

EL SENTIDO BIOLÓGICO DEL INSOMNIO

por el

Doctor PABLO GOTOR GONZALEZ

Psiquiatra provincial y de la Cruz Roja.
Sevilla.

Es comprensible que la terapéutica haya sido puramente sintomática en los comienzos de su evolución histórica, y que gradualmente, de modo paralelo al progreso de las otras direcciones médicas, haya ido reduciéndose a su papel secundario el tratamiento del síntoma.

El sentido higiénico, biopositivo, es decir, tendente hacia la restauración y la salud, de algunos síntomas, ha sido puesto de manifiesto recientemente en muchos casos. Muchas veces hoy, no sólo son respetados, sino que los provocamos con fines terapéuticos. Ejemplos flagrantes son la fiebre y el acceso convulsivo. Seguimos, además, utilizando antitérmicos y anticonvulsivos, pero, sobre todo, los primeros, con mucha mayor moderación y juicio clínico.

La significación favorable de algunos síntomas en Psiquiatría ha sido expresada, o, al menos, sentida, por algunos autores desde hace tiempo; pero nadie, en mi conocimiento, ha expuesto teórica y clínicamente el problema con la claridad y precisión de los doctores GURRÍA AIZPÚN y ABELLA GIBERT, de los que tomo la expresión higiénica (1).

Penetrado desde hace tiempo de estas ideas, no podía menos de aplicarlas al problema del insomnio. Pocas molestias hay que el enfermo, y aun el médico, quieran combatir de modo tan descaradamente «sintomático». Todo psiquiatra práctico, lo mismo que todo médico internista, habrá oído mil veces en su consulta a un enfermo que acaba de conocer, decirle: «Pero, doctor, ¿y esta noche la voy a pasar también sin dormir?» O bien: «Yo creo que si durmiese, todas mis molestias desaparecerían.» O la familia cuenta: «Por temporadas duerme mal; y, claro, en cuanto lleva dos noches sin dormir, viene todo lo demás.» Lo que ya expresa toda una opinión patogénica profusamente extendida.

Como los pensadores antes citados indican, hay síntomas biopositivos, otros bionegativos y otros, dentro de su bionegatividad, llevan en sí algo tendente a la curación y la salud. En cuál de estos tipos entra el síntoma insomnio, es el problema que vamos a discutir, sin pretender sentar conclusiones definitivas.

No puedo menos de parangonar la falta de sueño con la masturbación y las poluciones. Para la gente, el semen es algo esencial, una especie de primer principio indispensable para su vida. Y derrocharle sería derrochar la vida misma. El sueño es considerado también tan importante, que su ausencia o perturbación ha de causar necesariamente los más graves trastornos. Para los «pensadores» de mayor o menor cultura, esto es evidente; ¿de qué modo si no podrían repararse las pérdidas ocasionadas durante la actividad de la vigilia? Si durante el día hay un «desgaste» que se repara en el reposo nocturno, ¿qué clase de destrucción amenazará al que se consume sin reponer pérdidas?

Ya dice BLEULER en su *Manual de Psiquiatría* que las funciones del sueño deben también poder realizarse de otra manera en cuanto de todo psiquiatra

son conocidos casos en que el enfermo pasa largas temporadas sin dormir y sin que se aprecien manifestaciones atribuibles a tan largo insomnio.

De un modo u otro, que el insomnio engendre trastornos de toda clase, puede comprenderse por las consideraciones anteriores. Algo semejante al problema de la masturbación. Si el paciente cree que ésta le perjudica, no es extraño que su práctica lleve tras sí una serie de perturbaciones psicógenas. Y que todos los temores que han podido tener una completa elaboración en las angustiosas horas pasadas sin dormir cristalicen en el día y los días siguientes. Mas, ¿ocurre esto siempre? Yo he tenido no uno sino varios enfermos que aseguraban lo contrario; cuando sufrían una noche de insomnio, al día siguiente se encontraban mejor.

