

De la escucha al alivio: enfoques prácticos en el manejo del insomnio (parte II)

From listening to relief: practical approaches in the management of insomnia (part II)

Nicole Crimer^a , Cecilia Calvo^a 

Resumen

Este artículo aborda las opciones de tratamiento para el insomnio crónico en adultos, poniendo énfasis en la necesidad de un enfoque integral y personalizado. El tratamiento debe considerar no solo las causas subyacentes, sino también las características individuales de cada paciente, sus preferencias y su contexto. Examinamos tanto las estrategias farmacológicas, que incluyen el uso de medicamentos como benzodiazepinas y fármacos no benzodiazepínicos, como las terapias no farmacológicas. El texto destaca la importancia de adaptar los tratamientos a las necesidades específicas de cada paciente, reconociendo que no existe una solución única. Este enfoque flexible y centrado en la persona busca no solo aliviar los síntomas del insomnio, sino también prevenir sus efectos negativos en la salud mental y física, promoviendo una mejora integral en la calidad de vida.

Abstract

This article addresses treatment options for chronic insomnia in adults, emphasizing the need for a comprehensive and personalized approach. Treatment should consider not only the underlying causes but also the individual characteristics of each patient, their preferences, and their context. We examine both pharmacological strategies, including the use of medications such as benzodiazepines and non-benzodiazepine drugs and non-pharmacological therapies. The text highlights the importance of tailoring treatments to each patient's specific needs, recognizing that there is no one-size-fits-all solution. This flexible, person-centered approach seeks not only to alleviate the symptoms of insomnia but also to prevent its adverse effects on mental and physical health, promoting a comprehensive improvement in quality of life.

Palabras clave: Trastornos del Inicio y del Mantenimiento del Sueño, Terapéutica, Atención Primaria de Salud. Keywords: Sleep Initiation and Maintenance Disorders, Therapeutics, Primary Health Care.

Crimer N, Calvo C. De la escucha al alivio: enfoques prácticos en el manejo del insomnio (parte II). *Evid Actual Pract Ambul.* 2025;28(1):e007144. Available from: <https://dx.doi.org/10.51987/evidencia.v28i2.7144>.

Introducción

Como hemos visto en la primera parte de esta serie de artículos¹, el insomnio es motivo de consulta frecuente en atención primaria. Nuestra prioridad como profesionales de atención primaria de la salud es ayudar a las personas que nos consultan a recuperar el sueño, un pilar esencial para la salud física, mental y emocional. Si bien existen diversas opciones terapéuticas, desde intervenciones no farmacológicas hasta psicofármacos, el abordaje del insomnio es un desafío. Por un lado su medicalización excesiva conlleva riesgos como la dependencia y la tolerancia, y por otro, las estrategias no farmacológicas, aunque efectivas en algunos casos, no siempre ofrecen resultados óptimos.

El objetivo de este artículo es revisar las estrategias disponibles para el tratamiento del insomnio, con un enfoque práctico que contemple las necesidades individuales y facilite su aplicación en el ámbito de la atención primaria.

Abordaje

Como mencionamos en la entrega anterior, en la que desarrollamos en profundidad la anamnesis y estrategias diagnósticas del insomnio y detallamos cómo abordar la entrevista con las personas que consultan por este problema¹, proponemos un enfoque integral, centrado en la persona y adaptado a sus preferencias y circunstancias personales. Un abordaje empático, que priorice aliviar el sufrimiento y mejorar el bienestar general, es clave para el éxito del tratamiento. Además, es esencial mantener una comunicación abierta, informando al paciente sobre las opciones terapéuticas y colaborando para encontrar la mejor estrategia según su situación. La colaboración mejora la adherencia al tratamiento y empodera al paciente, otorgándole un rol activo en

la recuperación y mejora del sueño.

A continuación, describiremos las distintas opciones terapéuticas, tanto farmacológicas como no farmacológicas, y exploraremos los criterios para seleccionar un medicamento sobre otro, buscando maximizar los beneficios para el paciente y minimizar los riesgos asociados al tratamiento. Es fundamental recordar que la adopción de buenos hábitos puede mejorar significativamente la calidad del sueño. Recomendamos fomentar estos hábitos en todos los pacientes, al mismo tiempo que se ofrecen opciones personalizadas con el objetivo de diseñar un traje a medida que se adapte a las necesidades específicas de cada individuo.

Sugerimos indagar sobre las estrategias que el paciente ha intentado previamente, para identificar qué ha funcionado y si es posible repetirlo, así como qué no ha dado resultados y por qué. Por ejemplo, aunque la melatonina no cuenta con evidencia científica sólida que respalde su eficacia en el tratamiento del insomnio, si el paciente ha experimentado una mejoría con su uso y no presenta contraindicaciones, puede considerarse su continuación.

¿Cuáles son las estrategias no farmacológicas para el manejo del insomnio crónico?

Entre las medidas no farmacológicas, describiremos enfoques complementarios como la escucha ampliada, que fomenta una comunicación empática y comprensiva, y las pautas sobre higiene del sueño, que buscan regular los hábitos nocturnos. La exploración de los hábitos y conductas que influyen en el sueño es un paso fundamental; sin embargo, su efectividad como única intervención es limitada, lo que genera con frecuencia frustración en pacientes y médicos.

^a Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria, Hospital Italiano de Buenos Aires. nicole.crimer@hospitalitaliano.org.ar, cecilia.calvo@hospitalitaliano.org.ar



La terapia cognitivo-conductual (TCC), enfocada en modificar pensamientos y comportamientos que dificultan el descanso ha demostrado eficacia para el tratamiento del insomnio en múltiples estudios²⁻⁵, en particular en países anglosajones. No obstante, su aplicación en nuestro contexto enfrenta retos significativos, como la falta de profesionales especializados, las barreras en la cobertura del tratamiento por parte de los sistemas de salud y el nivel de compromiso requerido por los pacientes. Asimismo, la poca familiaridad con esta intervención y la escasez de programas de formación especializada dificultan su integración en la práctica cotidiana.

¿De qué se trata la escucha ampliada?

