)

Alejandro Bernardo Cervantes Palomino² (cervantes@ltu.sld.cu) (<https://orcid.org/0000-0003-0300-8596>)

Resumen

El siguiente artículo tiene como propósito sistematizar la eficacia de la aplicación de la Medicina Natural y Tradicional para solucionar problemas de salud, como el insomnio en este caso. Para ello se profundiza en elementos esenciales de esta patología y se analizan los tratamientos que pueden ser viables en su curabilidad. Se enfatiza en las altas probabilidades de curación de la pasiflora para tratar los trastornos del sueño. El artículo corrobora cómo la naturaleza es fuente de vida, de ahí la necesidad de su cuidado constante.

Palabras claves: Medicina Natural y Tradicional, sueño, insomnio, fitofármacos.

Abstract

The following article aims to systematize the effectiveness of the application of Natural and Traditional Medicine to solve health problems, such as insomnia in this case. To do so, it goes deeper into the essential elements of this pathology and analyzes the treatments that can be viable in its curability. Emphasis is placed on the high probability of curing passionflower to treat sleep disorders. The article corroborates how nature is a source of life, hence the need for its constant care.

Key words: Natural and Traditional Medicine, sleep, insomnia, phytopharmaceuticals.

El sueño es un componente fundamental de la conducta humana que puede verse afectado por varios factores fisiológicos y patológicos, como medicamentos, diversas enfermedades o cambios propios del ciclo vital. Los trastornos primarios de sueño no se relacionan con un trastorno psiquiátrico, una afección médica o una sustancia; se infiere que su etiología está vinculada con alteraciones de los mecanismos que regulan el sueño y la vigilia exacerbados por factores de condicionamiento.

El sueño es uno de los pilares de un estilo de vida saludable. La magnitud de su efecto en la salud es similar a los efectos de la dieta y el ejercicio. Debido a los cambios en el estilo de vida y a las jornadas de trabajo tan extensas, el tiempo promedio de sueño ha

¹ Doctora en Medicina. Especialista de Segundo Grado en Medicina General Integral. Profesora Asistente. Universidad de Ciencias Médicas Zoilo Marinello Vidaurreta, Las Tunas. Cuba.

² Máster en Medicina Natural y Tradicional. Licenciado en Enfermería. Profesor Asistente. Hospital docente Ernesto Guevara de la Serna. Las Tunas. Cuba.

disminuido a menos de siete horas. Diversos estudios vinculan la falta de sueño con obesidad, enfermedades metabólicas (como la diabetes tipo II), problemas cardíacos, desórdenes psiquiátricos y demencia. A pesar de la evidencia creciente de la importancia del sueño en la salud, pocos médicos prestan atención a este desorden en la práctica médica diaria.

Es por ello que constituye un aspecto a estudiar, con el propósito de contribuir al mejoramiento de este padecimiento. Abordarlo desde la perspectiva de la Medicina Natural y Tradicional permite obtener respuestas efectivas. De ahí que el presente artículo tenga como objetivo sistematizar en torno a la eficacia de la aplicación de la Medicina Natural y Tradicional para solucionar trastornos del sueño, como el insomnio en este caso.

Sueño e insomnio, apuntes esenciales

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Federación Mundial de Sociedades para el Estudio del Sueño pusieron en marcha desde 1997 a nivel mundial la iniciativa Sueño y Salud, un proyecto a veinte años para mejorar el diagnóstico y manejo de los desórdenes del sueño. El insomnio se define como la dificultad para conciliar el sueño, permanecer dormido, presentar despertares nocturnos o tener sueños no reparadores en el último mes. Puede ser pasajero (menor a un mes) o crónico.

Se estima que afecta al 30% de la población y el 10% lo presenta de forma crónica. La relación mujeres/varones es de 1,4, la cual se incrementa con el paso de la edad y llega al 1,7 o más después de los 45 años (Andrea, 2013).

