

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA  
UNIDAD XOCHIMILCO**

**DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD  
LICENCIATURA QUÍMICA FARMACEÚTICA BIOLÓGICA**

**INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN DEL SERVICIO  
SOCIAL**

“Revisión sistemática de la literatura de las efectividades, eventos adversos y reacciones adversas a los medicamentos para el tratamiento del Insomnio comórbido ansiedad”.

Valeria Mejia Juarez

Matrícula:  
2192032387

**Asesor**

Dr. Juan Manuel Martínez Núñez



Fecha de Inicio 01-04-2024

Fecha de Término 01-10-2024

## Introducción

El insomnio es una enfermedad que aqueja a una gran cantidad de la población, es un trastorno psicobiológico que incluye aspectos psicológicos, neuroendocrinos y neuroinmunológicos consistente en la imposibilidad para iniciar o mantener el sueño, o de conseguir una duración y calidad de sueño adecuada para restaurar la energía y el estado de vigilia normal. Por lo tanto, repercute en un desempeño físico y social del individuo que lo padece, provocando baja productividad laboral, una disminución de la calidad de vida y un posible deterioro cognitivo. Representa un problema de salud pública a nivel mundial, ya que tiene importantes consecuencias tanto en la salud del individuo como en la sociedad.

La presente investigación pretende evaluar, por medio de una investigación bibliográfica, la eficacia del cannabidiol y otros medicamentos utilizados como, tratamientos para el insomnio crónico secundario a trastorno generalizado de ansiedad en adultos entre 18 y 50 años.

## Planteamiento del problema

Debido a que el CBD es una nueva propuesta para el tratamiento para el insomnio asociado a ansiedad, y dado que, no hay muchos estudios sobre su efectividad, y mucho menos estudios de efectividad comparada con otros tratamientos farmacológicos, surge la necesidad de conducir una revisión sistemática de la literatura sobre la efectividad y eventos adversos del CBD y, si los datos lo permiten, hacer un metaanálisis.

## Objetivo general

- Evaluar mediante una revisión sistemática la eficacia y seguridad del Cannabidiol y sus comparadores de interés para el tratamiento de insomnio crónico secundario a trastorno generalizado de ansiedad en adultos entre 18 y 50 años.

## Objetivo específicos:

- Diseñar un protocolo para recuperar la información requerida, para responder la pregunta de investigación.
- Evaluar la calidad de la información obtenida de los artículos seleccionados entre los comparadores y el cannabidiol.

## Marco Teórico

### Sueño

La ciencia y la experiencia han demostrado que dormir es una actividad absolutamente necesaria para el ser humano. Durante el sueño tienen lugar cambios en las funciones corporales y actividades mentales de enorme trascendencia para el equilibrio psíquico y físico de los individuos (Torrades, 2005). Actualmente los trastornos o enfermedades que aborda la medicina del sueño son un motivo de consulta frecuente, tanto en medicina general como en psiquiatría. Más del 50% de los pacientes de atención primaria se quejan de insomnio si se les pregunta por el sueño, pero sólo el 30% lo mencionan a su médico de cabecera por iniciativa propia, y sólo el 5% acuden al médico con el objeto principal de recibir tratamiento para este problema (Sarrais de Castro Manglano, 2007).

Existe una relación estrecha y bidireccional entre una persona sana y un sueño normal,

debido a que el sueño cumple diversas funciones fisiológicas necesarias para la salud del individuo. Entre estas funciones está la de restaurar la homeostasis del Sistema Nervioso Central (SNC) y del resto de los tejidos, restablecer los almacenes de energía celular (ATP) y el almacenamiento y conservación de los datos en la memoria (Sarraís de Castro Manglano, 2007)

El sueño normal se compone de dos tipos de sueño: REM y No REM. Este último se compone a su vez en cuatro fases, cada una progresivamente más profunda. Se comienza la noche con la fase I del sueño No REM, pasando a otras fases hasta llegar a la fase 4 en la que la capacidad de respuesta a los estímulos ambientales es menor, siendo más difícil el despertar, de manera que si nos despertamos en esta fase nos encontramos desorientados, aturdidos, raramente recordamos los sueños y fácilmente volvemos a quedar dormidos. Durante este sueño No REM la actividad neuronal disminuye un 50% debido a la disminución del flujo sanguíneo cerebral. Las ondas del EEG son lentas y sincronizadas y la actividad colinérgica, noradrenérgica y serotoninérgica cerebral están disminuidas (Sarraís de Castro Manglano, 2007)

