



COMILLAS

UNIVERSIDAD PONTIFICIA

ICAI

ICADE

CIHS

FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES

“Un análisis relacional entre las conductas autolesivas y el sueño”

Autora: Sandra Arriaza Toledo

Directora: Dra. Noelia Ruiz Herrera

Madrid

2022/2023

Índice

1. Resumen	1
2. Abstract	1
3. Introducción	2
4. Justificación de la revisión bibliográfica.....	2
5. Objetivos	3
6. Conducta autolesiva	3
6.1. Definición y tipos de autolesiones	3
6.2. Prevalencia y factores de riesgo.....	5
6.3. Tratamiento y prevención de las autolesiones	7
7. Sueño.....	9
7.1. Concepto y fases del sueño	9
7.2. Ciclo evolutivo del sueño	11
7.3. Calidad del sueño y factores influyentes	14
7.4. Patrones de sueño.....	17
7.5. Tratamiento.....	18
8. Relación entre conductas autolesivas y sueño.....	19
9. Discusión.....	21
10. Conclusiones.....	22
11. Referencias bibliográficas	23

1. Resumen

La transición de la infancia a la adolescencia es una etapa significativamente vulnerable para experimentar problemas de sueño y para llevar a cabo conductas de autolesión no suicida. Aunque la investigación en las últimas décadas ha avanzado, aún se desconocen los mecanismos subyacentes a la relación bidireccional entre las autolesiones no suicidas y los problemas de sueño.

En este contexto, el presente Trabajo de Fin de Grado (TFG) tiene como objetivo realizar una revisión sistemática de la literatura disponible sobre autolesiones, sueño y la relación entre ambos.

La falta de sueño es un factor de riesgo modificable para la conducta autolesiva, ya que provoca una mala regulación emocional y aumenta las conductas impulsivas. Asimismo, se espera que sea útil para profesionales de la salud mental, investigadores y otros expertos en el campo, así como cualquier persona interesada en indagar sobre este tema.

Palabras Clave: autolesión, sueño, adolescentes, insomnio.

2. Abstract

The transition from childhood to adolescence is a significantly vulnerable stage for experiencing sleep problems and engaging in non-suicidal self-injury behaviors. Although research in the last decades has advanced, the underlying mechanisms of the bidirectional relationship between non-suicidal self-injury and sleep problems are still unknown.

In this context, the aim of this Bachelor's thesis (TFG) is to conduct a systematic review of the available literature on self-injury, sleep, and the relationship between them.

Lack of sleep is a modifiable risk factor for self-injurious behavior, as it causes poor emotional regulation and increases impulsive behavior. Moreover, it is expected to be useful for mental health professionals, researchers, and other experts in the field, as well as anyone interested in exploring this topic.

Keywords: self-injury, sleep, adolescents, insomnia.

3. Introducción

El suicidio y las conductas autolesivas presentan un problema grave de primer orden (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015). Durante la transición de la infancia a la adolescencia, tanto las autolesiones no suicidas (ANS) como la falta crónica de sueño son problemas de salud importantes (Fang et al., 2021).

En lo que está de acuerdo la revisión de la literatura existente es que hay un grupo especialmente vulnerable a tener conductas autolesivas y problemas de sueño, y corresponde a la población adolescente (Russell et al., 2019). Además, no es de extrañar que durante los últimos años las autolesiones en adolescentes han cobrado una mayor importancia por el aumento de su prevalencia (Mollá et al. 2015). Asimismo, se considera un fenómeno predominantemente femenino (Doctors, 2007).

Las conductas autolesivas pueden llegar a derivar en suicidio (Russell et al., 2019) y la falta de sueño afecta negativamente la capacidad para tomar decisiones, resolver problemas y manejar emociones, lo que aumenta el riesgo de ANS (Fang et al., 2021).

4. Justificación de la revisión bibliográfica

La relación entre autolesiones y sueño es compleja, sin embargo, existen hallazgos en la investigación que sugiere que hay una conexión entre los dos (Fang et al., 2021). Es por ello que cabe resaltar la gran importancia de ahondar acerca de autolesiones y sueño. Cerca de un 55% de personas se han autoinfligido daño no suicida en algún momento de su vida (Calvete et al., 2015) siendo la adolescencia temprana el periodo de especial vulnerabilidad (Son et al., 2021; Nixon et al. 2008)

Las autolesiones es un problema de salud mental grave que puede llegar a tener consecuencias devastadoras llegando a incluir, en casos extremos, la muerte. Es importante investigar sobre los factores que contribuyen a la prevalencia de las autolesiones para así prevenirla y tratarla de manera efectiva.

Por consiguiente, el sueño es un factor importante en la salud del individuo y su falta o su mala calidad pueden contribuir al desarrollo de problemas de salud mental. Alrededor del 30% de las personas experimentan una calidad de sueño deficiente, lo que se traduce en alteraciones en la duración del sueño, el tiempo que los lleva conciliar el sueño y el número de veces que se despiertan durante la noche (Sierra et al., 2002; Velayos, 2009).

La investigación sobre autolesiones y sueño puede llegar a identificar posibles vínculos entre los dos, lo que puede ser de gran utilidad en la prevención y tratamiento de los mismos.

5. Objetivos

El objetivo principal de este trabajo es realizar una revisión bibliográfica sobre el sueño, las conductas autolesivas y la posible relación que hay entre ambas.

Además del objetivo principal, también se tratará de dar cuenta de algunos objetivos secundarios. En primer lugar, se ahondará sobre las conductas autolesivas; resaltando los tipos de autolesiones, su prevalencia, factores de riesgo y posibles tratamientos y prevención. También se profundizará sobre el sueño destacando su ciclo evolutivo, la calidad y sus correspondientes factores influyentes, los patrones y el tratamiento.

6. Conducta autolesiva

6.1. Definición y tipos de autolesiones

Doctors (2007) afirma que, la autolesión es una forma que tiene el individuo de regularse a sí mismo. La autolesión es vista como una forma de autogestión que surge de la necesidad de regular el self y una manera a través de la cual el individuo ha aprendido a calmar un estado psicológico que no es capaz de soportar.

Por otro lado, Klonsky (2007) añade que la autolesión es un comportamiento que realiza el sujeto que es autoinfligido y causa daño a la piel, los tejidos subcutáneos o las superficies mucosas del cuerpo, realizando sin intención suicida. No está socialmente aceptado y suele funcionar como síntoma de varios trastornos de salud mental.

Algunas funciones que puede cumplir la autolesión en sí misma son aliviar el dolor emocional, regular emociones intensas, comunicar sentimientos o necesidades, y como forma de auto-castigo (Klonsky, 2007). Zaragozano (2017) además añade que para el ser humano resulta es mucho más fácil enfrentarse a un dolor físico que a un dolor emocional.

Khazaie et al. (2021) introducen la idea de conductas autolesivas no suicidas. Éstas se refieren a la autodestrucción del tejido corporal sin intención suicida. La corta duración del sueño y su mala calidad guardan relación con las autolesiones no suicidas. Además, hay determinados problemas psicológicos tales como desregulación emocional, depresión

o trastorno del estrés postraumático que median en esta estrecha relación sueño-autolesión.

Por otro lado, Gámez-Guadix et al. (2020) introducen el concepto de autolesiones online. Éstas consisten en el uso de las tecnologías de la información con intención de compartir o enviar contenido que incluye autolesiones físicas o que resultan dañinas o humillantes para uno mismo. En su estudio, hallaron que un 18,64% de los adolescentes afirmó haberse autolesionado online.

Clarke et al. (2019) hace una diferenciación entre lo que es la ideación suicida, la consideración de suicidarse y las conductas autolesivas no suicidas. La diferencia entre todas ellas tiene que ver con la intención o no de morir con los comportamientos que ello conlleva. Por otro lado, Nock (2010) distingue entre conductas autolesivas como propósito de la propia conducta, y conductas autolesivas que son un producto no intencionado (indirectamente conductas nocivas o de riesgo).