La escucha ampliada es mucho más que simplemente oír; hace referencia a una escucha abierta y activa, interesada en comprender lo que el paciente nos cuenta, sin juzgar ni prejuiciar. La escucha tiene en sí misma un efecto terapéutico que se concreta en un encuentro que va más allá de tranquilizar al paciente sobre su salud; implica explicarle detalladamente su condición y tratamiento, así como crear un espacio donde médico y paciente tomen decisiones juntos. Además, dentro de esta práctica se destaca el FOCO, un dispositivo terapéutico valioso que se enfoca en la familia, la orientación y el contexto del paciente, descrito en una publicación anterior en esta revista⁶.

Las acciones de la escucha ampliada incluyen la creación de un espacio en la consulta para decisiones compartidas, donde muchas veces es necesario recurrir a una serie de entrevistas, ya sea individuales, de pareja o familiares, con el fin de investigar el contexto y ofrecer orientación sobre medidas para mejorarlo. Puede llevar a recomendar psicoterapia, un psicofármaco o la iniciación de actividades placenteras. Aunque es difícil de describir en palabras, su valor reside en el vínculo humano que se forma durante la consulta. Su eficacia, pese a que no siempre sea cuantificable, radica en la posibilidad de aliviar las preocupaciones del

paciente y abordar sus problemas de manera integral. La escucha ampliada permite conectar y entender al paciente más allá de los síntomas, ofreciendo una perspectiva más humana y compasiva de su situación.

¿Qué son las pautas de higiene del sueño?

Las pautas de higiene del sueño (ver Tabla 1) son un conjunto de recomendaciones diseñadas para mejorar la calidad del sueño a través de la modificación de los hábitos y el entorno. Constituyen la primera línea de tratamiento para el insomnio y siempre se recomiendan, ya sea como estrategia única o combinada con otras intervenciones. Estas medidas son fundamentales para mejorar de manera sostenida en el tiempo la calidad del sueño y deben formar parte de cualquier abordaje terapéutico integral. Incluyen mantener horarios regulares para acostarse y levantarse, evitar las siestas, crear un ambiente propicio para el descanso (oscuro, tranquilo y cómodo), evitar el consumo de cafeína y alcohol antes de dormir, y limitar el uso de dispositivos electrónicos en la noche. También se recomienda establecer una rutina relajante antes de acostarse, como leer o tomar un baño tibio.

Si bien puede ser difícil cumplir todas estas recomendaciones, las mencionamos para que los pacientes tengan opciones y puedan incorporar todas aquellas que estén a su alcance. Incluso pequeños cambios pueden contribuir a mejorar la calidad del sueño. A través de nuestra experiencia, hemos observado que una minoría de personas logra mejorar el insomnio solo con estas pautas; la mayoría requiere un abordaje más intensivo. Quienes tienen malos hábitos, como siestas prolongadas o consumo excesivo de cafeína, o quienes nunca han probado ningún tipo de tratamiento y tienen buena disposición para realizar cambios de hábitos suelen responder mejor a estas intervenciones. Sin embargo, las pautas suelen ser menos efectivas en quienes ya han intentado otros tratamientos no farmacológicos y farmacológicos sin éxito.

Tabla 1. Pautas de higiene del sueño

Pauta	Descripción
Regularizar el horario de acostarse y levantarse	Tener una hora constante para acostarse y levantarse conduce a horarios de sueño más regulares y evita períodos de privación de sueño o períodos de vigilia prolongada durante la noche
Evitar las siestas	Evitar las siestas para llegar con sueño a la noche
Limitar la cafeína	Evitar el consumo de cafeína después del almuerzo. El tiempo entre el almuerzo y la hora de acostarse representa aproximadamente dos vidas medias de la cafeína, y este período de tiempo permite que la mayor parte de la cafeína se metabolice antes de acostarse. En nuestro contexto, sumamos el mate a esta recomendación
Limitar el alcohol	El alcohol inicialmente es sedante, pero a medida que se metaboliza puede causar despertares e interrumpir el sueño durante la noche. Se sugiere no consumirlo cerca de la hora de acostarse, dado que también afecta negativamente la arquitectura del sueño
Evitar la nicotina	La nicotina es un estimulante y debe evitarse cerca de la hora de acostarse y por la noche
Ejercicio	Se recomienda realizar actividad física durante el día, en particular de cuatro a seis horas antes de acostarse, dado que puede facilitar el inicio del sueño. Se desaconseja el ejercicio riguroso dentro de las dos horas previas a acostarse. Sin embargo, si la persona puede realizar actividad física solamente en ese horario no la desaconsejamos, desde la premisa de que cualquier actividad física es beneficiosa para la salud
Mantener un ambiente de sueño tranquilo y oscuro	La exposición al ruido y la luz durante la noche puede alterar el sueño. A menudo se recomiendan tapones para los oídos o ruido blanco para reducir el nivel de ruido, así como utilizar cortinas opacas o una máscara para los ojos para reducir la luz. Además, se sugiere reducir la exposición a la televisión o dispositivos tecnológicos antes de dormir, ya que la luz que emiten las pantallas puede alterar los ritmos circadianos y retrasar el horario de sueño
Reloj en el dormitorio	Procurar no mirar la hora durante la noche en despertadores o relojes. Hacerlo puede incrementar la activación cognitiva y prolongar el estado de vigilia
Cena nocturna	Evitar ingerir comidas copiosas cerca de la hora de dormir. Optar por una cena saludable y satisfactoria, pero ligera, temprano en la noche, y limitar los refrigerios nocturnos

¿En qué consiste la terapia cognitivo conductual?