Más interesantes que estos casos, relativamente raros, son otros, muy frecuentes, de psicosis alternantes; es decir, de psicosis, sobre todo melancolías, en que en días alternos el enfermo está bien o casi bien, y el día intermedio francamente mal. El día malo se duerme mal, esto no ha extrañado a nadie; es natural que el día agitado lleve a una noche del mismo temple. Pero no cabe duda que el día malo sigue a una noche con buen sueño, y el día bueno a otra insomne. Esto no puede negarse, aunque hasta ahora, que yo sepa, no se haya enjuiciado en este sentido, y, lo confieso, no sea probatorio en absoluto. Pero, aun suponiendo que el proceso remita por completo de un día a otro, lo que, desde luego, es posible, ¿cómo tiene el enfermo un alivio tan considerable o una remisión clínica, a veces completa, después de los graves perjuicios que se supone debe producir la noche insomne y agitada?

Según RUDDER (1), no son raros en el hombre ritmos determinados por el retroenfrenamiento entre dos procesos acoplados del siguiente modo. Un proceso A gobierna un proceso B de tal modo, que el crecimiento o acentuación de A determina una intensificación de B. El proceso B, sin embargo, tiene, a su vez, una acción enfrenadora sobre A, con lo que cuando el valor de B alcanza una cierta intensidad, A se encuentra progresivamente reducido. Este empobrecimiento de A condiciona secundariamente una disminución en B, en cuanto depende de A en la forma indicada. Mas al decrecer B y disminuir su freno, puede A crecer de nuevo en intensidad. Y así, se repite en forma de sistema, que puede tratarse matemáticamente.

A mi juicio, éste es el tipo de ritmo sueño-vigilia. La claridad de conciencia propia de la vigilia va acentuándose a lo largo del día (lo que es más claro en ciertos tipos psicopáticos). Que al mismo tiempo el crecimiento de A (vigilia) condiciona una intensificación de B (sueño), es evidente, aunque se manifieste en latencia; pues es indudable que, a medida que transcurre el día, es mayor la capacidad para dormir. Mas llega un momento en que el acrecentamiento de B (sueño) va enfrenando A (vigilia), con lo que viene la somnolencia, y, finalmente,

(1) GURRÍA AIZPUN y ABELLA GIBERT: *Rev. Esp. O. N. O.*, X, 53, 77, 1951.

(1) RUDDER (B.): *Über sogenante «kosmische» Rhythmen beim Menschen*. Thieme, 1948.

el sueño. La casi anulación de la conciencia conduce inmediatamente a la disminución de B (sueño), como puede verse en la curva de profundidad del sueño. Alcanzando un cierto nivel comienza de nuevo un robustecimiento de la vigilia con disminución de la intensidad del sueño, de modo análogo a lo expuesto para los procesos hipotéticos A y B.

En el insomnio, a primera vista parece como si hubiese una inhibición del proceso B (sueño); pero en ese caso, el A-vigilia, falto del freno B, experimentaría un progresivo enriquecimiento. Y no es así; la Clínica nos enseña que casi siempre las noches insomnes van seguidas de días especialmente turbios de conciencia («se pasaba las noches de claro en claro y los días de turbio en turbio»). Parece como si, por el contrario, hubiese una debilidad de la vigilia (proceso A) y con ella una debilidad secundaria del proceso B-sueño, por insuficiencia de la estimulación A. Al incrementar nosotros el B con hipnóticos, desequilibraríamos aún más el ritmo, obteniendo un freno-B sobre una débil vigilia-A. Y, efectivamente, casi siempre, aun con hipnóticos de rápida eliminación, no obtenemos en el estado vigilia la mejoría apetecida. Los enfermos se notan deprimidos, cansados, llenos de molestias.

Si la hipótesis que estamos comentando fuese acertada, lo racional sería estimular el proceso débil (A), por ejemplo, con aminas despertadoras, lo que se hace a veces con buenos resultados, aunque sin clara visión de los motivos, o, por lo menos, no acentuar el desequilibrio aumentando la intensidad de lo mejor conservado. Por tanto, respetar el síntoma, el insomnio.

Otro punto de vista que favorece nuestra concepción es el que se refiere a la ley bien conocida de la fragilidad en Biología de lo complicado, y más reciente en la evolución. El sueño es una forma más primitiva de vida, más elemental y sencilla, y, como tal, más resistente a las agresiones patógenas. Por eso debemos considerar más lábil la vigilia y que en las perturbaciones del par hipnico debe ser ella la que tiene más probabilidades de sufrir y alterarse. La combinación de aminas estimulantes con hipnóticos, tan estimada hoy, está de acuerdo con este punto de vista (1).