Respecto a las conductas directamente autolesivas, Nock (2010) diferencia entre los que son de naturaleza suicida, es decir, con intención de morir; y aquellas que no son suicidas (en las que no hay intención de morir). Hay tres tipos de fenómenos suicidas: la ideación suicida, que se refiere al pensamiento de matarse a sí mismo; el plan de suicidio: que implica la consideración de un método para llevar a cabo el acto del suicidio; y el intento de suicidio, que es un comportamiento autoagresivo con la intención de morir (Nock, 2010).

Por otro lado, los fenómenos no suicidas se dividen en tres categorías. Primero de todo, la amenaza o el gesto de suicidio, que se refiere a un comportamiento en el que la persona busca comunicar su angustia y/o buscar ayuda de otros. También se diferencia los pensamientos de autolesión, es decir, pensar en participar en comportamientos autolesivos, pero sin llevarlos a cabo. Por último, se distingue la autolesión no suicida, que implica la destrucción directa y deliberada del tejido corporal sin intención de morir (Nock, 2010).

La otra forma de diferenciar las conductas autolesivas que realiza Nock (2010) además de las directamente autolesivas, son las indirectamente nocivas o de riesgo. Son conductas que normalmente no se realizan con intención de hacer daño, sino porque proporcionan al sujeto placer y satisfacción. Ejemplos de este tipo de conducta sería: beber alcohol, fumar tabaco o comportamientos de toma de riesgos, como el paracaidismo.

Más maneras de diferenciar el comportamiento autolesivo tiene que ver con la distinción que realiza Walsh (2006). Describe varios tipos de autolesiones entre los que menciona: cortes, quemaduras, golpes, rasguños, mordeduras y arrancamiento de cabello.

Respecto al grado de conducta autolesiva, se puede clasificar de leve a grave (Nock, 2010; Son et al. 2021). Las formas leves de ANS implican golpearse y rascarse heridas, mientras que las forma grave o moderada incluye cortarse, tallarse la piel, quemarse y abuso de sustancias (Son et al., 2021)

6.2. Prevalencia y factores de riesgo

Existe una clara prevalencia de las autolesiones entre mujeres adolescentes (Calvete et al., 2015; Zaragozano, 2017). Zaragozano (2017) afirma que la incidencia de las autolesiones es cada vez mayor entre mujeres. Calvete et al. (2015) nos confirman que la prevalencia total de su estudio de ANS en la muestra fue de 55,6%, presentando las mujeres un porcentaje mayor (58%). Los comportamientos autolesivos más informados fueron: morderse (48%), raspase la piel y raspase una herida. A nivel conductual, los comportamientos de naturaleza bulímica son los más prevalentes en mujeres que se autolesionan (Ibáñez et al., 2012). Las mujeres se autolesionan más con cortes, mientras que los hombres se autolesionan con quemaduras (Zaragozano, 2017).

El desarrollo de la conducta autolesiva tiende a comenzar en la adolescencia temprana, generalmente entre los 12 y 14 años, siendo la media 12,5 años aproximadamente (Son et al., 2021; Nixon et al. 2008). De una muestra de 568 jóvenes, el 17% de ellos indicaron haberse autolesionado en algún momento de su vida. Las formas más comunes de autolesión no suicida fueron cortarse, rascarse y golpearse a sí mismos (83,2%) (Nixon et al., 2008).

En el estudio realizado por Son et al. (2021) a 516 jóvenes coreanos, el 32,2% de ellos afirmaron haber tenido conductas autolesivas. De estas personas, el 73% no había contemplado previamente una conducta autolesiva y un 1,2% habían consumado drogas o alcohol durante la conducta autolesiva. Además, un 90,4% de los participantes que se autolesionan afirman no tener dolor o dolor leve durante la conducta autolesiva. En otro estudio a 1864 adolescentes, un 67,9% de las personas que se autolesionan dijeron no haber experimentado ningún dolor durante la autolesión, 26,3% poco dolor, 4,1% dolor moderado y 1,7% dolor intenso (Calvete et al., 2015).

Zaragozano (2017) afirmó que la incidencia de las autolesiones es más alta entre jóvenes que han sido diagnosticados con alguna patología psiquiátrica en comparación con aquellos que no la tienen. Además, la prevalencia es mayor entre jóvenes que padecen trastornos de depresión, ansiedad o de conducta (Zaragonzano, 2017). Según Licence et al. (2020), las personas con autismo tienen un mayor riesgo de desarrollar trastornos psiquiátricos en comparación con las personas neurotípicas, especialmente de depresión y ansiedad. También se ha observado que la autolesión es frecuente en personas con TEA (Trastorno del Espectro Autista) (Licence et al. 2020; Maddox et al. 2017), con una edad promedio de inicio de 12 a 18 años (afectando al 60% de los casos). En el mes anterior a la investigación, el 24,1% de los participantes había llevado a cabo autolesiones, siendo el golpearse a sí mismo la forma más común (60%). Asimismo, el 55,6% de los participantes mostraron autolesiones semanalmente. Las ANS en adultos con TEA a menudo está relacionada con la regulación emocional, el estrés y la ansiedad (Maddox et al., 2017).

Según Baños-Chaparro (2021), las personas con TEA tienen una mayor probabilidad no solo de presentar ANS, sino también de exhibir comportamiento suicida en comparación con la población general. Se cree que ciertas características como la dificultad para entender o expresar emociones, la rigidez cognitiva y la ansiedad social pueden aumentar este riesgo de comportamiento suicida.

Respecto a la intención suicida de la población neurotípica, en el estudio de Calvete et al. (2015), el 6,4% de los participantes habían empleado conductas autolesivas intentando quitarse la vida.

En relación a la reincidencia, Wilkinson (2011) afirma que entre el 70 y 95% repite tres o más veces, mientras que un 7-29% sólo presenta un episodio.

Las personas que se autolesionan, por norma general no presentan un peligro para los demás ni son agresivos. Solamente un 10% de las personas que se autolesionan piden ayuda, el resto sufre en silencio (Zaragozano, 2017). Del estudio mencionado por Nixon et al. (2008), del total de jóvenes que informaron sobre ANS, el 56% había buscado ayuda para tratar esta conducta. No obstante, según Whitlock et al. (2013) los mayores de 18 años tenían más probabilidades de informar sobre intentos de suicidio que los menores de edad.

Respecto a las autolesiones online, de un estudio de 794 adolescentes, un 54,7% eran mujeres siendo “provocarse algún daño físico y contarlo en internet” la razón más común (10%). Otros motivos principales fueron: expresión de malestar, desahogo o búsqueda de atención de otros (Gámez-Guadix et al., 2020). Son et al. (2021) señalan también una tendencia creciente de las autolesiones en redes sociales pudiendo llegar a causar la normalización de éstas.

Entre los factores de riesgo destacables se encuentran: sentimientos de inutilidad, desesperanza, trastorno por consumo de alcohol o de sustancias, trastornos de alimentación, Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), divorcio, ser víctima o perpetrador de bullying, pérdida de familiar o persona cercana, personalidad impulsiva, neuroticismo, percepción de expectativa y perfeccionismo, alto nivel de ira o problemas para dormir (Clarke et al., 2019). Por otro lado, Zaragozano (2017) dice que ser mujer, tener entre 15 y 25 años, o vivir en una institución o centro también son factores de riesgo. Como factores precipitantes añade un embarazo no deseado, violencia doméstica o enfermedad física grave; y como factores de riesgo inherentes a la persona serían: baja autoestima, imagen corporal pobre, bajas habilidades sociales, mala adaptación al entorno o alto neuroticismo.

Las ANS es factor de riesgo significativo para el suicidio de la población adolescente. Destacan factores de riesgo tales como la depresión, la ansiedad y el abuso de sustancias. Además, los jóvenes LGTBIQ+ y aquellos que han experimentado abuso o trauma en la infancia o adolescencia tienen una mayor probabilidad de experimentar ANS y suicidio (Whitlock et al., 2013).