La primera fase del sueño REM ocurre, como media, a los 90 minutos tras el inicio del sueño, y se debe a la brusca activación de las neuronas colinérgicas, que estimulan el córtex visual y las áreas límbicas del cerebro. En esta fase del sueño el cuerpo es muy poco sensible a los estímulos externos y las motoneuronas de la médula espinal quedan como anestesiadas, mientras el pedúnculo cerebral produce ondas ponto-geniculo-occipitales que activan el núcleo geniculado y éste, a su vez, estimula el córtex visual produciendo imágenes. Durante el sueño REM mientras que el sistema colinérgico está activo el serotoninérgico permanece quiescente, y el EEG registra una actividad cerebral parecida a la del estado de vigilia (Sarraís de Castro Manglano, 2007).

## **Insomnio**

Actualmente los trastornos o enfermedades que aborda la medicina del sueño son un motivo de consulta frecuente, tanto en medicina general como en psiquiatría. Más del 50% de los pacientes de atención primaria se quejan de insomnio si se les pregunta por el sueño, pero sólo el 30% lo mencionan a su médico de cabecera por iniciativa propia, y sólo el 5% acuden al médico con el objetivo principal de recibir tratamiento para este problema (Álvarez et al., 2016)

El insomnio es un trastorno psicobiológico que incluye aspectos psicológicos, neuroendocrinos y neuro inmunológicos consistente en la imposibilidad para iniciar o mantener el sueño, o de conseguir una duración y calidad de sueño adecuada para restaurar la energía y el estado de vigilia normal. El problema del insomnio se ha asociado a una disminución del rendimiento laboral y un incremento de la tasa de accidentes de automóvil, y una mayor propensión a padecer enfermedades médicas (Sarraís de Castro Manglano, 2007).

La clasificación de enfermedades de la OMS, en su décima revisión (CIE-10), requiere para el diagnóstico de insomnio que la dificultad para iniciar o mantener el sueño, o no tener un sueño reparador, dure al menos un mes y que, además, se acompaña de fatiga diurna, sensación de malestar personal significativo y deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad de la persona, se ha relacionado con un empeoramiento de la calidad de vida y su persistencia a lo largo del tiempo, con la aparición de depresión con un aumento de ideación suicida, de los accidentes de tráfico y laborales del gasto sanitario de la utilización de los recursos sanitarios, de bajas laborales de discapacidad aumento de enfermedades cardiovasculares e, incluso, con un aumento de la mortalidad (Carrillo-Mora et al., 2018).

### Tipos de insomnio

- Según la Clasificación Internacional de Desórdenes del Sueño del año 2014 (ICSD-3) se diferencian los siguientes tipos de insomnio (Estivill, 2007)
- Insomnio crónico (alteración de por lo menos 3 meses de duración o intermitente pero recurrente a largo plazo). Subtipos:
- Insomnio psicofisiológico: se acompaña de un estado de hiperalerta caracterizado por ansiedad con relación al sueño y síntomas neurocognitivos como fatiga e irritabilidad.
- Insomnio paradójico: existen síntomas subjetivos de mal dormir o mala calidad del sueño a pesar de estudios objetivos (polisomnografía) normales
- Insomnio idiopático: generalmente comienza antes de la pubertad y persiste en la edad adulta. Suele haber antecedentes familiares.
- Insomnio debido a trastorno mental.
- Inadecuada higiene del sueño.
- Insomnio conductual de la infancia: insomnio por inadecuada asociación al inicio del sueño, insomnio por ajuste de límite, insomnio combinado o mixto.
- Insomnio debido a diversas drogas o sustancias (Estivill, 2007)

### Diagnóstico

En la evaluación del paciente insomne es esencial realizar una meticulosa historia clínica, la evaluación comienza por determinar si el problema está en la conciliación, en el mantenimiento del sueño, en el despertar a horarios deseados o bien una combinación de estos. El siguiente paso es caracterizar la severidad del problema, interrogando acerca del tiempo de evolución del insomnio, la frecuencia de aparición, y en cómo afecta la vida cotidiana.(Estivill, 2007)

El estudio polisomnográfico es la técnica más empleada para el estudio del sueño por la riqueza de información que aporta. Se registra durante toda la noche la actividad eléctrica cerebral, los movimientos oculares, tono muscular, flujo de aire de cada respiración y movimientos respiratorios del tórax y abdomen. Este registro se representa mediante el hipnograma. Los estudios polisomnográficos realizados en pacientes con insomnio muestran alteraciones en la estructura del sueño (aumento de la latencia de sueño, frecuentes despertares) y reducción de la cantidad total de sueño (Sarraís de Castro Manglano, 2007)