El insomnio es el más frecuente de todos los trastornos de sueño en la población general. Se entiende por este la dificultad persistente para mantener y conciliar el sueño, despertar precoz o sueño no reparador. Lichstein y otros (2003) definen el insomnio desde un punto de vista cuantitativo, como una latencia de inicio de sueño o un tiempo de despertar mayor a 31 minutos que ocurre al menos 3 veces a la semana, al menos por un período de 6 meses.

Se estima que de 50 a 60 % de la población adulta reporta problemas del sueño, de los cuales los médicos identifican solo un 10 % (Wilson, 2005). Se trata de un síntoma, no de una enfermedad y se manifiesta por dificultad en el inicio, despertar temprano, fraccionamiento o mala calidad del sueño.

Según la duración del insomnio, existen tres tipos:

- El transitorio, que dura no más de dos semanas.
- El insomnio a corto plazo, el cual dura de dos a cuatro semanas.
- El crónico, que dura más de cuatro semanas. (Chávez, Nava, Palmar, Martínez, Rivas, Bermúdez y otros, 2017; Díaz y Ruano, 2016).

Los trastornos del sueño y, de forma particular, el insomnio, son motivo de consulta frecuente en la atención primaria. El insomnio deteriora la capacidad para trabajar en precisión e intensidad, causa malestar opcional, tanto directa como indirectamente, y está asociado con irritabilidad y hostilidad. Este se ha asociado con el bajo desempeño laboral, la salud general física o mental disminuida y los desórdenes psicológicos (Lezcano, Vieto, Morán, Donadio y Carbonó, 2014).

García y otros (2016) definieron el sueño como un estado fisiológico donde existe una pérdida gradual de la conciencia, recurrente y reversible, en respuesta al medio ambiente. En un estudio, evaluaron a estudiantes de primer año de Medicina de Santiago de Cuba, mediante una encuesta, se les realizó además un electroencefalograma, que denotó mayor prevalencia en el sexo masculino, relacionado con hábitos tóxicos y estilos de vida inadecuados (García, Querts, Hierresuelo y Quesada, 2015).

Merino y otros (2013) identificaron que los trastornos del sueño son más frecuentes durante la adolescencia. Determinaron que el sueño afecta muchas facetas de la vigilia, lo cual es de suma importancia dado que facilita la habilidad de pensar, desarrollarnos, sentir e interactuar.

Las personas con ciertas comorbilidades (enfermedades pulmonares, insuficiencia cardíaca y ciertas condiciones asociadas con el dolor como el cáncer) tienen un riesgo incrementado de padecer insomnio, sobre todo aquellos que presentan enfermedades neurológicas como Alzheimer y Parkinson. Ciertos desórdenes psiquiátricos, como la depresión, la ansiedad, el abuso de sustancias y el desorden de estrés postraumático están fuertemente asociados con el insomnio (Baglioni, Battagliese, Feige, Spiegelhalder, Nissen, Voderholzer y otros, 2011; Masters, 2014).

Además, existen trastornos respiratorios asociados con el insomnio que deben tomarse en cuenta: el síndrome de apnea obstructiva del sueño (SAOS), en el que existe obstrucción de la vía aérea superior durante la inspiración, y el síndrome de apnea central, que consiste en pausas repetitivas durante la respiración al dormir sin obstrucción de la vía aérea.

En cuanto a los desórdenes del movimiento relacionados con el sueño se encuentran el síndrome de piernas inquietas, el cual es más prominente durante la noche; el trastorno del movimiento periódico de las extremidades, durante el cual existen movimientos repetitivos estereotipados de las piernas durante el sueño; y el despertar y los calambres nocturnos de las extremidades inferiores, los cuales se caracterizan por dolor en las pantorrillas, lo que conlleva al despertar del paciente (Masters, 2014).