6.3. Tratamiento y prevención de las autolesiones

Para analizar las conductas autolesivas es necesario analizar el estado del paciente; si se muestra inquieto, ver si presenta síntomas de depresión o si tiene variaciones del estado de ánimo durante el día, lo que incluye un estudio sobre el patrón de sueño (Zaragozano, 2017). Hay un consenso en que las estrategias más eficaces a la hora de tratar las autolesiones son aquellas centradas en las *emociones* y no en la *tarea* (Ibáñez et al., 2012).

Uno de los tratamientos principales para solventar la conducta autolesiva es la **Terapia Conductual Dialéctica (TCD)** (Clarke et al., 2019; Mollà et al. 2015). La TCD presta una atención igual de importante tanto al tratamiento del intento de suicidio como a las autolesiones no suicidas. Se busca identificar la función del comportamiento, es decir,

entender qué necesidad o deseo está siendo satisfecho al realizar estas acciones, como por ejemplo la reducción de la angustia emocional. Luego, se trabajará en encontrar formas seguras y efectivas de satisfacer esa necesidad utilizando habilidades de afrontamiento que se enseñarán al paciente (Clarke et al., 2015). Para Mòlla et al. (2015) la TCD tiene una gran evidencia en la disminución de ANS y reconoce que una persona puede experimentar pensamientos y sentimientos opuestos simultáneamente, lo que puede causar conflicto interno. La terapia se enfoca en aceptar esta tensión y promover el cambio.

Por otro lado, la **Terapia de Solución de Problemas** podría resultar positiva. El individuo tendría un déficit en la capacidad de resolución de problemas de otra manera a la autolesión. A través de esta el terapeuta ayuda a identificar, definir problemas y factores que contribuyen a las conductas autolesivas, generando soluciones desde el punto de vista conductual (Zaragozano, 2017). No obstante, esta terapia para Mollà et al. (2015) no es efectiva por la falta de integración de estrategias más allá de la solución de problemas. En cambio, plantea *Manual-Assisted Cognitive-behavioral Therapy* (MACT) que combina la solución de problemas con técnicas cognitivas y estrategias para prevenir recaídas. El objetivo de una Terapia Cognitivo-Conductual es cambiar el contenido cognitivo del comportamiento autolesivo y suicida y el efecto asociado al mismo (Zaragozano, 2017).

Mòlla et al. (2015) se plantean la **Terapia Basada en la Mentalización (TBM)** como una terapia eficaz para el tratamiento de las autolesiones. Se compone tanto de sesiones individuales, como de sesiones familiares, y la hipótesis subyacente es que la baja mentalización (que se relaciona con las autolesiones) conduce a una experimentación negativa de las emociones. Respecto a las sesiones familiares, Zaragozano (2017) añade que, si la angustia o el problema deriva de un conflicto intrafamiliar, una terapia familiar centrada en la solución del mismo puede rebajar la conducta autolesiva.

El entrenamiento en habilidades sociales y el reconocimiento o control de la ira antes de que la conducta se agrave también podría resultar útil para el tratamiento de las ANS (Zaragozano, 2017).

Clarke et al. (2019) resaltan además algunas estrategias para el manejo de jóvenes con ideas suicidas: 1) plan de seguridad escrito, 2) restricción de medios, 3) mayor seguimiento o supervisión, 4) reducción de los factores de riesgo tales como abordar la

victimización, acoso entre compañeros en la escuela o tratamiento para los problemas de sueño y 5) trabajar con los padres.

Respecto al tratamiento farmacológico, los Inhibidores Selectivos de Recaptación de Serotonina (ISRS) pueden cumplir una función reguladora ya que los niveles bajos de serotonina se asocian a autolesiones, impulsividad y agresividad (Zaragozano, 2017).

En cuanto a la **prevención**, Son et al. (2021) destacan la importancia de la detección temprana debido a que las conductas autolesivas pueden llegar a ser la principal estrategia de afrontamiento durante las primeras etapas del desarrollo.

En términos de coste-beneficio, la prevención centrada en la identificación de las poblaciones de riesgo sería la mejor. Tales factores de riesgo tienen que ver con ser mujer, tener entre 15 y 25 años, vivir en una institución o centro y ser una persona dependiente de alcohol y drogas (Zaragozano, 2017).

Algunas de las estrategias señaladas por Zaragozano (2017) para canalizar la ira y la necesidad de autolesionarse sin recurrir a ésta en sí misma son: cubrir con vendajes la zona que desearía cortarse, hacer ejercicio físico, hablar con un amigo, hacer arte, romper objetos no valiosos, morder algo amargo o picante, o jugar a videojuegos, entre otras opciones.

Hawton et al. (2012) señalan que hay varias maneras de prevenir la autolesión en adolescentes. Éstas se pueden dividir en medidas universales (las cuales se aplican a toda la población) y se enfocan en iniciativas educativas; o en medidas específicas (para grupos de alto riesgo). Algunas de estas últimas estrategias incluyen la enseñanza de habilidades psicológicas a los jóvenes o programas escolares que promueven la cultura del bienestar psicológico.

7. Sueño

7.1. Concepto y fases del sueño

El **sueño** se describe comúnmente como un estado en el que nuestra conciencia disminuye y nuestra capacidad para reaccionar a los estímulos externos se reduce. A diferencia del coma, el sueño es reversible y ocurre aproximadamente cada 24 horas, lo que se denomina ciclo circadiano (Fabres y Moya, 2021). Además de este ciclo o ritmo circadiano, existe

el ritmo infradiano, cuya duración es mayor a 24 horas y el ritmo ultradiano de duración menor a 24 horas (Pin y Sampedro, 2018).

El sueño cumple una doble función; por un lado, cumple una función fisiológica fundamental, y, por otro lado, se le atribuye una función más adaptativa, como un estado conductual de inactividad (Fabres y Moya, 2021). Aguirre-Navarrete (2007) añade que el sueño es esencial para consolidar diferentes tipos de memoria, regular la temperatura y función de los neurotransmisores, almacenar energía y mantener la capacidad del sistema inmunológico.

El dormir es esencial para la supervivencia (Clement-Carbonell et al., 2021; Fabres y Moya, 2021; Miró et al., 2005) y aproximadamente un tercio de nuestras vidas lo pasamos durmiendo (Contreras, 2013; Fabres y Moya, 2021; Miró et al., 2005; Sierra, 2010). Es ampliamente conocido que el rango ideal de horas de sueño por noche es de 7 a 8 horas (Barkoukis y Von, 2021; Miró et al., 2005; Velayos, 2009) y consiste en 4 o 5 ciclos de sueño a intervalos de 90-120 minutos (Contreras, 2013; Iáñez et al., 2014).

El sueño es un gran indicador de estado de salud de los individuos (Knutson, 2005) y la falta de sueño puede provocar consecuencias negativas en la salud física y psicológica de la persona (Heslop et al., 2002). Los avances tecnológicos presentan un factor muy importante en la reducción de las horas dormidas (Instituto Nacional de Salud, 2021).

El sueño consta de dos fases perfectamente definidas, **el sueño NREM** (sin movimiento ocular rápido, *non-rapid eye movement*) o de ondas lentas y **el sueño REM** (movimiento ocular rápido, *rapid-eye movement*) (Aguirre-Navarrete, 2007; Barkoukis y Von, 2012; Montes, 2021; Velayos et al., 2007). Ambas etapas se alternan sucesivamente a lo largo de la noche (Velayos et al., 2007).

La primera fase, la NREM constituye aproximadamente el 75% del tiempo total del sueño (Fabres y Moya, 2021). Velayos et al. (2007) diferencian diferentes etapas dentro de la fase NREM. La primera de ellas, la etapa de somnolencia o adormecimiento en la que desaparece el ritmo alfa del electroencefalograma (EEG) típico del estado de vigilia. Durante esta etapa, hay tono muscular pero no hay movimientos oculares o son muy lentos. Representa entre el 2 y el 5 % del tiempo total dormido (Barkoukis y Von, 2012).