Existe a su vez el test de latencia del sueño múltiple (*Multiple Sleep Latency test, MSLT*) que es la prueba más objetiva para medir el exceso de sueño (hipersomnia). Consiste en cinco siestas separadas de 2 horas, en horario de vigilia durante un día y en buenas condiciones externas. Es positivo o patológico si la latencia es menor de 5 minutos y cuando el sueño REM aparece antes de 3 minutos (Sarraís de Castro Manglano, 2007)

La actigrafía está indicada en el insomnio crónico y en las alteraciones del ritmo sueño-vigilia. Se lleva a cabo mediante un velocímetro colocado en la muñeca que registra los movimientos del brazo durante 2-14 días seguidos. Los movimientos son procesados mediante algoritmos matemáticos, obteniendo un registro de la actividad circadiana del paciente. Cuando no registra movimiento el paciente está dormido, por tanto se trata de una prueba indirecta para medir la cantidad de sueño (Sarraís de Castro Manglano, 2007)

El tratamiento del insomnio debe estar dirigido hacia la eliminación de la causa que produce el trastorno y provocar una mejoría sintomática. El insomnio transitorio y de corta duración siempre puede ser tratado con fármacos hipnóticos. En el insomnio crónico siempre tendrá que tratarse la causa que lo produce. El insomnio crónico está asociado a un aumento del riesgo de depresión y un uso (o incluso abuso) crónico de hipnóticos.

El tratamiento del insomnio debe basarse en su origen, su severidad y su duración. Debido a que la mayoría de los insomnios son secundarios a alguna enfermedad, la clave de su tratamiento está en resolver dicha causa. Mientras se trata la causa se puede mejorar el sueño con medidas psicológicas y farmacológicas. Se puede optar por un tratamiento no farmacológico o con fármacos según el médico señale (Estivill, 2007)

### **Tratamiento no farmacológico**

El tratamiento no farmacológico tiene algunas ventajas con respecto al farmacológico: es más económico, presenta menos efectos secundarios, el paciente es protagonista activo de su mejoría y a largo plazo cuando es eficaz tiene menos riesgo de recaídas. Tiene el inconveniente de ser más difícil de poner en práctica ya que requiere cambios en los hábitos de vida arraigados a veces exigen mayor dedicación por parte de los médicos y son pocos los terapeutas que dominan estas técnicas; es más sencillo y efectivo a corto plazo prescribir un hipnótico que persuadir al paciente de lo beneficiosos que son a largo plazo los cambios de hábitos (Estivill, 2007)

En algunas ocasiones es mejor usar temporalmente en los tratamientos farmacológicos mientras se enseña a poner en práctica el tratamiento conductual escogido, de hecho, los mejores resultados se han obtenido con la aplicación conjunta de medidas psicológicas y farmacológicas.

### **Tratamiento farmacológico**

El tratamiento del insomnio debe basarse en su origen, su severidad y su duración. Debido a que la mayoría de los insomnios son secundarios a alguna enfermedad, la clave de su tratamiento está en resolver dicha causa. Mientras se trata la causa se puede mejorar el sueño con medidas psicológicas y farmacológicas. los médicos han establecido una línea de prescripción a seguir en caso de diagnosticar insomnio:

- 1ª línea Sustancias naturales
- 2ª línea Hipnóticos no benzodiazepínicos
- 3ª línea Benzodiazepinas
- 4ª línea Antidepresivos de efecto sedante

- 5ª línea Neurolépticos sedantes
- 6ª línea Otros antihistamínicos, melatonina, clometiazol, gabapentina (Sarraís de Castro Manglano, 2007)

Los más frecuentes son los extractos de plantas (valeriana, tila, pasiflora y opioides). Algunas personas han acudido también a otro tipo de terapias como la homeopatía y productos naturales. Algunas de estas sustancias siguen siendo utilizadas eficientemente en el insomnio agudo de carácter transitorio, situacional y psicofisiológico, pero la mayoría de ellas pierden su eficacia en poco tiempo cuando se toman de modo continuo (Álvarez et al., 2016).

