



INSOMNIO: CONCEPTOS GENERALES Y ESTRATEGIAS TERAPÉUTICAS

Luis Esquivel Araya¹

REVISIÓN
BIBLIOGRÁFICA

Resumen

El insomnio es un trastorno del sueño con un importante impacto en la vida de quien lo padece. Se puede definir como la dificultad persistente en el inicio del sueño, su duración, consolidación o calidad. Este puede ocurrir a pesar de la presencia de condiciones idóneas para que se produzca el sueño normal. Se puede clasificar en insomnio de corta duración o insomnio crónico, según el tiempo de evolución.

La obtención de una historia clínica minuciosa y extensa, que incluya problemas médicos y psiquiátricos comorbidos, es fundamental en el abordaje diagnóstico del paciente con insomnio. Está ayudará a definir las características más relevantes del trastorno, las cuales serán clave en la intervención terapéutica a implementar, las cuales pueden incluir tanto estrategias farmacológicas como no farmacológicas, ambos con evidencia científica que respalda su efectividad.

Abstract

Insomnia is a sleep disorder with a significant impact on the life of those who suffer from it. It can be defined as the persistent difficulty in the onset of sleep, its duration, consolidation or quality. This can occur despite the presence of ideal conditions for normal sleep to occur. It can be classified as short-term insomnia or chronic insomnia, depending on the time of evolution.

Obtaining a thorough and extensive medical history, including comorbid medical and psychiatric problems, is essential in the diagnostic approach to patients with insomnia. It will help define the most relevant characteristics of the disorder, which will be key in the therapeutic intervention to be implemented, which may include both pharmacological and non-pharmacological strategies, both with scientific evidence supporting their effectiveness.

Palabras clave:

Insomnio; benzodiacepina; hipnótico.

¹ Médico General. Residente de Especialidad Médica Psiquiatría. Email: diluises9266@gmail.com



Introducción

Muchos autores coinciden en el gran impacto que tienen el insomnio en el diario vivir de la población. Desde somnolencia diurna posterior a una mala noche de sueño, hasta altos costos en tratamientos, tanto dirigidos a tratar el insomnio, como también trastornos psiquiátricos y alteraciones médicas que pueden presentarse como comorbilidades del mismo.

Es de suma importancia tener conocimiento acerca de como se presenta dicho trastorno, tanto su definición y su clasificación, como las diversas consecuencias que puede tener en las personas.

De igual forma, es absolutamente necesario conocer cuales son las medidas terapéuticas con que se cuenta para su tratamiento, tanto opciones psicofarmacológicas como psicoterapéuticas, teniendo en cuenta la importancia de la psicoeducación que se debe brindar a aquellos pacientes que acuden a profesionales de salud buscando aliviar su falta de sueño.

Se debe tener en cuenta, a la hora de tratar el insomnio, que su origen puede ser multifactorial, por lo que su abordaje también debe serlo, buscando en cada paciente, de forma individualizada, elementos que puedan orientar al clínico a objetivar el tratamiento de una forma que favorezca a ese paciente en específico.

Definición y clasificación

El insomnio se puede definir como la dificultad persistente en el inicio del sueño, su duración, consolidación o calidad. Este puede ocurrir a pesar de la presencia de condiciones idóneas para que se produzca el sueño normal. El insomnio lleva a deterioro en áreas de la vida de la persona como la social y laboral, e incluso el adecuado funcionamiento humano. ^(4,7)

Se caracteriza tanto por síntomas nocturnos como diurnos e involucra insatisfacción con la calidad o cantidad de sueño, secundario a dificultad para iniciar el sueño, despertares frecuentes y prolongados durante la noche o despertarse más temprano de lo usual en la mañana, siendo la persona incapaz de dormirse nuevamente. El insomnio de conciliación es el más común en las personas jóvenes, mientras que el de mantenimiento es el más común en personas mayores. ⁽⁴⁾

El insomnio puede ser de conciliación si existe dificultad para conciliar el sueño, es el tipo más común de insomnio asociado a afecciones médicas. El insomnio de mantenimiento se refiere a la existencia de dificultad para mantener el sueño, con despertares frecuentes o prolongados durante el sueño. ⁽²⁾ De acuerdo con su duración se le puede definir como insomnio transitorio si no dura más de una semana. Se caracteriza por la existencia de factores desencadenantes situacionales que una vez



resueltos remite el insomnio. Si los factores estresantes o situacionales son más severos o duraderos, el insomnio puede extenderse por 1 a 3 semanas, y se le denomina insomnio agudo. Por otro lado, el insomnio crónico corresponde a aquel que dura más de 4 semanas y puede deberse a diferentes enfermedades físicas o psíquicas, o simplemente no tener una causa clara. ⁽²⁾