La terapia cognitivo conductual (TCC) es un tratamiento basado en estrategias conductuales y cognitivas para mejorar la calidad del sueño. En el plano conductual, la TCC incluye establecer horarios consistentes para acostarse y levantarse, reducir el tiempo en cama para maximizar la eficiencia del sueño, reservar la cama únicamente para dormir o tener relaciones sexuales y seguir pautas de higiene del sueño (Tabla 1). Desde una perspectiva cognitiva, la TCC trabaja para modificar los pensamientos ansiosos y catastróficos que suelen acompañar al insomnio, corregir expectativas poco realistas sobre el sueño y desafiar ideas erróneas acerca de los efectos del insomnio. También puede incluir técnicas de relajación, como la relajación muscular progresiva, la atención plena o mindfulness, y la meditación, que ayudan a facilitar la conciliación del sueño y a reducir la ansiedad. La terapia de control de estímulos y la restricción del sueño son otros componentes de la TCC, que permiten abordar el patrón desadaptativo que presentan algunos pacientes con insomnio.

Aunque la TCC es considerada el tratamiento de primera línea para el insomnio^{7,8}, no todos los pacientes están dispuestos a seguirla, ya sea por resistencia a la psicoterapia o por otras razones. En estos casos, es importante destacar que la TCC se diferencia de enfoques más largos como el psicoanálisis, en que es una terapia breve, con un número reducido de sesiones y un enfoque directo en el síntoma específico. Este tratamiento se centra en los pensamientos, emociones y comportamientos actuales que perpetúan el insomnio, proporcionando al paciente herramientas prácticas y orientadas a la resolución de problemas inmediatos, sin necesidad de indagar en aspectos profundos del pasado.

Las investigaciones muestran que la TCC, ya sea sola o combinada con fármacos, es más efectiva a largo plazo que el tratamiento con medicación por sí solo, brindando beneficios sostenidos y evitando efectos secundarios no deseados^{2,9}. Para aquellos pacientes que necesitan una respuesta rápida o que experimentan ansiedad intensa, puede considerarse una combinación inicial de TCC y medicación, con la meta de ir reduciendo gradualmente el uso de fármacos siempre y cuando sea posible. Factores como una alta angustia inicial y dificultad para conciliar el sueño suelen predecir una mejor respuesta a la TCC, mientras que la falta de éxito con dosis altas de medicamentos puede ser un indicativo de que la respuesta a la TCC será menos favorable.

¿Cuáles son las estrategias farmacológicas empleadas en el tratamiento del insomnio?

Existen distintas opciones terapéuticas, cada una con ventajas y efectos adversos potenciales. Las benzodiacepinas y las drogas Z son útiles para inducir y mantener el sueño, pero presentan riesgos asociados, como dependencia y efectos secundarios a largo plazo. Otras alternativas más seguras, como la melatonina y el ramelteon, regulan el ritmo circadiano, aunque su eficacia comparativa con otros fármacos puede ser limitada. Medicamentos antidepresivos como la mirtazapina, trazodona, amitriptilina y paroxetina pueden ser beneficiosos en casos de insomnio relacionado con trastornos del ánimo, aunque es imprescindible evaluar los posibles efectos secundarios a la hora de su prescripción. La quetiapina es un antipsicótico atípico cada vez más utilizado, incluso en pacientes sin comorbilidades psiquiátricas, debido a su perfil relativamente favorable en términos de efectos adversos. Por otro lado, el uso de anticonvulsivantes y otras terapias emergentes, como el cannabis, podrían ofrecer beneficios en el manejo del insomnio; sin embargo, la evidencia sobre su eficacia y sus posibles riesgos es escasa. A continuación analizaremos estas estrategias en más detalle.

Benzodiacepinas

Las benzodiacepinas son moléculas depresoras del sistema nervioso central que promueven la relajación física y mental al estimular los receptores del ácido gamma aminobutírico (GABA), el principal neurotransmisor inhibitor del sistema nervioso. Por este mecanismo, su acción se considera gabaérgica. Según diversos estudios basados en cuestionarios y diarios de sueño, las benzodiacepinas promueven una mejoría subjetiva tanto en la calidad como en la cantidad del sueño. Además, producen una reducción en la latencia del sueño, menor número de despertares nocturnos, mayor duración del sueño total y mejora de la eficacia del sueño (porcentaje de sueño en relación con el tiempo en la cama), con un incremento promedio de entre 30 a 60 minutos en el tiempo total de sueño¹⁰.

Estos fármacos no solo tienen un efecto hipnótico, sino también ansiolítico, miorelajante y anticonvulsivante, lo que los hace útiles en trastornos como la ansiedad generalizada, las fobias y ciertos trastornos convulsivos. La acción de las benzodiacepinas es dosis-dependiente, progresando desde un efecto ansiolítico a sedante y finalmente hipnótico a medida que aumenta la dosis.

No obstante, el uso de benzodiacepinas está limitado por los efectos adversos que los usuarios pueden presentar, incluyendo somnolencia diurna, riesgo de caídas, mareos, ataxia y dependencia. La tolerancia y la posibilidad de efectos de abstinencia con una suspensión abrupta son preocupaciones adicionales que restringen su uso prolongado. Aunque algunos estudios han asociado el deterioro cognitivo con las benzodiacepinas, la evidencia es controvertida y no se ha demostrado causalidad¹¹⁻¹⁴.

Las benzodiacepinas son ampliamente utilizadas por los pacientes para tratar el insomnio, y es común que lleguen a la consulta ya consumiendo este tipo de fármacos, como alprazolam o clonazepam. Muchos manifiestan dificultades para discontinuarlas debido a la dependencia que estos generan. Aunque desde nuestro rol intentamos sustituirlas por alternativas más seguras, esto no siempre es posible, ya que la mejoría del insomnio no es inmediata con otros enfoques terapéuticos y la adherencia al tratamiento puede verse afectada.

Si bien, desde nuestro punto de vista, estamos de acuerdo en minimizar el uso de benzodiacepinas por los efectos adversos que pueden producir, también creemos que la prioridad debe ser que el paciente logre dormir. El insomnio no tratado tiene un impacto grave en la calidad de vida, por lo que en ciertos casos, mantener el uso controlado de benzodiacepinas puede ser preferible a la falta de sueño. El balance entre los riesgos y los beneficios debe ser cuidadosamente considerado entre el profesional de la salud y el paciente ante cada opción terapéutica. La Tabla 2 sintetiza las posologías de las benzodiacepinas más comunes. En caso de prescribir un fármaco de este grupo, se recomienda optar por benzodiacepinas de vida media larga (como el clonazepam), ya que generan menos tolerancia y dependencia. Además, es importante tener en cuenta el efecto pico y valle asociado a los fármacos de vida media corta, que requieren múltiples dosis diarias (dos o tres veces al día). Conocer el inicio de acción puede ser importante al momento de seleccionar la droga; debe tenerse en cuenta que la aparición rápida del efecto puede ser valorada positiva o negativamente por el paciente, según su tipo de insomnio y/o sus preferencias personales.