El síndrome de piernas inquietas es un desorden neurológico de movimiento sensoriomotor que causa insomnio grave. Afecta a un rango que va del 20 al 40% de los pacientes con insuficiencia renal crónica que se encuentran en tratamiento con diálisis. En raros casos se asocia con anemia por deficiencia de hierro y neuropatía periférica.

Diversos estudios han demostrado que este síndrome es causado por ciertas alteraciones en el metabolismo del hierro en el sistema nervioso central. Los pacientes cuentan con niveles bajos de ferritina sérica en el líquido cerebroespinal, a pesar de tener niveles séricos normales de hemoglobina, hematocrito y hierro séricos (Wilson, 2005).

Algunas otras enfermedades que provocan insomnio son el asma, la fibromialgia, la demencia, la enfermedad de Parkinson, los trastornos psiquiátricos, la cefalea en racimos, los síndromes epilépticos y el insomnio familiar fatal. También la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) provoca la alteración del sueño, a partir de los ataques nocturnos, la tos, la producción de esputo o la disnea. En la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) los episodios de reflujo durante la noche provocan malestar, lo cual le impide al paciente tener un sueño adecuado (Masters, 2014).

Las personas desempleadas, divorciadas, viudas, separadas, con altos niveles de estrés, turnos de trabajo nocturnos, despertares nocturnos frecuentes y bajo nivel socioeconómico, así como los pacientes que toman múltiples fármacos tienen una alta prevalencia de insomnio. Entre esos fármacos se incluyen los estimulantes (cafeína y nicotina), antidepresivos, betabloqueadores, bloqueadores de canales de calcio, glucocorticoides, alcohol, hipnóticos, metildopa, anticolinérgicos, metilfenidato, hormonas (tiroides, anticonceptivos), broncodilatadores, descongestionantes y ciertos antineoplásicos (leuprolide, goserelina, daunorrubicina, interferón alfa) (Masters, 2014).

En la última clasificación de las alteraciones del dormir (International Classification of Sleep Disorders, 2014), en lo referente a la “alteración por insomnio crónico”, se ha tenido especial interés en restringir todos los subtipos de insomnio sobre la base de las siguientes consideraciones clínicas: que las dificultades para iniciar o mantenerse dormido estén presentes por lo menos tres veces por semana, en un lapso mínimo de tres meses. Estas dos modificaciones han reducido el porcentaje de personas con insomnio crónico, homogenizar los subtipos posibles de insomnio, mismos que llevaban a una heterogeneidad en cuanto a posibles explicaciones y mecanismos etiológicos, al mismo tiempo que esto ha permitido explorar posibles mecanismos fisiopatológicos comunes, como pueden ser la hiperactividad de los sistemas de alertamiento o despertar.

El sueño presenta importantes funciones biológicas y fisiológicas, que intervienen en los procesos de restauración de la energía, el aprendizaje, la memoria y la cognición. Aunque las funciones de los estados del sueño no se conocen en su totalidad, existe suficiente evidencia que señala una relación con la recuperación de la vigilia anterior y/o prepararse para el funcionamiento adecuado en la posterior vigilia (Feillet, Ripperger, Magnone, Dulloo, Albrecht y Challet, 2006). La restricción del sueño nocturno a menos de 6 horas por un lapso mayor a cuatro días consecutivos, ha reflejado ser perjudicial en lo referente a función cognitiva, rendimiento y estado de ánimo, regulación del apetito, metabolismo de la glucosa, y la función inmune. Mientras que la recomendación

actual en función de la evidencia reportada indica que los adultos deben dormir 8 horas por noche para evitar un déficit neuroconductual (Van Dongen, Maislin, Mullington y Dinges, 2003).