Los barbitúricos H hace unas décadas, los barbitúricos, fueron los fármacos más usados para combatir todos los tipos de insomnio. Debido a los numerosos casos de abuso, dependencia y suicidios con sobredosis, estos medicamentos se han dejado de usar como hipnóticos y están contraindicados en la actualidad. Aunque son eficaces, alteran la estructura del sueño, crean tolerancia y dependencia rápidamente y la sobredosis es muy peligrosa, aumentando el riesgo de mortalidad. (Álvarez et al., 2016).

Las benzodiazepinas (BZD) son agonistas no selectivos del complejo GABA. Han reemplazado a los barbitúricos como los hipnóticos de primera elección. Aunque son muy eficaces y de amplio uso en la actualidad, alteran la estructura del sueño disminuyendo el sueño REM, y producen efectos secundarios significativos, tolerancia y dependencia (Álvarez et al., 2016b).

### **Uso de endocannabinoides para el insomnio**

Se ha observado que los endocannabinoides modulan los cambios en el sueño. La oleamida fue aislada del líquido cefalorraquídeo de gatos privados de sueño, y la forma sintética de esta molécula induce sueño en ratas cuando se les administra de forma sistémica, intracerebroventricularmente o directamente en el parénquima cerebral, en núcleos como el pedúnculo-pontino tegmental, el cual es colinérgico y se ha involucrado con la generación del sueño MOR (Morales et al., 2021). Adicionalmente, se ha observado que un antagonista específico del receptor CB1, el SR141716A, disminuye el rebote de sueño MOR en ratas que han sido privadas de esta fase de sueño por 24 horas, y previene el efecto inducido por la anandamida. También se ha demostrado que el SR141716A disminuye el sueño MOR en ratas, de una manera dependiente de la dosis. Además, se ha detectado que la anandamida se encuentra en mayor concentración en el hipotálamo de la rata durante la fase de luz en comparación a la fase de oscuridad, sugiriendo que debido a que las ratas duermen durante el período de luz, los endocannabinoides se elevan en regiones clave para facilitar el sueño (Soria-Lara et al., 2019).

¿El Cannabidiol es una alternativa farmacológica más costo-eficiente que sus comparadores más comúnmente recetados en la práctica clínica en México para el tratamiento del insomnio crónico secundario al trastorno generalizado de ansiedad? a través de la siguiente metodología.

## Metodología

### Diseño y tipo de estudio

Se seleccionaron artículos con estudios clínicos controlados aleatorizados y estudios de cohorte.

Unidad de análisis: Pacientes adultos de entre 18- 50 años que padecen insomnio crónico secundario al trastorno generalizado de ansiedad que hayan presentado una respuesta inadecuada al tratamiento no farmacológico o al menos a uno de los fármacos más comúnmente recetados en la práctica clínica.

### Estrategias de búsqueda

La búsqueda se realizó en la plataforma Embase, limitando la búsqueda a artículos en inglés y español, usando palabras clave, para después pasar por un proceso de cribado usando los criterios de exclusión e inclusión.

### Criterios de inclusión

Artículos publicados entre los años 1993 a 2023.

Artículos que reporten ensayos clínicos aleatorizados o estudios de cohorte.

Artículos en español e inglés.

Artículos con resumen.

### Criterios de Exclusión

Artículos que no contengan resumen.

Artículos que consideren el insomnio como moderado o leve.

Artículos con pacientes pediátricos o geriátricos.

## Resultados

Para poder seleccionar los artículos a revisar se aplicó la metodología antes planteada, usando la herramienta de búsqueda EMBASE, se realizó un primer filtro usando como palabras clave (fármaco o alternativa farmacológica que se buscaba, insomnio, ansiedad), lo que permitió crear una base de datos en la herramienta Excel. Anexo 1, Se encontró un total de 2736 artículos, resultados reflejados en la **Tabla 1.** para cada uno de los tratamientos seleccionados.

**Tabla 1.** Artículos seleccionados en el primer filtro del cribado

Fármaco	Artículos seleccionados
CBD	162 artículos
Escitalopram	422 artículos
Clonazepam	356 artículos
Zolpidem	455 artículos
Pregabalina	254 artículos
Gabapentina	328 artículos
Quetiapina	358 artículos
Paroxetina	401 artículos
Total	2736 artículos

Procediendo con la segunda fase del cribado para una mejor extracción de información, se basó en un descarte de artículos, basándose en su título y resumen, los artículos debían contener la palabras clave ya antes mencionadas, que hablara sobre los fármacos y además se relacionara de alguna forma con el insomnio y la ansiedad, una vez que pasaron ese filtro se leyó el resumen de los artículos y si en este, los criterios de inclusión y exclusión ya seleccionados se incluían en los artículos se aceptaban, en esta etapa de los 2736 artículos, se seleccionaron un total de 59 artículos, para los 7 fármacos y la alternativa farmacológica que era el cannabidiol, dichos resultado se sintetizaron en la en la **Tabla 2**.