Álamo et al. ⁽⁷⁾ hacen incapié en que hay diversas formas de calificar el trastorno, sin embargo utilizan una sencilla forma de clasificarlo descrita por la Academia Americana de Medicina del sueño (AASM por sus siglas en inglés). Define 3 categorías específicas:

1. **Insomnio Crónico:** se presenta más de 3 veces por semana, al menos durante 3 meses, manifestándose como alteración en el inicio o mantenimiento del sueño y asociando síntomas diurnos. Su diagnóstico está basado en los síntomas que refiera el paciente, lo que les da un carácter subjetivo ⁽⁷⁾. No obstante, de forma objetiva se puede definir que latencias al inicio del sueño o periodos de despertar después de haber iniciado el sueño de más de 20-30 minutos pueden tener un significado clínico en el paciente ⁽⁷⁾.
2. **Insomnio de Corta Duración:** similar al insomnio crónico, se manifiesta como una alteración en el inicio o

mantenimiento del sueño ⁽⁷⁾, no obstante, esta alteración aparece en periodos inferiores a los 3 meses. Álamo et al. ⁽⁷⁾ mencionan que puede aparecer de forma silbada o en contexto de otras condiciones comorbidas, ya sea psiquiátricas o médicas, así como asociado al consumo de ciertas sustancias. Además, agregan que puede presentarse en contexto de acontecimientos vitales importantes que cumplen un papel de factor precipitante, que a su vez pueden acarrear otras manifestaciones de síntomas psiquiátricos, como ansiedad o depresión ⁽⁷⁾.

3. **Otros Tipos de Insomnio:** esta es una categoría diagnóstica reservada para aquellas personas que no cumplen criterios para alguno de los dos anteriores. Se usa de forma provisional ⁽⁷⁾.

Factores etiológicos

Debido a que es uno de los más frecuentes trastornos del sueño, el insomnio es uno de los motivos por los cuales las personas más consultan a servicios de psiquiatría. Hernandez et al. ⁽⁴⁾ mencionan que sus causas son variables, y puede corresponder tanto a un trastorno del sueño como a un trastorno psiquiátrico. Puede además influir en el inicio o agravamiento de muchas enfermedades mentales.



Algunos factores que pueden tener influencia en el desarrollo del insomnio son el sexo, la edad e incluso el origen étnico de la persona. De acuerdo con Morin et al. (6) es más prevalente en mujeres, y es más comúnmente diagnosticado en personas que padecen algún trastorno médico o psiquiátrico. Se cree que la diferencia en cuanto a sexo esta relacionada con los esteroides gonadales, por el aumento en la prevalencia en mujeres que alcanzan la pubertad, así como la disminución hacia la menopausia. (6)

Morin et al. (6) también mencionan que la geografía puede tener un rol importante en el desarrollo del insomnio, con un incremento en su frecuencia en países más hacia el norte, quienes han reportado mayor dificultad para conciliar el sueño que en países más cercanos al Ecuador, lo cual podría estar asociado a las marcadas diferencias en la duración del día que se dan a lo largo del año en los países que se ubican en latitudes en el norte.

Consideraciones diagnósticas

Riemann et al. (1) indican que para un diagnóstico adecuado se debe tomar una buena anamnesis psiquiátrica y psicológica. Así como una buena historia clínica que incluya padecimientos médicos que podrían presentarse con insomnio como uno de sus síntomas y que pueden requerir un tratamiento específico (1). No obstante, se debe tomar en cuenta que en algunos pacientes se puede

desarrollar ciclo viciosos psicofisiológico de insomnio en el que se presentan pensamientos y rumuaciones respecto a la pobre calidad del sueño, así como preocupaciones sobre sus consecuencias, y que puede requerir tratamiento específico para el insomnio más allá del tratamiento del desencadenante somático (1).