Consideraciones especiales de las benzodiacepinas en adultos mayores

Según los criterios de Beers, las benzodiacepinas son potencialmente inapropiadas en las personas adultas mayores debido a los riesgos de polifarmacia, caídas y alteraciones cognitivas^{15,16}. Si no es posible suspenderlas, se recomienda usar la dosis mínima efectiva y considerar alternativas terapéuticas más seguras.

Tabla 2. Dosis recomendadas, vida media y comienzo de acción de las benzodiacepinas. Notas: *Vida media: tiempo que pasa hasta que la concentración en la sangre disminuye a la mitad de su valor máximo después de una sola dosis. Si bien este tiempo puede variar en forma considerable de un individuo a otro, se considera corta: menos de 6 h; intermedia: entre 6 y 24 h; prolongada: más de 24 h. **Valores aproximados de comienzo de acción: rápido: 0,5 a 1 h, intermedio: 1 a 3 h.

Benzodiacepina	Dosis habitual recomendada (vía oral) - adultos	Dosis habitual recomendada (vía oral) - adultos mayores	Vida media*	Comienzo de acción**
Midazolam	7,5 a 15 mg	7,5 mg	Corta	Intermedio
Alprazolam	0,5 a 1 mg	0,25 a 0,5 mg	Intermedia	Intermedio
Lorazepam	1 a 2 mg	0,25 a 1 mg	Intermedia	Intermedio
Bromazepam	1,5 a 3 mg	1,5 mg	Intermedia	Intermedio
Clonazepam	0,5 a 1 mg	0,5 mg	Prolongada	Intermedio
Diazepam	10 mg	5 mg	Prolongada	Rápido
Flunitrazepam	1 a 2 mg	1 mg	Prolongada	Rápido

Drogas Z

Las drogas Z, como el zolpidem, zopiclona y zaleplón, son fármacos depresores del sistema nervioso central, cuyo mecanismo de acción es similar al de las benzodiacepinas. Ambas clases de fármacos actúan estimulando los receptores GABA. Sin embargo, las drogas Z tienen una mayor selectividad por los receptores de GABA responsables del efecto hipnótico, a diferencia de las benzodiacepinas, que también tienen acciones ansiolíticas, anti-convulsivantes y miorrelajantes.

Introducidas en la década de 1990, las drogas Z fueron comercializadas como una alternativa con menores efectos adversos que las benzodiacepinas. Si bien comparten mecanismos similares, los estudios no han demostrado que las drogas Z ofrezcan ventajas claras en términos de efectos secundarios. De hecho, una revisión sistemática del Instituto Nacional para la Excelencia en Salud y Atención del Reino Unido (conocido por sus siglas en inglés, NICE) concluyó que las drogas Z no son superiores a las benzodiacepinas en cuanto a sedación diurna, dependencia o cualquier otro efecto adverso¹⁷.

Además, la calidad de los estudios comparativos entre ambos grupos de fármacos es cuestionable debido a que muchos de ellos fueron financiados por la industria farmacéutica, lo que podría sesgar los resultados a favor de las drogas Z.

Las drogas Z presentan diferencias importantes en cuanto a su inicio de acción y vida media (ver Tabla 3), lo que permite

elegir entre ellas dependiendo de las características del insomnio del paciente. Por ejemplo, los fármacos con vida media corta (como el zaleplón) tienen un inicio de acción rápido y son eficaces para el insomnio de conciliación, ya que inducen el sueño rápidamente, pero tienen una duración limitada. Esto puede ser útil en pacientes que tienen dificultad para quedarse dormidos, pero que no sufren de despertares nocturnos prolongados. Además suelen tener una menor incidencia de efectos adversos durante el día, como la conocida resaca diurna o somnolencia residual. Este aspecto es relevante a la hora de elegir el fármaco más adecuado, en especial en pacientes que requieren una buena funcionalidad durante el día. Por otro lado, las drogas Z con vida media más larga (como el zolpidem de liberación prolongada o la zopiclona) son más apropiadas para el insomnio de mantenimiento o el insomnio mixto, ya que mantienen su acción durante más tiempo, ayudando a reducir los despertares nocturnos y mejorar la continuidad del sueño.

En cuanto al balance riesgo-beneficio, no se encontraron diferencias consistentes entre las benzodiacepinas y las drogas Z en términos de eficacia o seguridad¹⁸. Por otro lado, las drogas Z son más costosas que las benzodiacepinas sin ofrecer beneficios claros que justifiquen su elevado precio, lo que permite cuestionar su costo-efectividad.

Tabla 3. Indicaciones, dosis y vida media de las drogas Z. Notas: *Zaleplon no se comercializa en Argentina

Droga Z	Indicación según tipo de insomnio	Dosis inicial (dosis máxima)	Vida media
Eszopiclona	Conciliación y/o mantenimiento	1 mg (3 mg)	6 horas
Zaleplon*	Conciliación	5 mg (20 mg)	1 hora
Zolpidem	Conciliación y/o mantenimiento	5 mg (10 mg)	1,5 a 4,5 horas
Zolpidem de liberación prolongada	Conciliación y/o mantenimiento	6,25 mg (12,5 mg)	1,5 a 4 horas
Zopiclona	Conciliación y/o mantenimiento	3,75 mg (7,5 mg)	5 a 7 horas

Consideraciones especiales de las drogas Z en adultos mayores

Un metanálisis comparativo confirmó que tanto las benzodiacepinas como las drogas Z aumentan significativamente el riesgo de fracturas de cadera en adultos mayores, especialmente durante el uso a corto plazo, siendo los nuevos usuarios los más vulnerables¹⁹. Este hallazgo es relevante, ya que anteriormente se consideraba una buena práctica rotar de una benzodiacepina a una

droga Z para reducir este riesgo. Sin embargo, ahora se sabe que ambos fármacos presentan un riesgo similar y de hecho, este grupo de fármacos también se encuentra incluido en los criterios de Beers como medicación potencialmente inapropiada en los adultos mayores. Aunque esta evidencia no minimiza otros efectos adversos de las benzodiacepinas, es un aspecto clave a considerar al elegir un tratamiento farmacológico.