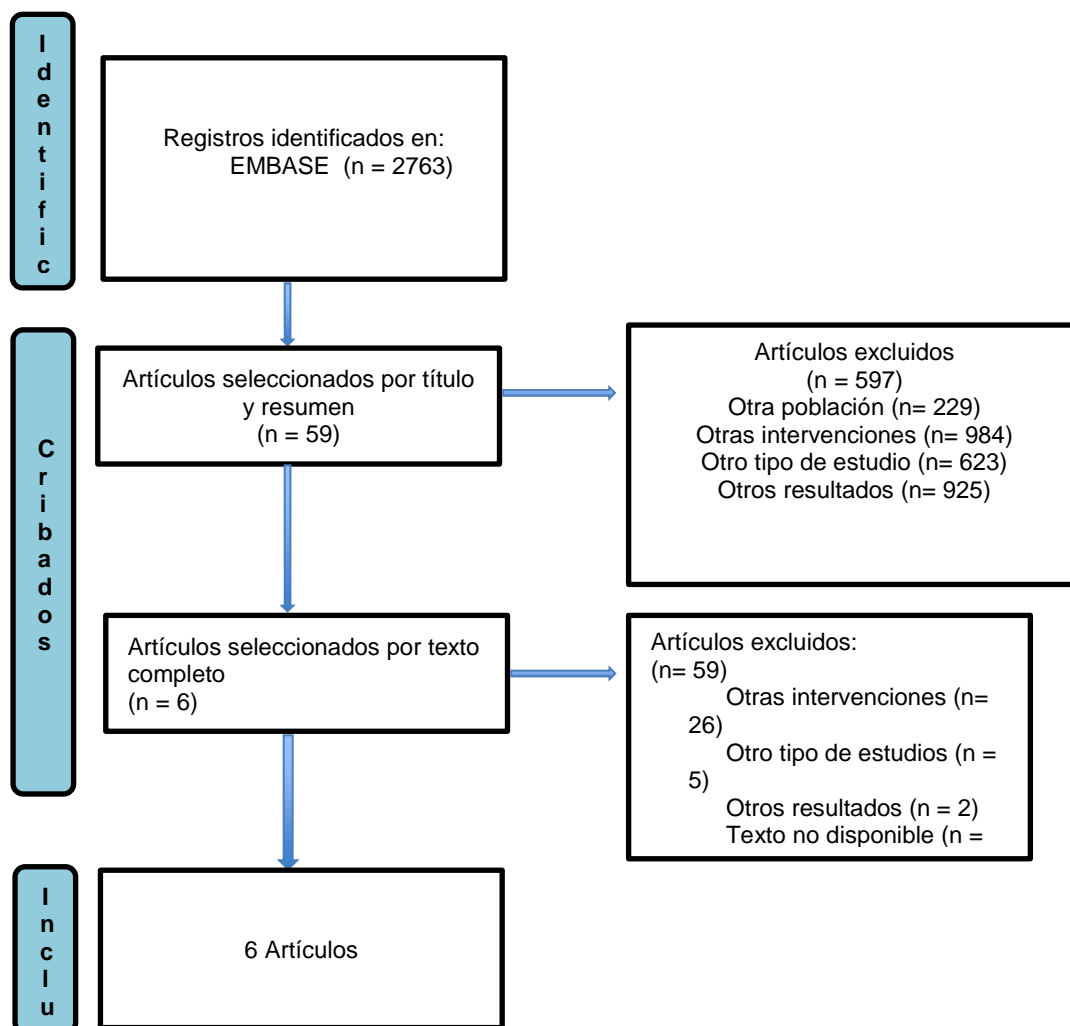
Tabla 2. Artículos seleccionados primera fase de cribado

Fármaco	Artículos seleccionados
CBD	6
Escitalopram	13
Clonazepam	6
Zolpidem	8
Pregabalina	11
Gabapentina	7
Quetiapina	5
Paroxetina	5
Total	<b>59</b>

Así mismo, en la segunda fase se realizó una segunda selección esta vez se leyó el texto completo de los artículos, previamente seleccionados, arrojando un total de solo 7 artículos que contenían información relevante para la pregunta de investigación. Las causa de descarte fueron porque, aunque disponían de datos si confirmaban que su consumo ayudaba en la mejora del sueño en los sujetos de estudio del insomnio o la ansiedad generada por el insomnio, no incluían datos relevantes sobre posibles efectos adversos presentados o causados por el consumo constante de los fármacos o el cannabidiol.