Prescindiendo ahora de estas consideraciones puramente teóricas, tengamos en cuenta el aspecto clínico. Insisto que el enfermo que no ha dormido puede encontrarse al día siguiente más tranquilo y mejorado; pero, a lo más, puede sentirse cansado y somnoliento (lo que no excluye una mejoría de su estado). Este estado, más o menos acentuado, más o menos perceptible, constituye la expresión farmacológica del grupo de sedantes e hipnóticos, con muchas variaciones en intensidad según fármaco, personalidad del paciente, dosis, etc., pero nulas en cuanto a cualidad de la acción medicamentosa. Y si esto es así, ¿es lógico que se busque por vía química, empleando drogas, lo que puede obtenerse simplemente respetando un síntoma?

Con la provocación química del sueño no he visto nunca mejorar nada sino el sueño mismo. Cuando a la larga, con o sin hipnóticos, mejora el sueño, y, más o menos sincrónicamente, la enfermedad, nada nos prueba que la desaparición de la agripnia haya influido en la mejoría global. El sueño ha podido beneficiar como otros síntomas de la declinación del proceso patogenético.

En cambio, con la mejoría de la vigilia (acepte-

mos que las llamadas aminas despertadoras estimulan ese proceso A que hemos considerado) se obtienen beneficiosos resultados en ciertos estados patológicos. La enuresis nocturna hay quien cree que depende de la excesiva profundidad del sueño. Claro es que suele admitirse también un desequilibrio vegetativo y que las aminas pueden influir sobre éste al excitar el ortosimpático o ergotopio. En la braquialgia parestésica nocturna, la profundidad anormal del sueño causaría para algunos una excesiva relajación muscular en la que sería posible la elongación del plexo braquial. La conducta turbulenta de ciertos niños «difíciles» mejora a veces sorprendentemente estimulando la vigilia con aminas. GANS (1) cree la profundidad excesiva del sueño una causa provocadora de la crisis jaquecosa, y llega a regular el sueño, instituyendo lo que denomina dieta hipócnica (*Schlafdiät*).

Los hipnóticos y sedantes pueden producir magníficos resultados, pero es administrándolos durante la vigilia en estados de ansiedad e inquietud. Mas resultados semejantes pueden, quizá, obtenerse simplemente como consecuencia del insomnio.

Es indudable que muchos, casi todos los enfermos, achacan sus molestias a no dormir; pero, repito, como en la conciencia de todos ellos está que el sueño tiene una misión reparadora indispensable, es lógico que enjuicien así sus trastornos. Entre los que afirman lo contrario, puede que haya personalidades robustas que no se dejan influir por los prejuicios, o enfermos en que la mejoría que experimentan cuando no duermen es tal, que se impone a sus convicciones, o—lo aceptaré también—enfermos que afirman tan sorprendente experiencia por llamar la atención, por oponerse a la mayoría, o por un sinfín más de posibles motivos.

Complemento indispensable de estas consideraciones sería un material clínico bien elaborado de enfermos con insomnio respetado y, sobre todo, provocado como terapéutica. Pero, salvo casos aislados, es muy difícil conseguir este material. Más todavía a un médico práctico que trabaja bajo la coacción del enfermo y sus familiares. Hoy por hoy, los enfermos se resisten a aceptar este modo terapéutico, y, a mi juicio, con muchísima razón. Por una parte, el insomnio es algo que creen sumamente pernicioso, y es muy difícil, por fuerte que sea el *rapport* que les une al médico, romper creencias tan antiguas y arraigadas. Por otra parte, si el no dormir fuese agradable, es fácil que algún «hedonista» lo aceptase; mas la medicina que se presenta tan llena de sombras en cuanto a su eficacia, es, además, amarga, muy amarga. Les propongo que durante las horas de sueño actúen como en las diurnas: lean, trabajen, etc., pero fracaso muchísimas veces. Todo esto no sólo exige gran ánimo y fe en el paciente, sino colaboración familiar y del ambiente, instalaciones especiales y dispositivos muchas veces imposibles de conseguir.