Amitriptilina

La amitriptilina, un antidepresivo tricíclico indicado principalmente para trastornos del estado de ánimo, se emplea con frecuencia fuera de indicación para tratar el insomnio debido a sus propiedades sedantes. Su mecanismo de acción incluye la inhibición de la recaptación de serotonina y noradrenalina, aumentando los niveles de estos neurotransmisores en el cerebro. En el contexto del insomnio, destaca su acción sobre los receptores de histamina H1, que induce sedación y facilita tanto la conciliación como el mantenimiento del sueño²⁰.

Este fármaco es particularmente útil en pacientes con insomnio asociado a trastornos del ánimo o dolor crónico, como ocurre en la fibromialgia y la migraña, ya que permite abordar múltiples condiciones de manera simultánea. Además, su amplia disponibilidad y bajo costo lo hacen una opción accesible en ciertos contextos. En cuanto a la posología, se utilizan dosis mucho más bajas que las indicadas para la depresión, generalmente entre 10 y 25 mg antes de acostarse, que se ajustan según la respuesta y tolerancia del paciente. No obstante, su uso puede provocar efectos adversos significativos, entre ellos, efectos anticolinérgicos (boca seca, visión borrosa, estreñimiento y retención urinaria), somnolencia residual que afecta la funcionalidad diurna, y aumento de peso, en especial con tratamientos prolongados. También presenta un riesgo importante de cardiotoxicidad en caso de sobredosis, lo que lo hace más peligroso que otras alternativas para el insomnio. Debido a sus efectos secundarios, su uso debe evaluarse con cautela, particularmente en pacientes mayores o con comorbilidades. A pesar de estos riesgos, la amitriptilina puede ser una opción eficaz y económica para tratar el insomnio asociado a trastornos del ánimo o dolor crónico, ofreciendo beneficios terapéuticos duales en estos casos²⁰. Cabe destacar que si bien la amitriptilina se encuentra entre los criterios de Beers originales como medicación potencialmente inapropiada¹⁵, cuando se realizó la adaptación y validación para su uso en la Argentina el grupo de expertos no la consideró inapropiada en nuestro medio, a diferencia de otros antidepresivos tricíclicos y de la fluoxetina¹⁶.

Paroxetina

La paroxetina, un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (ISRS), se utiliza principalmente en el tratamiento de la depresión y los trastornos de ansiedad. Aunque no está indicada específicamente para el insomnio, puede influir en la calidad del sueño al aliviar los síntomas subyacentes de estos trastornos²¹. En pacientes con insomnio relacionado con depresión o ansiedad, la paroxetina puede mejorar en forma indirecta el descanso nocturno al abordar aspectos psicológicos que lo afectan.

La posología habitual para la depresión o la ansiedad es de 20 a 40 mg diarios, con una dosis inicial de 10 mg durante la primera semana, administrada por la mañana. Su efecto sobre el sueño puede variar según la respuesta individual y el tiempo de tratamiento. Aunque no es una terapia de primera línea para el insomnio, su uso en personas con trastornos del ánimo o ansiedad puede resultar beneficioso a largo plazo, una vez que los síntomas principales están controlados.

Los efectos adversos más frecuentes incluyen náuseas, somnolencia, sequedad bucal, cefaleas, mareos y aumento de peso. También puede ocasionar disminución de la libido, anorgasmia y disfunción eréctil. Mientras que los efectos gastrointestinales suelen mejorar con el tiempo, los relacionados con la función sexual tienden a persistir, lo que puede ser un motivo para interrumpir el tratamiento.

Mirtazapina

La mirtazapina, un antidepresivo aprobado para el tratamiento del trastorno depresivo mayor, se utiliza con frecuencia para

tratar el insomnio debido a sus propiedades sedantes. Su mecanismo de acción combina el efecto antagónico de los receptores alfa-adrenérgicos, muscarínicos y serotoninérgicos con el efecto de agonista inverso de los receptores de histamina H1, contribuyendo a sus efectos sedantes, especialmente por la interacción con los receptores de serotonina e histamina.

La dosis habitual para la depresión es de 15 a 45 mg por la noche, mientras que para el insomnio se suelen recetar dosis más bajas, entre 7,5 y 15 mg.

Es una alternativa interesante frente a las benzodicepinas y las drogas Z, debido a que evita riesgos como la dependencia, la tolerancia y los efectos adversos cognitivos. Ensayos aleatorizados controlados mostraron que dosis bajas de mirtazapina pueden mejorar la calidad del sueño y aumentar el tiempo total de descanso en casos de insomnio transitorio, aunque se observó somnolencia diurna como efecto secundario^{22,23}. Los efectos adversos más comunes incluyen somnolencia, aumento del apetito, aumento de peso y mareos relacionados con hipotensión ortostática. También puede provocar deterioro del juicio, el pensamiento y las habilidades motoras, por lo que su uso debe evaluarse con cuidado en cada paciente.

Trazodona

La trazodona, un antidepresivo atípico, se utiliza con frecuencia para tratar el insomnio debido a sus propiedades sedantes. Aunque fue desarrollada inicialmente como tratamiento para la depresión, se observó que a dosis más bajas ejerce un potente efecto sedante, lo que la convierte en una opción común, especialmente en pacientes con insomnio asociado a comorbilidades como depresión o ansiedad. Por lo general es una terapia de segunda línea, empleada cuando otros fármacos no han sido efectivos.