Esta fase de la revisión sistemática para documentar de una manera transparente el descarte de los artículos se utilizó la herramienta de del diagrama del PRISMA Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses reflejado en la **Figura 1**. “Descarte final de los artículos seleccionados basándose en los criterios de inclusión y exclusión”.

**Figura 1.** PRISMA descarte final de artículos seleccionados, basándose en los criterios de inclusión y exclusión.



Cuando se habla de efectos adverso con fármacos prescritos para el tratamiento del insomnio en su mayoría estos son perjudiciales para el paciente, ya que el mecanismo de acción de estos, es actuar directamente sobre el sistema nervioso central, ralentizando la actividad cerebral y promoviendo el sueño, pero afectando otras actividades motoras que modula el cerebro. Además que a la larga se ha demostrado que su continuo uso puede causar dependencia. Según Estivill, en el artículo “*Tratamiento farmacológico del insomnio: ventajas e inconvenientes. Cómo sustituir la medicación hipnótica. Vigilia-Sueño.*” (2007).

Analizando los artículos seleccionados en el tratamiento alternativo que es el cannabidiol, de los 6 artículos previamente seleccionados, 5 hacen referencia que el consumo frecuente mejora los hábitos del sueño de los consumidores, sin embargo, no se menciona si en algún momento del estado los sujetos presentaron algún efecto adverso provocado por el consumo constante, solo el artículo R. (Sznitman et al., 2022) menciona que los sujetos presentaron fatiga diurna al día siguiente.

El siguiente fármaco fue el Escitalopram, uno de los fármacos donde más artículos se incluyeron, desde su ficha técnica advierte una serie relacionados al consumo de dicho fármaco, en los artículos revisados concluyen al igual que con el Cannabidiol es eficaz para ayudar a disminuir problemas de sueño, además de que dicho fármaco también es prescrito para tratar problemas de ansiedad, en el artículos de Fisher et al., “Serie de casos sobre el uso de cápsulas de aceite de lavándula en pacientes que padecen trastorno depresivo mayor y síntomas de agitación psicomotora, insomnio y ansiedad” se menciona que durante el estudio los sujetos que consumían el fármaco presentaron síntomas gastrointestinales como eructos y molestias dispépticas, síntomas que desaparecieron al cabo de unos días, y estos están declarados que pueden presentarse, si hay un consumo del mismo y no presentan un riesgo mayor al paciente segun Maria Fißler en su articulo ,”A case series on the use of lavender oil capsules in patients suffering from major depressive disorder and symptoms of psychomotor agitation, insomnia and anxiety”, (2014).

Para las benzodicepinas, que pertenecen a uno de los grupos farmacológicos más utilizados en tratamientos para el insomnio, y que fácil acceso recientemente entre la población de manera ilegal. En la revisión sistemática se incluyeron tres de estos el clonazepam zolpidem y la pregabalina fármacos que se recetan con más frecuencia para trastornos de ansiedad la FDA declara y advierte que si consumo constante puede deprimir el sistema nervioso central (SNC) y en ocasiones ha generado consecuencia graves en el incluyendo la dificultar para respirar, la respiración lenta y muertes causadas por una sobredosis además de generar dependencia y ser usada comúnmente como droga recreativa y un consumo indiscriminado por la población más joven. Solo se reportó en el artículo “arquitectura del sueño y desorden del sueño respiratorio en insomnio fatal” Segun Pérez-Carbonel et., al (2022). Reportó que en sus participantes, presentaron efectos adversos graves entre ellos se mencionó que presentaron dificultad para respirar y problemas gastrointestinales. De los 5 artículos restantes la información no fue clara respecto a los efectos adversos presentados o si los hubo.

Para Zolpidem fármaco prescrito en el tratamiento para el insomnio a corto plazo por generar riesgos de tolerancia y dependencia física y psiquiátrica y cuya ingesta debe ser no mayor a 4 semanas según la asociación española de pediatría.