Los criterios del DSM-5 para insomnio primario muestran que su duración resulta ser un factor importante para su orientación. De acuerdo con esta, se considera insomnio episódico cuando los síntomas duran, como mínimo, un mes, pero menos de tres meses; insomnio persistente, cuando los síntomas duran tres meses o más, e insomnio recurrente cuando ocurren dos o más episodios en el curso de un año. De acuerdo con su modo de presentación en otras clasificaciones, este puede ser de conciliación (dificultad del paciente para quedarse dormido), de mantenimiento (cuando el sueño se ve interrumpido a lo largo de la noche y hay dificultad para reconciliarlo) y de despertar temprano (frecuente en ancianos y pacientes con depresión). Se denomina insomnio paradójico a una mala percepción del propio sueño, y la característica principal es una queja de insomnio, sin que pueda documentarse un trastorno de tal magnitud mediante la realización de pruebas diagnósticas como el polisomnograma (Silber, 2005).

Las quejas de mal dormir son frecuentes, pero pocos pacientes solicitan atención sanitaria de forma específica. Esta falta de atención médica contrasta con la elevada utilización de fármacos para tratarlas, fundamentalmente benzodiazepinas. Se ha demostrado que la mitad de los pacientes que toma benzodiazepinas diariamente durante más de 6 meses había iniciado el tratamiento por quejas de insomnio (Viniestra y otros, 2015).

Desde el punto de vista económico, el insomnio tiene un fuerte impacto para la sociedad actual, pues a los costos directos derivados de su diagnóstico y tratamiento, se deben agregar los costos indirectos asociados a la morbilidad y mortalidad asociada como mayores índices de ausentismo laboral y a una mayor utilización de los servicios de salud; concomitantemente, se asocia un menor nexo con las relaciones interpersonales y mayor riesgo de accidentes laborales y de tránsito. A pesar de su alta prevalencia y el impacto negativo, el insomnio permanece subdiagnosticado y no tratado en aproximadamente un 80 % de los casos. En general, cuando el médico de atención primaria recibe casos de insomnio, su tratamiento se limita a la administración de medicación hipnótica. Debemos tener en cuenta que los efectos de tolerancia, dependencia psicológica e insomnio iatrogénico por el uso continuado de hipnóticos y sedantes plantea un problema grave (Thase, 2005).

Tratamientos médicos para el insomnio

A pesar de la alta prevalencia y la carga que este conlleva, el insomnio viene en gran parte subdiagnosticado y, por lo tanto, cursa sin un tratamiento adecuado. La mayoría de los tratamientos encontrados, son de tipo farmacológico, son automedicados y no consideran sus efectos secundarios. Cuando llega la queja de insomnio al médico tratante, existe la tendencia a utilizar fármacos hipnóticos, y aunque estos tienen una indicación clara en el insomnio, los factores psicológicos y comportamentales son casi

siempre factores perpetuadores de los trastornos del sueño, y estos deben ser explorados especialmente en los casos de insomnio crónico (Espie, 2002).

En la última década se han realizado importantes avances sobre las intervenciones no farmacológicas del insomnio; pero, aunque este tipo de tratamientos son muy bien aceptados por parte de los pacientes, su conocimiento médico es muy pobre y, por lo tanto, subutilizados. Los objetivos del tratamiento del insomnio son mejorar los aspectos cuantitativos y cualitativos de sueño, reducir la angustia y la ansiedad asociados con la falta de sueño y mejorar el rendimiento durante el día (Buysse, 2013).

Dentro de las terapias cognitivas comportamentales se incluyen la terapia de control de estímulos, la terapia restricción de sueño, el entrenamiento en relajación, la terapia cognitiva, la educación en higiene de sueño y la terapia cognitivo-conductual combinada:

- Terapia de control de estímulos: Serie de instrucciones diseñadas para reasociar la cama, habitación, con el sueño y restablecer un horario consistente de sueño vigilia. Ir a la cama solo cuando se tiene sueño, salir de la cama cuando no sea capaz de dormir, utilizar la cama solo para dormir y la actividad sexual.
- Terapia restricción de sueño: Método por el cual se crea una leve privación de sueño que resulta en un sueño consolidado y más eficiente.
- Entrenamiento en relajación: Procedimientos orientados a reducir la tensión somática (relajación muscular progresiva, entrenamiento autógeno) o pensamientos intrusivos (meditación) que interfieren con el sueño.
- Terapia cognitiva: Método psicoterapéutico orientado a cambiar creencias distorsionadas y actitudes acerca del sueño, el insomnio y las consecuencias del día siguiente. Otras estrategias cognitivas se usan para controlar pensamientos intrusos a la hora de acostarse y prevenir un monitoreo excesivo de las consecuencias del insomnio.
- Higiene del sueño: Se refiere a la noción de qué tipos especiales de comportamiento llevan a condiciones incompatibles con el sueño y que la modificación comportamental asociada puede mejorar el insomnio (Smith, Perlis y otros, 2002). Un estudio realizado por Gancedo y otros (2014) con respecto a la aplicación de pautas de higiene de sueño mostró la eficacia de estas en la mejoría de insomnio de los pacientes que las recibieron en un modelo psicoeducativo en el consultorio. Las pautas de higiene de sueño se resumen así:
 1. Levantarse siempre a la misma hora.
 2. Permanecer en la cama el tiempo acostumbrado antes del trastorno de sueño.

3. Suspender el consumo de sustancias con actividad en el sistema nervioso central (alcohol, nicotina, cafeína, estimulantes).
 4. Evitar siestas durante el día.
 5. Realizar un programa de ejercicio diario temprano o en la tarde.
 6. Eliminar estímulos nocturnos, televisión, uso de computadores.
 7. Intentar elevar la temperatura corporal mediante un baño caliente previo 20 minutos antes de dormir.
 8. Comer diariamente a horas regulares, evitar comidas pesadas cerca de la hora de acostarse.
 9. Practicar rutinas relajantes en la noche como relajación muscular progresiva o meditación.
 10. Mantener condiciones confortables para dormir. Adicionalmente, es muy útil proporcionar información básica sobre el sueño normal, diferencias individuales en las necesidades del sueño y cambios fisiológicos a través del ciclo vital. Esta información ayuda a diferenciar entre el insomnio clínico y el insomnio dentro de un sueño normal. Estas instrucciones deben hacer parte de todo un programa de intervenciones al insomnio y no como método único.
- Actividad física: Varios estudios han sugerido que la falta de sueño puede estar relacionada con inactividad física o con un estilo de vida sedentario. El ejercicio se considera una intervención no farmacológica eficaz para prevenir o reducir problemas del sueño. Este último y el ejercicio influyen entre sí a través de interacciones complejas que incluyen diversas vías fisiológicas y psicológicas. El ejercicio provoca cambios fisiológicos favorables en la regulación homeostática del sueño, lo que aumenta las ondas lentas (sueño profundo). (García, del Castillo, Gamboa, Chan, de la Cruz, Arévalo, Ramírez y otros, 2016).

Para el insomnio existen otras formas terapéuticas como la medicina oriental. Esta medicina se basa en el concepto de Qi (o energía vital) equilibrado, que se cree recorre el cuerpo de la persona. Quienes practican esta medicina proponen que el Qi regula el equilibrio espiritual, emocional, mental y físico y está afectado por las fuerzas opuestas del yin (energía negativa) y el yang (energía positiva). Según la medicina tradicional china, la enfermedad ocurre cuando se altera el flujo del Qi y se produce un desequilibrio del yin y el yang. Los componentes de este tipo de medicina comprenden terapia de hierbas y alimentación, ejercicios físicos que restituyen la salud, meditación, acupuntura y masajes reparadores.

Según la medicina tradicional china (MTC), las 24 horas del día oscilan entre el yin y el yang. La noche es el período más yin, asociado a la quietud, la oscuridad, el frío; y el día es el más yang, asociado a la luz, la actividad, el calor. El sueño depende del

elemento fuego (uno de los 5 elementos de la MTC) y el corazón es un órgano más importante. Las funciones del corazón van más allá del propio órgano, influyen en la actividad mental y el sueño.