En cuanto a su mecanismo de acción, la trazodona bloquea la recaptación de serotonina y modula los receptores 5-HT_{2A}, lo que contribuye a sus efectos ansiolíticos y sedantes. También actúa como antagonista de los receptores de histamina H1 y alfa-adrenérgicos, potenciando su capacidad para inducir el sueño. Las dosis recomendadas para el insomnio oscilan entre 50 y 150 mg por noche, siendo habitual iniciar con 50 a 100 mg en adultos, y con dosis más bajas en adultos mayores. No se aconseja superar los 150 mg por noche debido al mayor riesgo de efectos adversos, y a que dosis más altas no aportan beneficios adicionales en el tratamiento del insomnio.

Los efectos secundarios más comunes incluyen síncope, edema, visión borrosa, diarrea, congestión nasal y pérdida de peso. Además, puede ocasionar deterioro cognitivo y motor, por lo que su uso debe ser monitorizado con cuidado, en especial en poblaciones vulnerables.

Quetiapina

La quetiapina es un antipsicótico atípico que, aunque está principalmente indicado para tratar trastornos psiquiátricos como la esquizofrenia, el trastorno bipolar y la depresión resistente, se emplea con frecuencia fuera de indicación oficial para el tratamiento del insomnio debido a sus propiedades sedantes. Este efecto proviene de su acción sobre diversos receptores neuronales. La quetiapina actúa como antagonista de los receptores de dopamina D₂, lo que ayuda a reducir los síntomas psicóticos, y de los receptores de serotonina 5-HT_{2A}, contribuyendo a sus efectos antipsicóticos y ansiolíticos. Además, bloquea los receptores de histamina H1, lo que induce sedación, y los receptores adrenérgicos alfa-1, amplificando este efecto y causando una disminución de la presión arterial.

Una de las principales ventajas de la quetiapina es su capacidad para inducir el sueño, particularmente en pacientes con comorbilidades psiquiátricas, como ansiedad o depresión. Su uso

es especialmente útil en pacientes con insomnio asociado a trastornos del estado de ánimo o trastornos psicóticos, ya que permite tratar múltiples síntomas con un solo fármaco. También se utiliza en la práctica cotidiana en adultos mayores con demencia y trastornos conductuales nocturnos.

La dosis inicial suele ser de 12,5 mg, aumentando gradualmente hasta los 50 mg según la tolerancia y la respuesta del paciente. Aunque no genera la dependencia física que producen las benzodiazepinas, puede generar dependencia psicológica y algunos pacientes pueden buscar continuar usándola para dormir.

En el tratamiento del insomnio, la quetiapina se reserva por lo general para aquellos casos en los que otros tratamientos han fallado, especialmente en pacientes con comorbilidades psiquiátricas y en adultos mayores con demencia e insomnio. Las dosis para el insomnio son significativamente más bajas que las empleadas para trastornos psicóticos, comenzando con 25 a 50 mg antes de acostarse y ajustándose según la respuesta clínica. En pacientes con trastornos psiquiátricos, la dosis puede ser mayor. Los efectos adversos más comunes en dosis hipnóticas incluyen somnolencia diurna, xerostomía, hipotensión ortostática y aumento de peso.

Anticonvulsivantes

Algunos anticonvulsivantes, como la pregabalina y la gabapentina, utilizados en el tratamiento del dolor crónico, la fibromialgia y la ansiedad, tienen efecto sedativo, por lo que su uso podría beneficiar a quienes presentan insomnio asociado a alguno de estos problemas. Los efectos adversos más frecuentes de estas drogas son la somnolencia, los mareos y el incremento del peso corporal.

Melatonina

Esta sustancia actúa sobre el núcleo supraquiasmático ayudando a regular el ritmo circadiano y facilitando el inicio del sueño. Aunque no es un hipnótico fuerte y tiene una eficacia limitada para mantener el sueño durante la noche, es más efectiva si se toma unas horas antes de acostarse²⁴. Las dosis habituales varían entre 1 y 5 mg, aunque las dosis menores a 1 mg pueden ser igualmente efectivas. Los efectos secundarios más comunes incluyen mareos, somnolencia diurna y dolores de cabeza. Diversos estudios muestran que, aunque podría mejorar modestamente la latencia del sueño y la duración total del sueño, los beneficios no siempre son clínicamente significativos y la evidencia es inconsistente^{25,26}.

Ramelteon

Este fármaco es un agonista selectivo de los receptores MT1 y MT2 de melatonina, aprobado por la FDA para el tratamiento del insomnio, especialmente en el subtipo de conciliación. La dosis recomendada es de 8 mg, tomada 30 minutos antes de acostarse. Debe evitarse su ingesta con comidas ricas en grasas para asegurar su adecuada absorción.

Aunque su eficacia está limitada principalmente a la reducción de la latencia del sueño, ramelteon es una opción segura y bien tolerada, sin riesgos de dependencia ni insomnio de rebote. Han sido informados efectos secundarios leves, como somnolencia, mareos y fatiga, y en raros casos, alteraciones hormonales. Aunque no mejora significativamente el mantenimiento del sueño y la evidencia es inconsistente, podría presentar beneficios modestos para el inicio del sueño^{25,26}.

Aunque en la actualidad no se comercializa en Argentina, ramelteon está aprobado como primera línea de tratamiento en los EE.UU. y Japón, por lo que eventualmente podría estar disponible en nuestro país debido a su eficacia y perfil de seguridad.

Otras terapias

Aunque consideramos que el insomnio puede abordarse con eficacia desde la medicina convencional, algunos pacientes prefieren explorar tratamientos que perciben como naturales u otras terapias alternativas. Si bien algunas de estas opciones han sido evaluadas desde la evidencia científica, las limitaciones metodológicas de muchos estudios disminuyen la confianza en sus conclusiones. Desde nuestra perspectiva, esta falta de evidencia no nos impide acompañar a los pacientes que desean probar otras terapias, ya que buscamos resultados individualizados más que poblacionales, y lo que puede resultar ineficaz para un paciente podría ser beneficioso para otro. En general, no desalentamos el uso de estas alternativas e incluso las apoyamos cuando no representan un riesgo. Sin embargo, somos cautelosos si consideramos que alguna opción podría ocasionar daños.