Y, para terminar, unas palabras todavía sobre una posible explicación de la función protectora del insomnio. MATHIAS GANS, como antes expusimos, cree que un sueño especialmente profundo o prolongado puede desencadenar la crisis jaquecosa. En la clínica solemos ver lo contrario: que las disminuciones o alteraciones del sueño van casi fatalmente seguidas en muchos enfermos de la cefalalgia; pero es posible que lo señalado por él sea también un desencadenante. Mas lo curioso es que llega a una

(1) Prescindo, de momento, de consideraciones semejantes anatomo-fisiológicas, que también podrían hacerse.

(1) GANS (M.): *Schweiz. Arch. Neur. u. Psych.*, 64, 88, 1948.

conclusión abiertamente en contradicción con el hecho clínico del que parte. Cree la jaqueca producida por un estancamiento de toxinas y productos metabólicos en un punto de la que llama tercera circulación, o sea la del líquido céfalorraquídeo. Esta circulación, que se hace desde los plexos coroideos, el epéndimo, etc., hasta el espacio subaracnoideo, y finalmente, la sangre venosa, pasa a través del parénquima cerebral, y aquí tiene como misión suministrar glucosa y otros elementos nutritivos al mismo tiempo que librar al tejido cerebral de los subproductos metabólicos y toxinas. Pues bien: él, que cree la jaqueca provocada por un exceso de sueño y una acumulación de toxinas, piensa que la misión del sueño sería poner en marcha o activar, al menos, esa tercera circulación de arrastre y limpieza. Lo lógico sería pensar que el sueño lentifica esa circulación céfalorraquídea, y que cuando se prolongase o fuese muy intenso habría un arrastre insuficiente y un éstasis o acumulación de productos de desecho. La única explicación de tan arbitraria teoría es que el fin de su trabajo es «buscarle» una misión al sueño.

Pero lo poco que conocemos del sueño (un enigma, como él dice) es precisamente su función frenadora sobre casi todas las actividades orgánicas. La musculatura corporal se relaja, el latido cardíaco se lentifica y debilita, la presión arterial baja, la respiración, como el flujo circulatorio sanguíneo, se lentifican; ¿por qué había de ser excepción el flujo

céfalorraquídeo? Únicamente para que el sueño tenga una misión que cumplir, que es lo que importa a GANS por encima de todo.

Es más que probable que en el cerebro de todos, o, al menos, de gran número de enfermos mentales se acumulen productos tóxicos de distinta naturaleza y origen. Si el sueño lentifica una circulación que tiene como cometido el acarreo y eliminación de los mismos, es posible que en algún caso el sueño represente una perturbación desfavorable. Si la tercera circulación, al terminar las horas del día, no ha completado su misión en uno de estos intoxicados enfermos, es muy posible haya de continuar su labor durante las normalmente dedicadas al reposo y a un ritmo y aceleración incompatibles con el sueño. Y posible también que en algunos casos si a privación del sueño tiene perjudiciales consecuencias, sean aún más deletéreas en ellos las derivadas de la lentificación que el sueño determina en ésta y otras actividades defensivas.

De un modo u otro, lo expuesto tiene, a mi juicio, cierto valor eurístico. Pasaron los tiempos en que las grandes obras podían ser debidas a un hombre solo; cada vez más la fecundidad procede del acoplamiento en la labor. Por eso, aunque no pueda yo hoy ofrecer argumentos suficientemente probatorios, creo que estas líneas pueden despertar en mis compañeros nuevos modos de considerar este tipo de trastorno. Si lo consiguen, creo que por ahora es suficiente. Sólo lo porvenir podrá justificarlas.

EN EL EMBARAZO.....

... un comprimido de Forgamina por la mañana y otro después del almuerzo, contribuyen a la supresión de la anorexia, la astenia e hipotonía con que suele iniciarse la gestación.

FORGAMINA

Compuesto profamínico.



ESTIMULANTE Y RECONSTITUYENTE

Tubo de 15 comprimidos.

INSTITUTO FARMACOLÓGICO LATINO S. A. - MADRID