Durante el día, cuando nuestro cerebro está en pleno rendimiento, la actividad cerebral depende del yang. El yin disminuye a lo largo del día a causa de nuestra actividad cerebral y, por la noche, con el reposo y el sueño vuelve a recuperarse. Dormir, especialmente por la noche, conlleva que al día siguiente estemos renovados. Cuando no se duerme bien durante un largo período de tiempo, nuestro cuerpo refleja una situación de desequilibrio en la que predomina el yang, que puede conducir a que no podamos conciliar el sueño porque necesitamos una situación más tranquila, más yin, de nuestro cuerpo y mente para poder dormir bien.

La calidad y cantidad de sueño depende de la mente (en medicina tradicional china se le llama Shen). La mente arraiga en el corazón y específicamente en la sangre del corazón y el yin de corazón. Si el corazón está sano y la sangre abunda, el sueño será sólido, pero si presenta deficiencias, el corazón estará agitado por factores patógenos, se producirá entonces alteración en el shen y por consiguiente, aparecerá insomnio. El stress emocional puede producir alteraciones energéticas a nivel interno de los órganos. Una alteración energética en exceso o defecto afecta a la sangre y esta a la mente.

Textos antiguos de Medicina Tradicional China como el libro de Jin Yue (1624) de Zhan Jing Yue dice: “el exceso de ejercicio, preocupación y un pensamiento excesivo dañan a la sangre, de manera que la mente y el alma queda intranquilo y se produce insomnio”. Es importante poder realizar un buen diagnóstico clínico ya que existen circunstancias temporales como un cambio repentino de tiempo atmosférico, descompensación horaria, demasiado calor en la habitación, haber tomado estimulantes (café, alcohol), un disgusto emocional puede producir insomnio de manera temporal. Las personas mayores presentan un Qi/Xue más debilitado por lo que tendrán menos necesidad de sueño.

La acupuntura, los productos naturales y entre ellos las plantas, representan una fracción importante entre los medicamentos de uso clínico empleados en la actualidad.

Utilización de la Medicina Natural y Tradicional (MNT) en el tratamiento al insomnio

La fitoterapia es la rama de la terapéutica relacionada con la aplicación de recursos vegetales en la prevención, promoción y restauración de la salud humana. La proporción de plantas medicinales que hoy intervienen en la preparación de productos farmacéuticos en todo el mundo, equivale aproximadamente al tercio de las sustancias sintéticas empleadas. Los requerimientos de volúmenes y calidad de material vegetal, determina la necesidad de la adecuada planificación de la explotación de plantas silvestres y el cultivo de plantas de interés medicinal.

Elementos que determinan el carácter científico de la fitoterapia:

- La presencia de principios químicos biológicamente activos contenidos en las plantas.
- La viabilidad de incorporación de los principios activos contenidos en las plantas de determinados métodos extractivos o incorporados por vía de procesos fisiológicos.
- La potencialidad de la sustancia química incorporada a la economía celular para actuar sobre procesos químicos que forman parte de las reacciones metabólicas o patológicas.
- La comprobación del hecho de que, en el humano, se verifican efectos farmacológicos responsabilizados a la administración de extractos de plantas.
- El límite sustancial entre la práctica fitoterapéutica empírica y científica está determinado por el rigor de los estudios básicos de la droga vegetal que se emplean en el paciente (estudios de toxicidad).

Podemos decir que la fitoterapia, se trata de una terapia alternativa de la medicina bioenergética que se basa en el uso de recursos vegetales con finalidad terapéutica, se utiliza para la prevención y tratamiento de patologías.

En este caso utilizaremos como fitofármaco: la *Pasiflora* en el tratamiento del insomnio, motivados porque diariamente en nuestro trabajo profesional, tratamos pacientes que refieren trastornos del sueño, específicamente, insomnio. Teniendo en cuenta que la esencia del médico en la atención primaria es la profilaxis y prevención de las enfermedades vinculado con las diferentes formas de actuar y convivir de cada individuo relacionadas con este trastorno, así como las alternativas para modificarlas a favor de una vida saludable, equilibrio entre el Yin y el Yan. Disminuir el consumo, costo y efectos adversos de los benzodiazepínicos.