Entre las estrategias consultadas con más frecuencia que podrían ayudar a reducir la ansiedad y mejorar la calidad del sueño, y por lo general presentan bajo riesgo en dosis bajas, se encuentran: escuchar música relajante antes de dormir²⁷, practicar mindfulness^{8,28,29}, realizar técnicas de relajación progresiva o respiración⁸, mantener actividad física regular^{30,31}, homeopatía³², acupuntura³³ y la suplementación con magnesio³⁴. Asimismo, el uso de plantas medicinales como la valeriana³⁵, la pasiflora³⁶, la manzanilla³⁷ o el tilo se ha popularizado por sus supuestos efectos relajantes, similares al tradicional vaso de leche tibia antes de dormir.

También es frecuente la consulta acerca del uso de cannabis para mejorar el sueño. Si bien en los últimos años se ha observado gran interés en el uso terapéutico de sustancias cannabinoides (como el tetrahidrocannabinol y en canabidiol) en distintas afecciones incluyendo los trastornos del sueño, la falta de investigaciones rigurosas sobre su eficacia y seguridad nos impide ofrecer pautas de uso para el tratamiento del insomnio^{38,39}. Es importante advertir a los pacientes sobre el riesgo de tolerancia y dependencia asociado al tetrahidrocannabinol, por lo que aconsejamos adoptar un enfoque de reducción de riesgos y daños.

Comentario final

Cada paciente es único, por lo que es esencial preguntarles qué estrategias han probado, cuáles les han funcionado y cuáles no, para seleccionar el enfoque más adecuado a sus necesidades. Aunque las estrategias farmacológicas implican ciertos riesgos, la prioridad debe ser garantizar que el paciente pueda descansar y dormir, considerando la importancia fundamental del sueño para la salud y el bienestar general.

Es igualmente relevante integrar las estrategias no farmacológicas, que desempeñan un papel crucial en el tratamiento del insomnio. La escucha ampliada ayuda a explorar y validar las preocupaciones del paciente, mientras que las pautas de higiene del sueño, aunque con beneficios limitados, contribuyen a mejorar la calidad del descanso a largo plazo. Además, enfoques como la terapia cognitivo-conductual y sus componentes aislados, como el control de estímulos y las estrategias de restricción del sueño, resultan efectivos para modificar patrones de pensamiento y conductas que interfieren con el sueño. Estas intervenciones, combinadas con las farmacológicas, deben siempre priorizar el bienestar integral del paciente.

Al elegir cualquier tratamiento, el objetivo principal debe ser que el paciente logre dormir y mejorar su calidad de vida. Minimizar riesgos es fundamental, pero siempre con la premisa de que el descanso adecuado es esencial para el bienestar físico y emocional.

Fuente

Este material fue adaptado del libro 'Insomnio', Alonso I, Calvo C, Cheng A y Rubinstein E (2da. edición en prensa), delhospita

tal ediciones, Buenos Aires, y del Material Educativo PROFAM (MEP) 'Depresión, ansiedad e insomnio', original de Botargues M y Kuten E, en colaboración con Chávez P, supervisión editorial de Carrete P, Lo Sasso A y Mahumud Y, Hospital Italiano de Buenos Aires, Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria, 2022. Disponible para cursos PROFAM.



Programa de Educación Continua en
Salud Familiar, Ambulatoria y Comunitaria
organizado por el Servicio de Medicina
Familiar y Comunitaria y la Universidad
Hospital Italiano de Buenos Aires

Recibido el 08/01/2025 Aceptado el 14/02/2025
y Publicado el 21/02/2025.