Las etapas II-III es una fase de sueño ligero, que se caracteriza por una reducción aun mayor del EEG y se caracteriza por la aparición de husos del sueño y complejos K. En

esta etapa aún persiste el tono muscular y no hay movimientos oculares (Velayos et al., 2007). En estas etapas, el individuo pasa entre el 45 y el 55% del tiempo total dormido (Barkoukis y Von, 2012).

La etapa IV (también denominada de sueño profundo) se caracteriza por la presencia de ondas lentas o deltas (Barkoukis y Von, 2012; Montes, 2021; Velayos et al., 2007). El tono muscular se mantiene y no hay movimientos oculares. Además, es la fase del sueño más reparadora, en la que se producen movimientos organizados del dorso, el individuo da vueltas en la cama y cambia de postura (Velayos et al., 2007). Esta etapa dura aproximadamente un 20% total del tiempo del sueño (Barkoukis y Von, 2012).

La siguiente fase del sueño, conocida como REM es la del sueño paradójico. Se produce una actividad en el EEG similar al de la vigilia. Se observan movimientos oculares rápidos y aunque haya atonía muscular (Barkoukis y Von, 2012), se produce una gran actividad en el sistema nervioso autónomo lo que provoca un aumento de la frecuencia cardíaca y respiratoria. Además, en esta fase se produce la mayoría de los sueños, se lleva a cabo una importante consolidación de la memoria (Velayos et al., 2007) y se produce la activación genital (Montes, 2021). La fase REM abarca entre el 20-25% y se presenta a los 60-120 minutos tras haberse quedado dormido (Fabres y Moya, 2021; Velayos et al., 2007).

Ambas fases se alternan durante el sueño entre 4 y 5 veces (Contreras, 2013; Iáñez et al., 2014; Velayos et al., 2007). En total, señalan Velayos et al. (2007) que la fase de sueño NREM dura unas 6 horas, mientras que la fase REM 2 horas aproximadamente.

Lo normal en el adulto es iniciar el sueño en la fase NREM, sin embargo, en los niños hasta los 3 meses de vida, pueden comenzar el sueño a través de la fase REM (Barkoukis y Von, 2012). El sueño NREM se conoce como tal de los 3 a los 6 meses de vida (Velayos, 2009).

7.2. Ciclo evolutivo del sueño

La evolución de los ciclos de sueño-vigilia es crucial en el desarrollo temprano del niño, ya que refleja cambios evolutivos importantes en la actividad neuronal (Arboledas y Roselló, 2011). El tiempo de sueño empleado por cada persona es diferente y, en el caso de los niños, puede no coincidir con las expectativas de los padres. Si se fuerza a los niños a dormir más, puede tener efectos negativos en su calidad y eficiencia del sueño. Por lo

tanto, es importante respetar las necesidades individuales de cada persona (Pin y Sampedro, 2018).

Pin y Sampedro (2018) antes de comenzar con el análisis evolutivo del sueño, señalan la diferencia entre sueño activo y sueño tranquilo o pasivo en los fetos y recién nacidos. Por un lado, el sueño activo se caracteriza por movimientos oculares y corporales, disminución de la actividad muscular y un patrón de EEG continuo. Por otro lado, el sueño pasivo se caracteriza por un aumento del tono muscular, respiración regular y ausencia de movimientos corporales.

Durante el desarrollo fetal, la actividad eléctrica está presente antes de las 24 semanas, pero no se puede diferenciar el sueño y la vigilia por el EEG o el comportamiento fetal. El patrón EEG es discontinuo, con periodos cortos de actividad eléctrica seguidos de picos de actividad más largos. A las 28 semanas, aparecen ciclos tempranos de sueño-vigilia, y los picos de actividad disminuyen en duración. Hacia la semana 32, el sueño activo representa más del 85% del sueño y es difícil distinguir el sueño tranquilo. Los niños de 31 a 34 semanas tienen ciclos más largos debido a períodos de sueño activo más prolongados. A partir de las 35-36 semanas, tanto la duración como el porcentaje de sueño activo y tranquilo aumentan y se mantienen estables hasta las 39-41 semanas (Pin y Sampedro, 2018). Durante este periodo y los primeros meses de vida, el sueño del recién nacido se caracteriza por una alternancia entre el sueño activo y el sueño tranquilo, sin un patrón circadiano bien establecido. A medida que se desarrolla el niño, se establece un patrón de sueño nocturno y siestas, en los cuales se observan todas las etapas del sueño, incluyendo una proporción relativamente alta de sueño de ondas lentas (Fabres y Moya, 2021).

El niño recién nacido duerme entre 14 y 18 horas (Barkoukis y Von, 2012; Hirshkowitz et al., 2015). Hacia los 3 meses de edad, los patrones diurnos de sueño y vigilia se establecen y se observa cierta dificultad en alcanzar el sueño nocturno, quizás debido al deseo de relación con el entorno. Las horas totales de sueño disminuyen progresivamente, siendo alrededor de 14 a 15 horas a las 16 semanas de vida y 13 a 14 horas hacia los 6 u 8 meses. La mayoría de bebés sanos pueden dormir durante 12 horas por la noche al llegar a la edad de tres meses. A los 3-6 meses de edad, desarrollan un patrón de sueño "multimodal" que incluye siestas por la mañana y por la tarde, así como un largo sueño nocturno. Hacia los 8-10 meses, la organización y los ciclos del sueño se asemejan cada vez más a los del adulto. A estas edades los bebés experimentan los estadios de sueño I,

II y III de la fase NREM y los complejos K (Pin y Sampedro, 2018). El niño lactante duerme entre 12 y 14 horas (Barkoukis y Von, 2012; Hirshkowitz et al., 2015).

Durante la etapa que comprende desde la escolaridad hasta la adultez temprana, se observa una estabilidad en la proporción de la fase REM del sueño y se mantiene la presencia de alrededor de 4 a 5 ciclos completos de sueño nocturno, los cuales abarcan aproximadamente un tercio del total de horas del día (Fabres y Moya, 2021). El sueño del niño en etapa escolar oscila entre 11 y 12 horas (Barkoukis y Von, 2012; Hirshkowitz et al., 2015). Los niños en edad escolar que experimentan un déficit en el sueño durmiendo menos de 9 horas, presentan una disminución en su rendimiento académico y una alteración en el funcionamiento cognitivo (Hirshkowitz et al., 2015).

Durante la adolescencia, los jóvenes suelen dormir menos de lo recomendado, lo que los hace más vulnerables a problemas de salud (Clement-Carbonell et al., 2021) y afecta negativamente su desempeño escolar y cognitivo. Se sugiere que los adolescentes duerman al menos 8 horas diarias para mantener una buena salud física y mental (Hirshkowitz et al., 2015). Una de las mayores preocupaciones es la somnolencia diurna excesiva, la cual suele ser causada en gran parte por una falta de sueño adecuado o insuficiente. Sin embargo, existen otras posibles causas de somnolencia diurna en esta etapa de la vida tales como: apnea, narcolepsia, alteraciones del movimiento, enfermedad psiquiátrica, uso de cafeína, drogas o alcohol, o cantidad insuficiente de horas de sueño (Pin y Sampedro, 2018).

Barkoukis y Von (2012), señalan que, en la vida adulta, la mayoría duerme entre 7 y 8 horas por noche. Durante la adultez y hasta la ancianidad, se observa una disminución gradual en la duración de las etapas de sueño, con un predominio de las etapas no-REM y una disminución en el tiempo total de sueño que puede llegar a ser una cuarta parte o incluso menos del tiempo total del día (Fabres y Moya, 2021). Con el paso de los años, el requerimiento de horas de sueño descende (Hirshkowitz et al., 2015; Velayos, 2009). A partir de los 60 años hay una mayor dificultad para quedarse dormido y mantener el sueño, así como un mayor número de despertares nocturnos. Se produce una disminución en la cantidad de sueño profundo en la etapa IV de la fase NREM y, en menor medida, en la fase REM. Sin embargo, hay un aumento en la cantidad de sueño en la etapa II y III de la fase NREM, que parece ser una compensación por la reducción en las otras etapas (Velayos, 2009).