La medicina verde o plantas medicinales, fitoterapia, como suelen llamarse, son tan antiguas como la humanidad y se han transmitido de generación a generación. Las plantas han sido usadas para tratar todo tipo de enfermedades. La aparición de las drogas sintéticas determinó su declinación a mediados de este siglo, sin embargo, en los últimos tiempos hay una motivación hacia los valores y la poca nocividad de las plantas medicinales, no solo en Cuba, sino a nivel mundial (Pargas, 2005).

En este trabajo se propone utilizar como fitofármaco la *Pasiflora* extracto fluido.

Nombre científico: *Pasiflora incarnata* L

Otros nombres comunes: Zarcillo de pasiflora.

En castellano, el nombre común tiene muchas variantes, según la región: maracuyá, flor de pasión, granadilla, pasiflora, pasionaria, parchita, mburucuyá y chinola.

Taxonomía

- Reino: Plantae
- División: Magnoliophyta
- Clase: Magnoliopsida
- Orden: Malpighiales
- Familia botánica: Passifloraceae
- Género: Passiflora
- Especie: P. incarnata

Passiflora incarnata es una planta trepadora de rápido crecimiento perteneciente al género *Passiflora* conocido comúnmente como flores de la pasión. Su principal característica es la peculiar forma de sus flores. Alcanza los 6-9 metros de largo. Tiene unos zarcillos que le sirven para trepar. Las hojas están divididas en tres lóbulos finamente dentados y pecioladas. Las flores son aromáticas y grandes, de 5 cm de diámetro, se producen solitarias en un largo pedúnculo, son de color blanco, amarillento o carnosos con tonos púrpuras. El cáliz con cinco sépalos unidos por la base formando una copa. La corola está compuesta por pétalos blancos rodeados por una triple corona de filamentos de color púrpura.

Su fruto, conocido como granadilla, es una baya de color amarillo del tamaño de un huevo y se torna naranja cuando está madura. En esta especie, el mucílago amarillo que rodea a las semillas es dulce y comestible; sin embargo, posee muchas semillas, por lo que mayormente es comido por los animales silvestres. En Centroamérica y el norte de Suramérica se consume en zumo y postres.

Propiedades

- La parte aérea de la planta es rica en numerosas sustancias: flavonoides, fenoles, aceites esenciales, a las que se le atribuye en conjunto su acción sedante.
- Utilizado en casos de insomnio y de ataques/crisis de ansiedad.
- Disminuye la tensión arterial y el ritmo cardíaco.
- Los indios americanos utilizaban cataplasmas con la planta para tratar heridas y quemaduras

Las formas farmacéuticas en que puede utilizarse la pasiflora son: decocción y extracto fluido. Su posología para el caso del insomnio es la siguiente: 0,2ml (200mg) a 0,25ml (250mg) en 100 ml de agua dos a tres veces al día o 10 gotas en medio vaso de agua antes de acostarse.

El análisis realizado permite corroborar cómo la naturaleza es fuente de vida, en tanto de ella provienen recursos de inigualable efectividad para la curación de enfermedades.

Asimismo, es posible afirmar que en el tratamiento a los trastornos del sueño influyen diversos factores que, con la atención enfocada del paciente en su realidad, pueden atenuarse, independientemente de que el suministro de fármacos coadyuva también en ello. El uso de fitofármacos disminuye la agresividad que los fármacos pueden provocar al organismo, es el caso de la pasiflora abordado en este artículo.