En el artículo Andreu A. et al., 2023 “Seguridad y eficacia de aviandr en pacientes con trastorno de ansiedad generalizada: un estudio piloto de búsqueda de dosis, metacéntrico, aleatorizado, doble ciego y controlado con placebo”

Menciona que los fármacos se asocian con una mala tolerabilidad por los sujetos de estudio y sin embargo recalcan que si es eficaz para el tratamiento agudo de insomnio, sin embargo si presentaron efectos adversos importantes (no se menciona cuales exactamente, pero si hacen referencia que no se dispone de información sobre los efectos a largo plazo ya que el tratamiento en si está indicado que sea a corto plazo.

La pregabalina fármaco prescrito en el tratamiento para el dolor neurótico, epilepsia y trastorno de ansiedad generalizada, su ficha técnica al igual que el Escitalopram advierte una serie de efectos adversos por su constante consumo, contraindicado si hay antecedentes de enfermedades cardiacas. En los artículos revisados M.J Abenza et. al., “Perampanel en insomnio crónico” El fármaco Mejora significativamente la calidad del sueño, sin embargo se presentaron síntomas como mareo y somnolencia, síntomas reportados en su ficha técnica. Al igual en el artículo “¿Qué tan representativos son los ensayos clínicos sobre el insomnio?” Los sujetos del estudio presentaron una serie de mareos.

La Gabapentina uno de los fármacos que no es tan comúnmente prescrito para problemas de

insomnio ya que solo ha demostrado que mejora el sueños de ondas lentas en pacientes con insomnio primario en el artículo “Ensayo controlado aleatorizado prospectivo sobre la eficacia de la presión positiva continua en las vías respiratorias y la ventilación severo adaptativa en el tratamiento del insomnio complejo crónico” los sujetos reportaron somnolencia, dolores de cabeza y perdida de equilibrio.

La quetiapina fármaco prescrito para el tratamiento de enfermedades mentales como la esquizofrenia y el transtorno bipolar, al igual que las benzodiazepinas o fármacos Z son recomendó su consumo para paciente con un cuadro de insomnio primario, ya que su consumo constante puede provocar codependencia a largo plazo. En el artículo “El tratamiento con el antipsicótico de segunda generación quetiapina se asocia con una mayor activación de la ACC sublingual durante el procesamiento de la recompensa en el trastorno depresivo mayor”. Los sujetos del estudio reportaron síntomas como ganancia de peso, somnolencia y mareos constantes, síntomas que no afectan presentan un peligro mayor en el día día de estos.

Finalmente, la Paroxetina fármacos prescrito en tratamientos como la depresión y otras enfermedades mentales, usado a la par con otros fármacos para mejorar problemas de sueño en etapas primarias, en los artículos revisados ninguno de los 5 arrojaba datos relevantes sobre la presencia de efectos adversos al consumir dicho fármaco, sin embargo, si se hablaba de la eficacia de este.

## Conclusión

El insomnio es una trastorno que aqueja a un gran número de la población en algún momento de su vida, de los 7 fármacos elegidos para la revisión sistemática demostraron efectividad en el tratamiento, sin embargo al ser fármacos que actúan deprimiendo el sistema nervioso central SNC, repercute en otros mecanismos que regula esa zona del cerebro, principalmente las relacionadas en actividades locomotoras, mientras que la alternativa que fue el cannabidiol no reportó efectos adversos tan evidentes a corto plazo, pero su consumo constante se conoce que si puede causar dependencia. Es por ello que se llegó a la conclusión que si el insomnio se encuentra en las primeras etapas, se debe buscar alternativas como crear rutinas, practicar alguna actividad física, dormir en lugares cómodos con poca luz y restringir pantallas horas antes de dormir.

## Referencias

Álvarez, D. A., Berrozpe, E. C., Castellino, L. G., González, L., Lucero, C., Maggi, S., De León, M. P., Rosas, M. C., Tanzi, M., Valiensi, S. M., & Zalazar, R. A. (2016). Insomnio: Actualización en estrategias diagnósticas y terapéuticas. *Neurología Argentina*, 8(3), 201-209. <https://doi.org/10.1016/j.neuarg.2016.03.003>

Andrea, C. S. (2013). Insomnio: generalidades y alternativas terapéuticas de última generación. *Revista Médica Clínica las Condes*, 24(3), 433-441. [https://doi.org/10.1016/s0716-8640\(13\)70179-2](https://doi.org/10.1016/s0716-8640(13)70179-2)