7.3. Calidad del sueño y factores influyentes

La calidad del sueño no sólo se limita a dormir bien durante la noche, sino que también se refiere a la capacidad de una persona para funcionar adecuadamente durante el día. Esto incluye tener un adecuado nivel de atención para realizar diferentes tareas y mantener un estado de ánimo equilibrado (Sierra et al., 2002). En general, se cree que la normalidad del conjunto de parámetros mencionados en el apartado anterior respecto a las horas de sueño necesarias se relaciona de manera positiva con el buen dormir y el descanso adecuado (Hirshkowitz et al., 2015).

Uno de los principales factores que permiten alcanzar un estado de bienestar físico y psicológico es el sueño (Contreras, 2013; Miró et al., 2005). La calidad global del sueño se relaciona tanto con componentes mentales, como físicos (Clement-Carbonell et al., 2021).

Según Fabres y Moya (2021) un mal dormir puede ser la causa o agravar una amplia gama de enfermedades como, por ejemplo: enfermedades cardiovasculares, diabetes tipo 2, síndrome metabólico, trastornos psiquiátricos y cáncer. La mala calidad del sueño también puede estar asociada a consecuencias psicológicas tales como ansiedad o depresión (Sierra, 2010), agresión, el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (Clement-Carbonell et al., 2021) y el estrés autopercebido (Heslop et al., 2002).

Una mala calidad del sueño se asocia con diferentes trastornos del sueño. Los trastornos del sueño pueden ser clasificados en dos categorías principales: los primarios y los secundarios. Los trastornos primarios del sueño incluyen disomnias, que son cambios en la cantidad, calidad o tiempo del sueño, y parasomnias, que son episodios patológicos que ocurren durante el sueño. Los trastornos secundarios del sueño, por otro lado, son causados por diferentes trastornos psicológicos, médicos y el abuso de sustancias, y pueden tener un impacto significativo en la calidad del sueño. En general, es importante identificar y tratar tanto los trastornos primarios como secundarios del sueño para garantizar una buena salud y bienestar (Pellón, 2007).

El **Índice de Calidad del Sueño de Pittsburgh** es una herramienta que se utiliza para evaluar la calidad del sueño de una persona. Este índice proporciona una puntuación global de la calidad del sueño y también puntajes individuales para siete componentes diferentes. Estos componentes son: calidad subjetiva del sueño (cómo se siente una persona acerca de su propio sueño), latencia del sueño (cuánto tiempo tarda una persona

en quedarse dormida), duración del sueño (cuánto tiempo duerme una persona), eficiencia del sueño habitual (cuánto tiempo se tarda en conciliar el sueño y cuántas veces se despierta durante la noche), alteraciones del sueño (como el ronquido y la apnea del sueño), uso de medicación hipnótica (si una persona toma medicamentos para dormir) y disfunción diurna (cómo afecta el sueño de una persona a su vida diaria) (Sierra et al., 2002).

Aproximadamente un 30% de las personas presentan una mala calidad del dormir, lo que implica alteraciones en la duración del sueño, latencia y número de despertares (Sierra et al., 2002; Velayos, 2009). Cerca de un tercio (31%) de las personas encuestadas indicaron que su calidad de sueño era pobre, mientras que el 28% informó de una eficiencia del sueño por debajo del 85%. Este porcentaje se considera un límite para establecer un diagnóstico de insomnio (Sierra et al., 2002) siendo éste la queja más común (Sierra, 2010). Russell et al. (2019) afirman que un 62% de los adolescentes, especialmente entre estudiantes, reportan tener síntomas de falta de sueño. Además, sugieren que aproximadamente un 30% de los estudiantes llegan al umbral clínico diagnosticado como insomnio.

Hay factores tanto internos como externos que influyen en la regulación del sueño. Los factores **internos** incluyen la temperatura corporal y el estado de los sistemas de alerta-relajación, como el sistema nervioso autónomo y los niveles hormonales. También se ha demostrado que hay una influencia genética en los patrones de sueño (Fabres y Moya, 2021). La edad es otro factor intrínseco importante que influye en la calidad del sueño. La cantidad de horas de sueño que necesitamos cambia a lo largo de nuestra vida y aquellos que se alejan significativamente de estos patrones pueden experimentar una baja calidad del sueño. Los rasgos de la personalidad psicopatológica también se relacionan significativamente con la calidad del sueño (Sierra, 2010).

Por otro lado, los factores **externos** pueden ser tan importantes como los internos en la regulación del sueño. La luminosidad ambiental, en particular la exposición a la luz solar, es un importante regulador del ciclo circadiano (Fabres y Moya, 2021; Sierra, 2010). La exposición a la luz artificial y la falta de exposición a la luz natural pueden alterar el ciclo circadiano y afectar la calidad del sueño. Además, otros factores externos como el nivel de ruido, el estrés y los estímulos externos como el clima, los ambientes de trabajo y descanso, la calidad del colchón (Sierra, 2010) y la altitud geográfica pueden inhibir la calidad del sueño y afectar la duración del mismo (Fabres y Moya, 2021). Aunque hay

una amplia variabilidad individual en cómo el ruido afecta el sueño, se cree que a partir de los 40 decibelios tiene un impacto negativo en la calidad del sueño. Además, se ha observado que la sensibilidad al ruido aumenta con la edad y es más alta en las mujeres que en los hombres (Sierra, 2010).

El ritmo circadiano también es otro factor importante. Muchos adultos experimentan alteraciones en su ritmo circadiano debido a los horarios laborales. Es importante mantener una rutina regular para fortalecer el ritmo circadiano del sueño y la vigilia (Sierra, 2010). El sueño breve se asocia con jornadas laborales prolongadas (Magee et al., 2009).

Arboledas y Roselló (2011) resaltan tres influencias sobre el sueño. El sueño en los niños tiene una *base biológico-evolutiva* que comienza a establecerse desde la tercera semana de vida. Las características del sueño están influenciadas por las condiciones del embarazo, como la exposición prenatal al alcohol. Durante el primer año de vida, las tres variables más importantes para la evolución del sueño son la aparición y duración del periodo de sueño nocturno más largo, la duración del periodo de sueño y vigilia tranquila y el porcentaje de niños capaces de dormir toda la noche. *El componente social-ambiental* también influye en el sueño de los niños; como la actitud de los cuidadores y la alimentación en las primeras etapas de la vida. Finalmente, *el componente educativo* también es importante en la regulación del sueño en los niños. El concepto de autonomía del niño y la organización del sueño en un ambiente coordinado y adecuado contribuyen a la calidad del sueño.

Cabe resaltar la influencia del género en la calidad del sueño (Velayos, 2009). En la edad adulta, se ha observado que las mujeres experimentan una calidad de sueño superior a la de los hombres. Esto se debe a que tienen una menor dificultad para conciliar el sueño y una mayor eficiencia al dormir. Sin embargo, a pesar de tener un mejor sueño, las mujeres son más propensas a quejarse de insomnio y somnolencia diurna en comparación con los hombres, con una frecuencia del 58% en ellas frente al 42% en ellos. Estas diferencias en la calidad del sueño se atribuyen principalmente a los cambios hormonales que experimentan las mujeres a lo largo de su vida. Los periodos fisiológicos de la mujer, como la pubertad, la menstruación, el embarazo y la menopausia, se asocian con una mayor susceptibilidad a las alteraciones en el patrón del sueño (Knutson, 2005).

En los resultados obtenidos por Sierra et al. (2002) se han percibido diferencias entre hombres y mujeres en el uso de medicamentos hipnóticos, donde las mujeres mostraron una mayor puntuación que los hombres.

Dormir en un ambiente seguro reduce la mortalidad, mientras que un entorno de sueño más vulnerable aumenta la mortalidad (Field y Bonsall, 2018). Si una persona duerme menos de 7 horas en un período prolongado de tiempo, puede aumentar su riesgo de mortalidad. Tanto hombres como mujeres que duermen menos de 7 horas en dos ocasiones separadas por 4 a 7 años, tenían mayor riesgo de morir por cualquier causa durante un período de 25 años que aquellos que informaron haber dormido entre 7 y 8 horas en ambas ocasiones en las que fueron interrogados (Helsop et al., 2002).