Referencias

- Andrea, C. (2013). Insomnio: generalidades y alternativas terapéuticas de última generación. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 24(3), 433-441. Recuperado de MedicLatina.
- Baglioni, C., Battagliese, G., Feige, B., Spiegelhalder, K., Nissen, C., Voderholzer, U. y otros (2011). Insomnia as a predictor of depression: a meta-analytic evaluation of longitudinal epidemiological studies. *J Affect Disord*, 135(1-3), 10-9.
- Buysse, D. (2013). Insomnia. *JAMA*, 309(7), 706-16.
- Chávez, M., Nava, M., Palmar, J., Martínez, S., Rivas, G., Bermúdez, V. y otros (2017). En búsqueda del hipnótico ideal: tratamiento farmacológico del insomnio. (Spanish). *Archivos Venezolanos de Farmacología y terapéutica*, 36(1), 10-21. Recuperado de MedicLatina.
- Díaz, R. y Ruano, M. (2016). Prevalencia y persistencia del insomnio crónico Estudio SUECA II. *Acta Médica Colombiana*, 36, 119-24.
- Espie, C. A. (2002). Insomnia: conceptual issues in the development, persistence, and treatment of sleep disorder in adults. *Annu Rev Psychol*, 53, 215-43.
- Feillet, C. A., Ripperger, J. A., Magnone, M. C., Dulloo, A., Albrecht, U. y Challet, E. (2006). Lack of food anticipation in Per2 mutant mice. *Curr Biol.*, 16(20), 2016-22.
- Gancedo, A., Gutiérrez, A. F., González, P., Salinas, S., Prieto, D. y Suárez, P. (2014). Efectividad de una intervención educativa breve en pacientes con insomnio en atención primaria. *Atención Primaria*, 46(10), 549-57.
- García, E., del Castillo, C., Gamboa, R., Chans, A., de la Cruz, Y., Arévalo, J., Ramírez, P. y otros (2016). Insomnio y estrés percibido en estudiantes de medicina. (Spanish). *Revista Mexicana De Neurociencia*, 17(4), 26-36. Recuperado de MedicLatina.
- García, A., Querts, O., Hierresuelo, E. J. y Quesada, S. (2015). Algunos aspectos psicosociales del insomnio en estudiantes de primer año de medicina. *Medisan*, 19, 56-60.
- Lezcano, H., Vieto, Y., Morán, J., Donadio, F. y Carbonó, A. (2014). Características del Sueño y su Calidad en Estudiantes de Medicina de la Universidad de Panamá. *Revista Médico Científica*, 27, 3-11.

- Lichstein, K. I., Durrence, H. H., Taylor, D. J. y otros (2003). Quantitative criteria for insomnia. *Behav Res Ter*, 41, 427-45.
- Masters, P. A. (2014). Insomnia in the Clinic. *Ann Intern Med*, 161, ITC4-1.
- Pargas, F. (2005). *Enfermería en Medicina Tradicional y Natural*. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas.
- Smith, M. T., Perlis, M. L., Park, A. y otros (2002). Comparative meta-analysis of pharmacotherapy and behavior therapy for persistent insomnia. *Am J Psychiatry*, 159,5-11.
- Silber, M. H. (2005). Chronic insomnia. *N Eng J Med*, 353, 803-10.
- Thase, M. E. (2005). Correlates and consequences of chronic insomnia. *Gen Hos Psychiatry*, 27,100-12.
- Van Dongen, H. P., Maislin, G., Mullington, J. M. y Dinges, D. F. (2003). The cumulative cost of additional wakefulness: dose-response effects on neurobehavioral functions and sleep physiology from chronic sleep restriction and total sleep deprivation. *Sleep Med Rev*, 26(2),117-26.
- Viniegra, M. A. y otros (2015). Abordaje integrativo del insomnio en atención primaria: medidas no farmacológicas y fitoterapia frente al tratamiento convencional. *Aten Primaria*, 47(6), 351-8. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2014.07.009>
- Wilson, F. J. (2005). Is Sleep the New Vital Sign? *Annals of Internal Medicine*, 142, 877-80.