Así mismo, Riemann et al. (1) indican que como parte de esta anamnesis se debe investigar acerca del uso de sustancias, como alcohol o cafeína, dadas las alteraciones que pueden inducir en el ciclo normal del sueño. El consumo de alcohol se asocia con dificultades para iniciar y mantener el sueño, a pesar de que se suele utilizar de forma inadecuada como automedicación por parte de pacientes que padecen insomnio (1).

Igualmente, deben tenerse en cuenta los trastornos mentales que usualmente se acompañan de alteraciones en el patrón del sueño (1), especialmente los trastornos depresivos, el trastorno afectivo bipolar y los trastornos psicóticos. Más aún, Riemann et al. (1) mencionan que las alteraciones en el inicio y mantenimiento del sueño pueden ocurrir en casi todos los trastornos mentales, y que las personas con un trastorno mental muy a menudo sufren de insomnio que no suelen reportar.

Finalmente, una herramienta útil en el abordaje diagnóstico es el diario de sueño (1), en el que el paciente registre una historia meticulosa y detallada de su patrón de



sueño, que incluya conductas asociadas a su higiene del sueño, hábitos de sueño, horario laboral y factores circadianos que puedan orientar hacia un trastorno del sueño distinto del insomnio.

Comorbilidades y riesgos para la salud

El insomnio puede asociarse a un importante nivel de afectación en los momentos de vigilia del paciente, a nivel de calidad de vida, laboral o académico, asociado a alteraciones cognitivas leves que pueden afectar tareas de atención complejas, el proceso de consolidación de la memoria durante el sueño y en ocasiones aspectos de las funciones ejecutivas. ⁽⁴⁾

El diagnóstico del insomnio está basado en la queja del paciente acerca de las dificultades para iniciar o mantener el sueño, asociada a las alteraciones en el funcionamiento del paciente durante el día. ⁽²⁾ Para hacer el diagnóstico se debe tomar en cuenta la historia médica del paciente, así como medicamentos que esté utilizando actualmente y también problemas de salud. Esto debido a que afecciones médicas como el dolor o efectos adversos de medicamentos e incluso trastornos psiquiátricos, pueden tener un efecto negativo en el sueño. ⁽²⁾

En cuanto a los padecimientos médicos, algunos como el hipertiroidismo puede acompañarse de insomnio, y el tratamiento específico de esta alteración endocrina

a su vez es beneficioso en el tratamiento del insomnio secundario. ⁽²⁾ Sin embargo, muchos pacientes con insomnio, aun secundario a causas somáticas fácilmente tratables, pueden desarrollar un ciclo vicioso de insomnio en el que asocian pensamientos y rumiaciones respecto a las consecuencias de su falta de sueño. No obstante, este problema se puede solucionar si se trata existosamente la causa desencadenante.

Los trastornos mentales, como la depresión o el trastorno afectivo bipolar frecuentemente se acompañan por alteraciones en el patrón de sueño. Se ha encontrado que el insomnio puede acompañar casi todos los trastornos mentales. A esto se debe que a la hora de tratar y diagnosticar a una persona con insomnio, es importante evaluar y descartar la presencia de otro trastorno mental concomitante. ⁽²⁾

Según Riemann et al. ⁽¹⁾ el insomnio representa además un importante riesgo para el desarrollo de enfermedades cardiovasculares como la hipertensión arterial, los infartos al miocardio y la insuficiencia cardíaca. También se le ha reconocido como un factor de riesgo para obesidad, diabetes mellitus tipo 2.

De igual forma, hay evidencia de que el insomnio podría jugar un rol importante en el desarrollo de deterioro cognitivo y se sugiere una relación entre mala calidad de sueño con atrofia cortical en adultos mayores. ⁽¹⁾



Así mismo, hay evidencia significativa de la relación entre insomnio y enfermedades mentales. Las personas con insomnio presentan un riesgo elevado para desarrollar un Trastorno Depresivo Mayor. Igualmente se ha documentado la relación entre insomnio y pensamientos suicidas, gestos suicidas y suicidios consumados. ⁽¹⁾

Estrategias de tratamiento

Tratamiento no farmacológico

Rienman et al ⁽¹⁾ establecen como primera línea de tratamiento para el insomnio crónico la implementación de un proceso psicoterapéutico basado en Terapia Cognitiva Conductual para el Insomnio (CBT-I por sus siglas en inglés). Según Álvarez et al. ⁽³⁾ este se basa en estrategias de modificación de la conducta y cambios en el estilo de vida a los que se asociará tratamiento farmacológico adecuado cuando se considere necesario. Se busca brindarle al paciente los recursos necesarios para que el uso de fármacos sea uno de los últimos.