Sher (2020) afirma una reducción en la calidad del sueño durante el COVID-19 provocado por diversos problemas psicológicos tales como ansiedad, estrés, depresión y comportamiento suicida. Ruiz Herrera et al. (2023) reportan que la calidad del sueño durante la pandemia del 2019 ha sido un 37,6% peor, la somnolencia un 28% peor y la duración de los despertares un 45% más largos. En definitiva, se ha producido un deterioro en los patrones de sueño en la población española entre los 21 y 50 años, especialmente entre las mujeres, a causa del confinamiento por el COVID-19.

7.4. Patrones de sueño

La cantidad de sueño que necesita una persona puede verse influenciada por factores biológicos, ambientales y comportamentales. Debido a esto, existen tres tipos de patrones de sueño en los seres humanos: patrón de sueño corto (característico de individuos que necesitan menos de seis horas de sueño), patrón de sueño largo (propio de aquellas personas que duermen más de nueve horas) y patrón de sueño intermedio (incluye a aquellos que duermen aproximadamente 7-8 horas) (Miró et al., 2005; Sierra, 2010). Además, hay un grupo de personas con patrón de sueño variable, que se caracteriza por tener hábitos de sueño inconsistentes (Miró et al., 2005).

Las personas cuyo patrón de sueño predominante es el intermedio tienen menos probabilidad de tener problemas de salud física, mental y somnolencia que aquellas que tienen un patrón largo o corto (Sierra, 2010).

Las personas que tienen un patrón de sueño largo tardan más en quedarse dormidas que las que tienen otros patrones de sueño. Aquellas con patrones de sueño largo e intermedio

tienden a tomar siestas con más frecuencia que aquellas con patrones de sueño corto, pero las siestas son significativamente más largas en personas con patrones de sueño largo. Las personas con patrones de sueño intermedio y corto tardan aproximadamente el mismo tiempo en quedarse dormidas, pero solo hay una diferencia estadísticamente significativa entre las personas con patrones de sueño largo e intermedio (Iáñez et al., 2014).

Magee et al. (2009) aportan datos sobre los patrones de sueño. Tener estudios universitarios se vincula con una disminución en la probabilidad de sufrir tanto de insomnio como de hipersomnia, mientras que ser soltero se relaciona con una mayor probabilidad de sufrir de falta de sueño y una disminución en la probabilidad de dormir más horas de las recomendadas. Los individuos que no tienen empleo remunerado tienen una mayor tendencia a informar problemas de sueño, tanto de sueño corto como de sueño prolongado. En comparación con los trabajadores a tiempo completo, aquellos que trabajan a tiempo parcial tienen una mayor probabilidad de informar haber dormido 8 horas completas. Por otro lado, en comparación con los no fumadores, los fumadores actuales tienen más posibilidades de informar una disminución en el tiempo de sueño.

7.5. Tratamiento

Para tratar los trastornos del sueño, especialmente el insomnio, es importante comenzar con la educación del paciente y sus familiares, enseñándoles hábitos saludables del sueño antes de considerar cualquier otro tipo de tratamiento (Arboledas y Roselló, 2011; Pellón, 2007). La medicación hipnótica debe ser el último recurso y, si se utiliza, se deben preferir los hipnóticos selectivos no benzodiacepínicos (Pellón, 2007). A las medidas educativas, se le suma las medidas conductuales una vez son presentados los problemas de sueño (Arboledas y Roselló, 2011).

Para lograr una buena calidad del sueño es necesario adoptar ciertas conductas que promuevan el sueño y eliminar aquellas que puedan perturbarlo. Entre las conductas positivas se encuentran seguir una dieta adecuada y hacer ejercicio regularmente. Por otro lado, algunas conductas que pueden interrumpir el sueño incluyen el consumo de sustancias estimulantes como alcohol, cafeína y tabaco, así como el uso de fármacos para dormir y obsesionarse con quedarse dormido, lo que puede generar pensamientos incompatibles con el sueño en el momento de irse a la cama. Aunque hay diferencias individuales, en general, la práctica regular de ejercicio físico mejora la calidad del sueño

al reducir el tiempo que se tarda en conciliar el sueño, disminuir el número de despertares, aumentar el sueño profundo y mejorar la eficiencia del sueño (Sierra, 2010).

El Instituto Nacional de Salud (2021) refleja que los tratamientos más comunes para lidiar con los problemas de sueño son las técnicas de relajación y las de respiración profunda.

8. Relación entre conductas autolesivas y sueño

Diversos autores que afirman que los adolescentes con problemas de sueño son más propensos a tener comportamientos autolesivos (Clarke et al., 2019; Fang et al., 2021; Hawton et al., 2012; Son et al., 2021; Whitlock et al., 2013). Un estudio en Noruega realizado por Hysing et al. (2015) expone que la duración aproximada de sueño entre adolescentes que reportan autolesiones es una hora menos que la media de aquellos que afirman no haber tenido dichas conductas. Por otro lado, Khazaie et al. (2019) concluyen que la cantidad de sueño que supera al estándar entre los jóvenes (8,5h-12h) aumenta las probabilidades de tener tendencias suicidas.

Asarnow et al. (2020) a través de un estudio llevado a cabo a jóvenes de alto riesgo de suicidio revelan que el 81,2% de ellos obtuvo una puntuación en rango clínico en el Índice de Calidad del sueño de Pittsburg. Conjuntamente, la peor calidad de sueño lleva a una falta de regulación emocional y una dificultad de tener comportamientos adaptativos. Los problemas de sueño pueden actuar como predictor a corto plazo de autolesiones (Asarnow et al., 2020).

La relación entre el sueño y las autolesiones en adolescentes se relaciona con alteraciones y dificultades en el sueño, y no necesariamente con la duración del mismo. Durante la pubertad, los cambios físicos y hormonales pueden afectar el reloj biológico interno del cuerpo, lo que retrasa la acumulación de la necesidad de dormir durante la noche y puede dificultar que los adolescentes concilien el sueño temprano en la noche. Como resultado, pueden sentirse somnolientos durante el día, lo que puede afectar su salud y su bienestar general. Además, la corta duración del sueño, el insomnio y las pesadillas se han asociado con un mayor riesgo de comportamiento suicida y suicidio consumado en adolescentes (Fang et al., 2021).

Factores asociados al vínculo entre problemas de sueño y conductas autolesivas tienen que ver, entre otras cosas, con una mala higiene en el sueño, es decir, un gran consumo de cafeína o bebidas energéticas. La irrupción del sueño, ya sea por tener un sueño más

corto o tener pesadillas, tener frío al dormir o un mayor uso de medicamentos son factores que aumentan la tendencia suicida (Russell et al., 2019).

A los factores mencionados anteriormente le sumamos que aumenta el vínculo entre las tendencias autolesivas y suicidas y el sueño, el hecho de sentirse una carga para el otro, un sentimiento de soledad, aislamiento social o la capacidad adquirida para cometer lesiones (personas con un grado mayor de tolerancia al dolor o menor miedo a la muerte) (Russell et al., 2019).

Doctors (2007) afirmó que un remedio para regular el comportamiento autolesivo tiene que ver con la regularización del sueño. La observación y análisis de los patrones de sueño a lo largo del tiempo pueden resultar útiles para detectar a los adolescentes que tienen un mayor riesgo de autolesionarse sin intención suicida en el futuro. Esta información puede ser muy valiosa para orientar adecuadamente las estrategias preventivas e intervenciones terapéuticas con el objetivo de evitar este tipo de conductas dañinas. Es necesario tomar medidas para contrarrestar la tendencia continua de disminución del sueño y el aumento de adolescentes privados de sueño. La falta de sueño en los adolescentes es un factor de riesgo modificable, lo que significa que se pueden implementar intervenciones individuales, familiares, comunitarias y políticas para mejorar la calidad del sueño de los adolescentes (Fang et al., 2021).