Referencias

1. Crimer N, Calvo C, LoSasso A, et al. De la escucha al alivio: enfoques prácticos en el manejo del insomnio (parte I). *Evid Actual Práct Ambul.* 2024;27(4):e007129.
2. Trauer JM, Qian MY, Doyle JS, et al. Cognitive Behavioral Therapy for Chronic Insomnia: A Systematic Review and Meta-analysis. *Ann Intern Med.* 2015;163(3):191–204.
3. Montgomery P, Dennis JA. Cognitive behavioural interventions for sleep problems in adults aged 60+. *Cochrane Database Syst Rev.* 2003;(1):CD003161.
4. Galgut Y, Hoyos C, Kempler L, et al. Cognitive and behavioural therapy for insomnia in the treatment of adolescent insomnia: A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *J Sleep Res.* 2024;p. e14442.
5. Mei Z, Cai C, Luo S, et al. The efficacy of cognitive behavioral therapy for insomnia in adolescents: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Front Public Health.* 2024;12:1413694.
6. Crimer N, Mutchinick M, Rubinstein E. Abordaje contextual en la práctica del médico de familia. *Evid Actual Práct Ambul.* 2023;26(2):e007075.
7. Riemann D, Espie CA, Altena E, et al. The European Insomnia Guideline: An update on the diagnosis and treatment of insomnia 2023. *J Sleep Res.* 2023;32(6):e14035.
8. Edinger JD, Arnedt JT, Bertisch S, et al. Behavioral and psychological treatments for chronic insomnia disorder in adults: an American Academy of Sleep Medicine clinical practice guideline. *J Clin Sleep Med.* 2021;17(2):255–62.
9. Edinger JD, Arnedt JT, Bertisch SM, et al. Behavioral and psychological treatments for chronic insomnia disorder in adults: an American Academy of Sleep Medicine systematic review, meta-analysis, and GRADE assessment. *J Clin Sleep Med.* 2021;17(2):263–98.
10. de Mendonça FMR, de Mendonça GPR, Souza LC, et al. Benzodiazepines and Sleep Architecture: A Systematic Review. *CNS Neurol Disord Drug Targets.* 2023;22(2):172–9.
11. Guajardo ME. El uso de benzodiazepinas estaría asociado a la enfermedad de Alzheimer: estudio caso-control. Comentado de: Billioti de Gage S, y col. Benzodiazepine use and risk of Alzheimer's disease: case-control study. *BMJ.* 2014; 349(g5205).PMID: 25208536. *Evid Actual Práct Ambul.* 2016;18(4):117.
12. Guajardo ME. Empleo de benzodiazepinas y riesgo de demencia o deterioro cognitivo. Comentado de: Gray SL, y col. Benzodiazepine use and risk of incident dementia or cognitive decline: prospective population based study. *BMJ.* 2016;352:i90. PMID: 26837813. *Evid Actual Práct Ambul.* 2017;20(2):55.
13. Nafti M, Sirois C, Kröger E, et al. Is Benzodiazepine Use Associated With the Risk of Dementia and Cognitive Impairment-Not Dementia in Older Persons? The Canadian Study of Health and Aging. *Ann Pharmacother.* 2020;54(3):219–25.
14. Gerlach LB, Kim HM, Ignacio RV, et al. Use of Benzodiazepines and Risk of Incident Dementia: A Retrospective Cohort Study. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2022;77(5):1035–41.
15. 2019 American Geriatrics Society Beers Criteria® Update Expert Panel. American Geriatrics Society 2019 Updated AGS Beers Criteria® for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. *J Am Geriatr Soc.* 2019;67(4):674–94.
16. Calabro P, Donnianni I, Bellomo MJ, et al. Criterios de Beers para identificar el consumo de medicación potencialmente inapropiada: adaptación para su aplicación en Argentina. *Evid Actual Práct Ambul.* 2022;25(4):e007032.
17. Technology appraisal guidance National Institute for Health and Care Excellence. Guidance on the use of zaleplon, zolpidem and zopiclone for the short-term management of insomnia; 2004. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ta77>.
18. Sateia MJ, Buysse DJ, Kryстал AD, et al. Clinical Practice Guideline for the Pharmacologic Treatment of Chronic Insomnia in Adults: An American Academy of Sleep Medicine Clinical Practice Guideline. *J Clin Sleep Med.* 2017;13(2):307–49.
19. Donnelly K, Bracchi R, Hewitt J, et al. Benzodiazepines, Z-drugs and the risk of hip fracture: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One.* 2017;27(12):e0174730.
20. In brief: Off-label amitriptyline for insomnia. *Med Lett Drugs Ther.* 2023;65(1672):48.
21. Everitt H, Baldwin D, Stuart B, et al. Antidepressants for insomnia in adults. *Cochrane Database Syst Rev.* 2018;5(5):CD010753.
22. Karsten J, Hagenauw LA, Kamphuis J, et al. Low doses of mirtazapine or quetiapine for transient insomnia: A randomised, double-blind, cross-over, placebo-controlled trial. *J Psychopharmacol.* 2017;31(3):327–37.
23. Bakker M, Hugtenburg JG, Bet PM, et al. Effectiveness of low-dose amitriptyline and mirtazapine in patients with insomnia disorder with sleep maintenance problems: a randomised, double-blind, placebo-controlled trial in general practice (DREAMING). *Br J Gen Pract.* 2025;.
24. Cruz-Sanabria F, Bruno S, Crippa A, et al. Optimizing the Time and Dose of Melatonin as a Sleep-Promoting Drug: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials and Dose-Response Meta-Analysis. *J Pineal Res.* 2024;76(5):e12985.
25. Maruani J, Reynaud E, Chambe J, et al. Efficacy of melatonin and ramelteon for the acute and long-term management of insomnia disorder in adults: A systematic review and meta-analysis. *J Sleep Res.* 2023;32(6):e13939.
26. De-Crescenzo F, D'Alò GL, Ostinelli EG, et al. Comparative effects of pharmacological interventions for the acute and long-term management of insomnia disorder in adults: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet.* 2022;400(10347):170–184.
27. Jespersen KV, Pando-Naude V, Koenig J, et al. Listening to music for insomnia in adults. *Cochrane Database Syst Rev.* 2022;8(8):CD010459.
28. Lannon-Boran C, Hannigan C, McHugh-Power J, et al. The effect of mindfulness-based intervention on cognitively unimpaired older adults' cognitive function and sleep quality: a systematic review and meta-analysis. *Aging Ment Health.* 2024;28(1):23–35.
29. Chan SW, Lui D, Chan H, et al. Effects of mindfulness-based intervention programs on sleep among people with common mental disorders: A systematic review and meta-analysis. *World J Psychiatry.* 2022;12(4):636–650.
30. Riedel A, Benz F, Deibert P, et al. The effect of physical exercise interventions on insomnia: A systematic review and meta-analysis. *Sleep Med Rev.* 2024;76:101948.
31. Tian C, Wei Y, Xu M, et al. The effects of exercise on insomnia disorders: An umbrella review and network meta-analysis. *Sleep Med.* 2024;115:66–75.



32. Cooper KL, Relton C. Homeopathy for insomnia: a systematic review of research evidence. *Sleep Med Rev.* 2010;14(5):329–37.
33. Cheuk DKL, Yeung WF, Chung KF, et al. Acupuncture for insomnia. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012;2012(9):CD005472.
34. Rawji A, Peltier MR, Mourtzanakis K, et al. Examining the Effects of Supplemental Magnesium on Self-Reported Anxiety and Sleep Quality: A Systematic Review. *Cureus.* 2024;16(4):e59317.
35. Valente V, Machado D, Jorge S, et al. Does valerian work for insomnia? An umbrella review of the evidence. *Eur Neuropsychopharmacol.* 2024;82:6–28.
36. Janda K, Wojtkowska K, Jakubczyk K, et al. Passiflora incarnata in Neuropsychiatric Disorders-A Systematic Review. *Nutrients.* 2020;12(12):3894.
37. Kazemi A, Shojaei-Zarghani S, Eskandarzadeh P, et al. Effects of chamomile (*Matricaria chamomilla* L.) on sleep: A systematic review and meta-analysis of clinical trials. *Complement Ther Med.* 2024;84:103071.
38. Lavender I, Garden G, Grunstein RR. Using Cannabis and CBD to Sleep: An Updated Review. *Curr Psychiatry Rep.* 2024;26(12):712–27.
39. Velzeboer R, Malas A, Boerkoel P, et al. Cannabis dosing and administration for sleep: a systematic review. *Sleep.* 2022;45(11):zsac218.