Las intervenciones no farmacológicas son efectivas para producir cambios fiables y duraderos en los hábitos de sueño del paciente. Estas intervenciones pueden estar basadas en métodos conductuales y cognitivo-conductuales, y deben constituir la primera línea de tratamiento. ⁽³⁾

Algunas técnicas son el control de estímulos, que busca reasociar la habitación y la cama con el sueño. El permanecer

despierto en la cama se puede relacionar con la creación de asociaciones negativas entre los rituales previos al sueño. Entonces, el control de estímulos se basa en seguir una serie de instrucciones como evitar actividades estimulantes antes de acostarse, solo ir a la cama para dormir, salir de la cama si no se puede dormir, etc. ⁽³⁾ Otras técnicas son las de relajación, que pretenden reducir la excitación psicológica o fisiológicos para favorecer el sueño, buscando que el paciente consiga niveles elevados de relajación muscular para facilitar el sueño.

La restricción del sueño se utiliza en aquellos pacientes que han sufrido un cambio circadiano y una reducción en la búsqueda de sueño por la noche, resultando en la necesidad de permanecer más tiempo en la cama. Se busca contrarrestar esta tendencia, limitando el tiempo total perdido en la cama con el fin de aumentar el deseo de dormir. Esto tiene como resultado mejoría en la eficiencia del sueño. ⁽³⁾

Tratamiento farmacológico

Las intervenciones farmacológicas, de acuerdo a la recomendación de Riemann et al ⁽¹⁾, se deben realizar en casos en el que la CBT-I no sea efectiva o no se encuentre disponible.

En lo que respecta al tratamiento farmacológico, Álvarez et al. ⁽³⁾, recomiendan que este se asocie a intervenciones no farmacológicas siempre que sea posible.



Los medicamentos inmóticos solo se recomiendan si se necesita una respuesta inmediata a los síntomas, si el insomnio es severo y ocasiona trastornos importantes, las medidas farmacológicas no producen los efectos deseados o el insomnio persiste después de tratar la causa subyacente.

Los hipnóticos, cuando se utilicen, deben usarse en monoterapia y en la menor dosis posible, durante periodos cortos o de forma intermitente, que se asocia con una menor cantidad de fármaco consumido, menor potencial de abuso y mayor satisfacción en el paciente, que logra controlar la cantidad de comprimidos que toma. ⁽³⁾

La elección del tratamiento adecuado se hace de forma individualizada y en función del tipo de insomnio. Los grupos más utilizados y eficaces, tal y como coinciden diversos autores ^(1, 2, 3) son las benzodiazepinas y los compuestos no benzodiazepínicos, que mantienen una seguridad y eficacia superior en comparación con otros tipos de hipnóticos. Existe evidencia de que son efectivos en el tratamiento a corto plazo con mejoría significativa en el sueño, tanto con el tiempo total de sueño y la latencia en el inicio el sueño. ^(1, 3)

Las benzodiazepinas son depresores del SNC, que actúan como agonistas no selectivos del receptor GABA-A. No son solo hipnóticos, si no que también funcionan como antiepilépticos y como ansiolíticos. Son efectivas para el tratamiento del insomnio

ocasional y para el tratamiento a corto plazo. El riesgo de dependencia aumenta después de las 4 semanas de consumo, por lo que el tratamiento con benzodiazepinas no debe superar las 4 semanas. El riesgo de dependencia también aumenta con dosis elevadas y con el uso de fármacos de vida corta como el lorazepam o el midazolam. Otros efectos adversos corresponden a la sedación diurna residual, deterioro cognitivo, amnesia y el insomnio de rebote. Se debe tener especial cuidado en adultos mayores por el riesgo de caídas al que se exponen al utilizar estos medicamentos. ⁽³⁾

Por otro lado, los no benzodiazepínicos son fármacos desarrollados con el objetivo de vencer algunas de las desventajas de las benzodiazepinas como la dependencia. En términos generales, disminuyen la latencia del sueño. El Zolpidem ha demostrado ser capaz de disminuir la la técnica del sueño, así como aumentar el tiempo total de sueño, y su uso prolongado a los 8 meses no demostró generar tolerancia o abstinencia. La Eszopiclona puede ser efectiva hasta 6 meses con pocos efectos adversos. Disminuye la latencia del sueño y aumenta el tiempo total de sueño sin generar tolerancia. Es útil en el insomnio de pacientes con trastornos de ansiedad y en depresión. ⁽³⁾

Los efectos adversos mas comunes son la somnolencia residual, nauseas, vomitas, astenia, alteraciones en la memoria anterograde, pesadillas.