La ausencia del sueño afecta a la toma de decisiones, la resolución de problemas, y la forma en la que se procesan las emociones, aumentando el riesgo de suicidio. La falta constante de sueño también puede afectar negativamente la regulación de los impulsos, el afrontamiento y la tolerancia a la frustración, así como el comportamiento en la escuela, las relaciones interpersonales y la toma de decisiones (Fang et al., 2021).

Las personas que tienen un patrón de sueño más tardío (vespertino) pueden tener un sueño de peor calidad en comparación con aquellas que tienen un patrón de sueño más temprano (matutino). Además, es posible que los vespertinos tengan más dificultades para lidiar con la ansiedad y, por lo tanto, prefieran evitar situaciones que puedan aumentar su nivel de ansiedad. Este estilo de afrontamiento puede ser útil para evitar un aumento adicional en los niveles de ansiedad. La vesperticidad se asocia con la impulsividad y con una mayor probabilidad de asumir riesgos (Tonetti et al., 2016).

9. Discusión

El texto discute dos temas diferentes: la autolesión y la importancia del sueño para el bienestar. En relación a la autolesión, se menciona que según Doctors (2007), esta puede ser vista como una forma en que el individuo se regula a sí mismo. Por otro lado, Klonsky (2007) indica que la autolesión no es aceptada socialmente y puede ser un síntoma de trastornos mentales. En cuanto al sueño, se resalta su relevancia para el bienestar físico y psicológico del individuo, y se hacen referencia a diversos estudios que respaldan esta afirmación (Contreras, 2013; Miró et al., 2005; Sierra et al., 2002).

Además, se mencionan algunas de las funciones que puede cumplir la autolesión, así como su prevalencia entre mujeres adolescentes. En cuanto al sueño, se indica que su calidad se relaciona con la capacidad de la persona para funcionar adecuadamente durante el día y se ofrecen datos sobre los patrones de sueño en la etapa fetal y en los primeros meses de vida.

Es importante destacar que el texto hace referencia a diversos autores, lo que permite enriquecer la discusión al ofrecer distintos puntos de vista y resultados de investigación. Sin embargo, en cuanto a las limitaciones de la presente revisión bibliográfica, sería necesario profundizar en algunos aspectos, como los factores que pueden influir en la aparición de la autolesión, ya que, aunque se mencionan algunos trastornos mentales, no se profundiza en ellos. También se podrían abordar otros aspectos relacionados con el sueño, como los efectos de la falta de sueño en la salud mental y física del individuo. En cualquier caso, el texto ofrece una visión general sobre dos aspectos importantes para la salud del individuo y sirve como punto de partida para futuras investigaciones en estos ámbitos.

Los hábitos de sueño erróneos se asocian con comportamiento autolesivo (Pin, 2019). Habría que contemplar una posible intervención centrada en el sueño de forma transaccional para mejorar la autorregulación en el individuo y reducir los comportamientos autolesivos (Hysing et al., 2015).

La comprensión de la relación entre la conducta autolesiva y el sueño es un campo de investigación aún en desarrollo y requiere de una mayor atención. Actualmente, existe una falta de estudios que exploren en profundidad esta compleja relación, incluyendo la forma en que la calidad del sueño puede influir en la tendencia a la conducta autolesiva en diferentes edades. Por lo tanto, investigar más a fondo esta relación puede proporcionar

un punto de partida crucial para una mayor comprensión de este tema importante y subrayar la necesidad de nuevas investigaciones en esta área.

10. Conclusiones

Este trabajo ha buscado profundizar en la compleja relación entre la conducta autolesiva y la calidad del sueño en diferentes grupos de edad. A través de la revisión exhaustiva de la literatura disponible, se ha podido constatar que la investigación sobre esta relación es todavía incipiente y que existen pocos estudios que analicen específicamente los patrones de conducta autolesiva en relación con el sueño en distintas etapas de la vida.

Queda retratada la importancia de prestar especial atención a los patrones de sueño entre jóvenes. Esto significaría enfocarse en objetivos más a corto plazo (regulación del sueño) para la reducción de ideas suicidas y autolesivas. Además, resaltar la importancia de que los jóvenes reciban una buena enseñanza sobre la importancia de tener un patrón regular en el sueño.

No obstante, se ha observado que existen evidencias preliminares que sugieren que la conducta autolesiva y los trastornos del sueño pueden estar interrelacionados. En este sentido, se han encontrado indicios de que una calidad de sueño deficiente podría estar asociada con un mayor riesgo de conducta autolesiva y que es una relación bidireccional, especialmente en personas con trastornos psicológicos y psiquiátricos.

Aunque los resultados de esta revisión no son concluyentes, se han sentado las bases para futuras investigaciones en esta área. Los hallazgos preliminares sugieren que una buena calidad de sueño puede ser un factor protector frente a la conducta autolesiva en ciertos grupos de población. Además, se ha destacado la importancia de tener en cuenta el sueño como un factor de riesgo potencial en la evaluación y prevención de la conducta autolesiva.

11. Referencias bibliográficas

- Aguirre-Navarrete, R. (2007). Bases anatómicas y fisiológicas del sueño. *Revista Ecuatoria de Neurología*, 15 (2-3)
- Arboledas, G. y Roselló, L. (2011). El sueño en el primer año de vida: ¿cómo lo enfocamos?. *Revista Pediatría Atención Primaria Suplementaria* 20, 101-111
- Asarnow, J. R., Bai, S., Babeva, K. N., Adrian, M., Berk, M. S., Asarnow, L. D., Senturk, D., Linehan, M. M., y McCauley, E. (2020). Sleep in youth with repeated self-harm and high suicidality: Does sleep predict self-harm risk?. *Suicide & life-threatening behavior*, 50(6), 1189–1197. <https://doi.org/10.1111/sltb.12658>
- Baños-Chaparro, J. (2021). Comportamiento suicida en el trastorno del espectro autista. *Revista Española de Discapacidad*, 9(1), pp. 285-294. <https://doi.org/10.5569/2340-5104.09.01.16>
- Barkoukis, J., y Von, S. (2012). Introduction to Normal Sleep, sleep deprivation, and the workplace. *Review of Sleep Medicine*, pp. 12-20.
- Calvete, E., Orue, I., Aizpuru, L. y Brotherton, H. (2015). Prevalence and functions of non-suicidal self-injury in Spanish adolescents. *Psicothema*, 27(3). 223-228. doi: 10.7334/psicothema2014.262
- Clarke, S., Allerhand, L. A., y Berk, M. S. (2019). Recent advances in understanding and managing self-harm in adolescents. *F1000Research*, 8, F1000 Faculty Rev-1794. <https://doi.org/10.12688/f1000research.19868.1>
- Clement-Carbonell, V., Portilla-Tamarit, I., Rubio-Aparicio, M., y Madrid-Valero, J. J. (2021). Sleep quality, mental and physical health: a differential relationship. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(2), 460. doi: 10.3390/ijerph18020460
- Contreras, A. (2013). Sueño a lo largo de la vida y sus implicaciones en la salud. *Patología del sueño* 24(3), 341-349.
- Doctors, S. (2007). Avances en la comprensión y tratamiento de la autolesión en la adolescencia. *Aperturas psicoanalíticas*, 27.