En cuanto a los antidepresivos para el tratamiento del insomnio, sus dosis son mucho menores a las recomendadas para el tratamiento de la depresión, pero su eficacia es menor que la de las benzodiazepinas o los no benzodiazepínicos. ⁽¹⁾ Se han visto buenos resultados en pacientes con insomnio y enfermedad de Alzheimer que toman Trazodona. ^(1,3) Sin embargo, en términos generales no son una buena elección, excepto en pacientes que padecen insomnio asociado a depresión. Otros antidepresivos con efecto sedante son la Doxepina y la Amitriptilina, con aumento en el tiempo total de sueño y disminución en el tiempo despierto después de iniciado el sueño. ⁽³⁾

Los fármacos antihistamínicos, de acuerdo con Riemann et al ⁽¹⁾, no tienen evidencia científica suficiente que apoye su uso en el tratamiento del insomnio, por lo que no se recomiendan en el manejo del insomnio. De igual forma, los antipsicóticos tienen poca evidencia sobre su efectividad, y sus efectos adversos potencialmente significativos hace que no sean recomendables en el tratamiento del insomnio en pacientes que no padecen un trastorno psiquiátrico. En pacientes esquizofrénicos se ha visto que incrementan el tiempo total de sueño. ⁽¹⁾

Individualización del tratamiento farmacológico

Un concepto interesante es el del hipnótico ideal ⁽⁹⁾, que es aquel que a grandes rasgos

pueda inducir el sueño de forma rápida y segura, sin alterar la arquitectura del sueño, manteniendo un tiempo total de sueño de al menos 7 horas y que no se asocie a efectos residuales por la mañana. Así mismo, se busca que sea de bajo costo y que sea seguro en cuanto a interacciones farmacológicas o incluso en caso de sobredosis ⁽⁹⁾. Sin embargo, Chávez et al ⁽⁹⁾ indican que más allá de buscar un hipnótico ideal, se debe individualizar al paciente, según el tipo de insomnio que presente, y suministrar un hipnótico adecuado. Por ejemplo, en pacientes un insomnio transitorio se puede utilizar benzodiazepinas de acción corta durante 3 a 14 días, o benzodiazepinas de acción más larga en el caso de un insomnio crónico, siempre tomando en cuenta que se deben utilizar por tiempos cortos y en conjunto con medidas no farmacológicas ⁽⁹⁾. En el caso de adultos mayores, estos suelen presentar un insomnio más comúnmente crónico ⁽⁹⁾. Al momento de considerar tratamiento farmacológico en el adulto mayor con insomnio se deben tener en cuenta características como su edad, comorbilidades y tratamientos que tome de forma crónica ⁽⁸⁾. De igual forma, se debe conocer la totalidad de la medicación que tenga prescrita este tipo de pacientes, debido a las posibles interacciones medicamentosas que pueden presentarse. de Andres et al y Chávez et al ^(8,9) hacen énfasis en la importante de las características del fármaco a prescribir, tales como el tiempo de inicio de acción, la semivida y el tipo de metabolismo. Así mismo, de Andrés et al ⁽⁸⁾ indican que es



necesario considerar los posibles efectos adversos que se pueden presentar en esta población, así como la aparición de tolerancia y dependencia ⁽⁸⁾. Otra característica importante que se debe considerar en adultos mayores son los cambios en el metabolismo de agentes farmacológicos, como por ejemplo una disminución en la tasa de eliminación del medicamento o el aumento en la distribución corporal del fármaco ^(8,9). Se recomienda ⁽⁸⁾, emplear la dosis mínima efectiva, en periodos cortos de tiempo, y de ser posible, de forma intermitente. Chávez et al ⁽⁹⁾, recomiendan el uso de benzodiazepinas de acción intermedias como Lorazepam, o hipnóticos no benzodiazepínicos como Zolpidem. En el caso de los antihistamínicos, su uso en adultos mayores se desaconseja ⁽⁸⁾. Primeramente por el poco respaldo de la evidencia clínica ^(1,8), así mismo, en adultos o mayores existe el riesgo de efectos adversos severos, como sedación diurna y efectos anticolinérgicos ⁽⁸⁾.