- Fabres, L., y Moya, P. (2021). Sueño: conceptos generales y su relación con la calidad de vida. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 32(5), 527-534. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2021.09.001>
- Fang, J., Wan, Y., Zhang, X., Su, P., Tao, F., y Sun, Y. (2021). Sleep duration trajectory during the transition to adolescence and subsequent risk of non-suicidal self-harm. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 31, 1-9 doi:10.1007/s00787-021-01768-9
- Field, J. M., y Bonsall, M. B. (2018). The evolution of sleep is inevitable in a periodic world. *Plos One*, 13(8), e0201615. doi: 10.1371/journal.pone.0201615
- Gámez-Guadix, M., Almendros, C., Rodríguez-Mondragón, L. y Mateos-Pérez, E. (2020). Autolesiones online entre adolescentes españoles: análisis de la prevalencia y de las motivaciones. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 7(1), 9-15. 10.21134/rpcna.2020.07.1.1
- Heslop, P., Smith, G. D., Metcalfe, C., Macleod, J., y Hart, C. (2002). Sleep duration and mortality: the effect of short or long sleep duration on cardiovascular and all-cause mortality in working men and women. *Sleep medicine*, 3(4), 305-314. [https://doi.org/10.1016/S1389-9457\(02\)00016](https://doi.org/10.1016/S1389-9457(02)00016)
- Hirshkowitz, M., Whiton, K., Albert, S. M., Alessi, C., Bruni, O., DonCarlos, L., Hazen, N., Herman, J., Adams Hillard, P. J., Katz, E. S., Kheirandish-Gozal, L., Neubauer, D. N., O'Donnell, A. E., Ohayon, M., Peever, J., Rawding, R., Sachdeva, R. C., Setters, B., Vitiello, M. V., y Ware, J. C. (2015). National Sleep Foundation's updated sleep duration recommendations: final report. *Sleep health*, 1(4), 233–243. <https://doi.org/10.1016/j.sleh.2015.10.004>
- Hysing, M., Sivertsen, B., Stormark, K., y O'Connor, R. (2015). Sleep problems and self-harm in adolescence. *British Journal of Psychiatry*, 207(4), 306-312. doi:10.1192/bjp.bp.114.146514
- Ibáñez, Á. F., Costa, M. V., del Real Peña, A., y del Castillo, C. S. (2012). Conducta autolesiva en adolescentes: prevalencia, factores de riesgo y tratamiento. *Cuadernos de Medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, (103), 5.

- Iáñez, M.A., Miró, E., Catena, A., y Buena-Casal, G. (2014). Calidad del sueño en sujetos con diferentes patrones habituales de sueño. *Psicología y Salud*, 13 (2), 194-202. <https://doi.org/10.25009/pys.v13i2.891>
- Instituto Nacional de Salud. (2021). Los beneficios de dormir. Recuperado el 2 de abril de 2023, de <https://salud.nih.gov/recursos-de-salud/nih-noticias-de-salud/los-beneficios-de-dormir>
- Khazaie, H., Zakiei, A., McCall, W. V., Noori, K., Rostampour, M., Sadeghi Bahmani, D., y Brand, S. (2021). Relationship between Sleep Problems and Self-Injury: A Systematic Review. *Behavioral Sleep Medicine*, 19(5), 689–704. <https://doi.org/10.1080/15402002.2020.1822360>
- Klonsky, E. D. (2007). The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence. *Clinical Psychology Review*, 27(2), 226-239. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.08.002>
- Knutson K. L. (2005). The association between pubertal status and sleep duration and quality among a nationally representative sample of U. S. adolescents. *American Journal of Human Biology: The Official Journal of The Human Biology Council*, 17(4), 418–424. <https://doi.org/10.1002/ajhb.20405>
- Licence, L., Oliver, C., Moss, J., y Richards, C. (2020). Prevalence and Risk-Markers of Self-Harm in Autistic Children and Adults. *Journal of autism and developmental disorders*, 50(10), 3561–3574. <https://doi.org/10.1007/s10803-019-04260-1>
- Maddox, BB, Trubanova, A. y White, SW (2017). Desatendida heridas: autolesiones no suicidas en adultos con trastorno del espectro autista. *Autismo*, 21(4), 412–422.
- Magee, C. A., Iverson, D. C., y Caputi, P. (2009). Factors associated with short and long sleep. *Preventive Medicine*, 49(6), 461–467. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2009.10.006>
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2015). Estrategia de prevención del suicidio en España. Recuperado de <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/EstrategiaPrevencionSuicidio2015.pdf>

- Miró, E., Lozano, M. D. C. C., y Casal, G. B. (2005). Sueño y calidad de vida. *Revista Colombiana de Psicología*, (14), 11-27.
- Mollà, L., Batlle Vila, S., Treen, D., López, J., Sanz, N., Martín, L. M., y Bulbena Vilarrasa, A. (2015). Autolesiones no suicidas en adolescentes: revisión de los tratamientos psicológicos. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 20(1), 51-61. doi: 10.5944/rppc.vol.1.num.1.2015.14408
- Montes, V. (2021). *Conductas Regulatoras*. [Apuntes de la asignatura de Psicofisiología]. Universidad Pontificia de Comillas.
- Nixon, M. K., Cloutier, P., y Jansson, S. M. (2008). Nonsuicidal self-harm in youth: a population-based survey. *CMAJ : Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne*, 178(3), 306–312. <https://doi.org/10.1503/cmaj.061693>
- Nock, M. K. (2010). Self-injury. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 339-363. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.121208.131258>
- Pellón, A. M. F. (2007). Trastornos del sueño. *Medicine: Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 9(86), 5550-5557.
- Pin, G. y Sampedro, M. (2018). Fisiología del sueño y sus trastornos. Ontogenia y evolución del sueño a lo largo de la etapa pediátrica. Relación del sueño con la alimentación. Clasificación de los problemas y trastornos del sueño. *Pediatría Integral*, 8.
- Pin Arboledas, G. (2019). El sueño del niño con trastornos del neurodesarrollo. *Medicina (Buenos Aires)*, 79(1), 44-50.
- Ruiz-Herrera, N., Díaz-Román, A., Guillén-Riquelme, A., y Quevedo-Blasco, R. (2023). Sleep Patterns during the COVID-19 Lockdown in Spain. *International journal of environmental research and public health*, 20(6), 4841. <https://doi.org/10.3390/ijerph20064841>
- Russell, K., Allan, S., Beattie, L., Bohan, J., MacMahon, K., y Rasmussen, S. (2019). Sleep problem, suicide and self-harm in university students: A systematic review. *Sleep medicine reviews*, 44, 58–69. <https://doi.org/10.1016/j.smr.2018.12.008>

- Sher L. (2020). COVID-19, anxiety, sleep disturbances and suicide. *Sleep medicine*, 70, 124. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2020.04.019>
- Sierra, J. C., Jiménez-Navarro, C., y Martín-Ortiz, J. D. (2002). Calidad del sueño en estudiantes universitarios: importancia de la higiene del sueño. *Salud mental*, 25(6), 35-43.
- Sierra, J. C. (2010). La calidad de sueño como factor relevante de la calidad de vida. *Manual de Psicología Clínica y de la Salud Hospitalaria*.
- Son, Y., Kim, S., y Lee, J. S. (2021). Self-Injurious Behavior in Community Youth. *International journal of environmental research and public health*, 18(4), 1955. <https://doi.org/10.3390/ijerph18041955>
- Tonetti, L., Fabbri, M., Boreggiani, M., Guastella, P., Martoni, M., Ruiz Herrera, N., y Natale, V. (2016). Circadian preference and decision-making styles. *Biological Rhythm Research*, 47(4), 573–581.
- Velayos, J.L., Moleres, F.J., Irujo, A.M., Yllanes, D., y Paternain, B. (2007). Bases anatómicas del sueño. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 30.
- Velayos, J.L. (2009). *Medicina del Sueño: Enfoque Multidisciplinario*. Panamericana.
- Walsh, B. (2006). Self-injury: A literature review. *Psychiatry (Edgmont)*, 3(9), 20–26.
- Whitlock, J., Muehlenkamp, J., Eckenrode, J., Purington, A., Abrams, G. B., Barreira, P., y Knox, K. L. (2013). Nonsuicidal self-injury as a gateway to suicide in young adults. *Journal of adolescent health*, 52(4), 486-492. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2012.09.010>
- Wilkinson, B. (2011). *Current Trends in Remediating Adolescent Self-Injury: An Integrative Review*. *The Journal of School Nursing*, 27(2), 120–128. doi:10.1177/1059840510388570
- Zaragozano, J. F. (2017). Autolesiones en la adolescencia: una conducta emergente. *Boletín de la sociedad de pediatría de Aragón, La Rioja y Soria*, 47(2), 37-45.