Otra población especial que puede asociar insomnio, y en quienes se debe tener especial cuidado con el fármaco a prescribir son las mujeres embarazadas. Según Chávez et al ⁽⁹⁾, la recomendación inicial son las medidas no farmacológicas. No obstante, el uso de hipnóticos está respaldado por la evidencia de que no hay asociación entre el uso de estos fármacos y malformaciones congénitas ⁽⁹⁾.

Conclusiones

Tal y como ya se ha discutido, el insomnio presenta un importante problema de salud para quien lo padece, ya sea que se presente como un trastorno aislado o como un síntoma de otro padecimiento, sus consecuencias para la salud a largo plazo pueden tener un efecto deletéreo importante.

Es fundamental para el diagnóstico hacer una buena historia clínica, que incluya padecimientos médicos o psiquiátricos, consumo de sustancias psicoactivas y fármacos en general, así como hábitos del sueño, que permitan al médico tener una visión amplia de la presentación del padecimiento.

Así mismo, se debe hacer énfasis en la utilidad de las medidas no farmacológicas que se pueden implementar, en el manejo del insomnio. Las cuales pueden ser realmente eficaces en el tratamiento, sin tener que recurrir a tratamiento farmacológico, el cual suele utilizarse cuando las medidas no farmacológicas no son efectivas o no se encuentran disponibles.

Por último, se debe tener especial cuidado al momento de dar tratamiento farmacológico a pacientes adultos mayores, quienes presentan características especiales que les diferencian de la población general y les expone a importantes efectos adversos si hace un uso indiscriminado de medicamentos hipnóticos.



Referencias Bibliográficas

1. Riemann D, Baglioni C, Bassetti C, Bjorvatn B, Dolenc Groselj L, Ellis JG, et al. European guideline for the diagnosis and treatment of insomnia. *J Sleep Res* [Internet]. 2017;26(6):675–700. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/jsr.12594>
2. López de Castro F, Fernández Rodríguez O, Mareque Ortega MA, Fernández Agüero L. Abordaje terapéutico del insomnio. *Semergen* [Internet]. 2012;38(4):233–40. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.semerg.2011.11.003>
3. Álvarez DA, Berrozpe EC, Castellino LG, González LA, Lucero CB, Maggi SC, et al. Insomnio: Actualización en estrategias diagnósticas y terapéuticas. *Neurol argent* [Internet]. 2016;8(3):201–9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.neuarg.2016.03.003>
4. Hernández OM, Martínez OM, Izquierdo YB. Trastorno de insomnio. Consideraciones actuales. *Rev médica electrón* [Internet]. 2019 [citado el 28 de junio de 2022];41(2):483–95. Disponible en: <http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/3190/4257>
5. Stahl SM. *Essential Psychopharmacology Series: Stahl's Essential Psychopharmacology: Neuroscientific Basis and Practical Applications*. 4ta ed. Cambridge, Inglaterra: Cambridge University Press; 2013.
6. Morin CM, Drake CL, Harvey AG, Krystal AD, Manber R, Riemann D, et al. Insomnia disorder. *Nat Rev Dis Primers* [Internet]. 2015;1:15026. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1038/nrdp.2015.26>
7. Álamo C, Alonso M, Cañellas F, Martín B, Pérez H, Romero O, Terán J. Insomnio. Pautas de Actuación y Seguimiento. *Rev médica electrónica* [Internet] 2016. [citado el 28 de julio de 2022]. Disponible en: <https://www.ses.org.es/docs/guia-de-insomnio-2016.pdf>
8. d Andrés A, Gual, N. Manejo del Insomnio en el Paciente Anciano. *Butlletí d'informació Terapèutica* [Internet] 2017; 28(1) [citado el 28 de julio de 2022]. Disponible en: https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/2950/BIT_2017_28_01_cas.pdf?sequence=8&isAllowed=y
9. Chávez Mervin, Nava Manuel, Palmar Jim, Martínez María Sofía, Graterol Rivas Modesto, Contreras Julio et al. En búsqueda del hipnótico ideal: tratamiento farmacológico del insomnio. *AVFT* [Internet]. 2017 Feb [citado 2022 Jul 28] ; 36(1): 10-21. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-02642017000100002&lng=es. Resumen