Bent, S., Padula, A., Moore, D., Patterson, M., & Mehling, W. (2006). Valerian for Sleep: A Systematic Review and Meta-Analysis. *The American Journal Of Medicine*, 119(12), 1005-1012. <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2006.02.026>

De Castro, F. L., Rodríguez, O. F., Ortega, M. M., & Agüero, L. F. (2011). Abordaje terapéutico del insomnio. *Medicina de Familia SEMERGEN*, 38(4), 233-240. <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2011.11.003>

CANO ROMERO, Juan Fernando y DIAGO GARCIA, Johanna. Insomnio: enfoque diagnóstico y terapéutico. *Iatreia* [online]. 2005, vol.18, n.1 [citado 2025-03-07], págs. 60-70. Disponible en: <[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0121-07932005000100005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-07932005000100005&lng=en&nrm=iso)>. ISSN 0121-0793.

Cañellas, F. (2004, 1 marzo). *Uso de los antidepresivos en el tratamiento del insomnio. Vigilia-Sueño*. <https://www.elsevier.es/es-revista-vigilia-sueno-270-articulo-uso-los-antidepresivos-el-tratamiento-13062068>

Carrillo-Mora, Paul, Barajas-Martínez, Karina Gabriela, Sánchez-Vázquez, Itzel, & Rangel-Caballero, María Fernanda. (2018). Trastornos del sueño: ¿qué son y cuáles son sus consecuencias?. *Revista de la Facultad de Medicina (México)*, 61(1), 6-20. Recuperado en 23 de febrero de 2024, de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0026-17422018000100006&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422018000100006&lng=es&tlng=es)

Doufas, A. G., Panagiotou, O. A., Panousis, P., Wong, S. S., & Ioannidis, J. P. (2016). Insomnia from drug treatments. *Mayo Clinic Proceedings*, 92(1), 72-87. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2016.09.005>

Estivill, E., Roure, N., Albares, J., Martínez, C., Pascual, M., & Segarra, F. (2007, 1 septiembre). *Tratamiento farmacológico del insomnio: ventajas e inconvenientes. Cómo sustituir la medicación hipnótica*. Vigilia-Sueño. <https://www.elsevier.es/es-revista-vigilia-sueno-270-articulo-tratamiento-farmacologico-insomnio-ventajas-e>



Casa abierta al tiempo

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA**  
Unidad Xochimilco



inconvenientes-como-13109166

Morales Basto, Juan Pablo, Burgos Castro, Evelin Dayana, Fandiño Sánchez, Diego Alejandro, Porras Galindo, Luis Felipe, Rodríguez Munevar, Daimar Santiago, Agudelo Cañas, Samantha, & Poveda Espinosa, Elpidia. (2021). La relación entre el sistema endocannabinoide y la adicción a la comida: una revisión exploratoria. *Revista Española de Nutrición Humana y Dietética*, 25(2), 212-226. Epub 17 de enero de 2022. <https://dx.doi.org/10.14306/renhyd.25.2.1153>

*New perspectives on the pharmacologic management of insomnia*. (2001, 1 enero). PubMed. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11219328/>

Maria Fißler, Arnim Quante, "A case series on the use of lavender oil capsules in patients suffering from major depressive disorder and symptoms of psychomotor agitation, insomnia and anxiety" *Complementary Therapies in Medicine*, Volume 22, Issue 1, 2014, Pages 63-69, ISSN 0965-2299, <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2013.11.008>.  
(<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0965229913001933>)

Pérez-Carbonell, L., Muñoz-Lopetegi, A., Sánchez-Valle, R., Gelpi, E., Farré, R., Gaig, C., Iranzo, A., & Santamaria, J. (2022). Sleep architecture and sleep-disordered breathing in fatal insomnia. *Sleep Medicine*, 100, 311-346. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2022.08.02>

*Principles and Practice of Sleep Medicine - 2 Vo - 9780323661898*. (s. f.). US Elsevier Health. [https://www.us.elsevierhealth.com/principles-and-practice-of-sleep-medicine-2-volume-set-9780323661898.html?srsIid=AfmBOoppYL9rUSgdTDzVb5ynwhJ6MA\\_K1n-eIl4ByBZSok2XPWlyVij-](https://www.us.elsevierhealth.com/principles-and-practice-of-sleep-medicine-2-volume-set-9780323661898.html?srsIid=AfmBOoppYL9rUSgdTDzVb5ynwhJ6MA_K1n-eIl4ByBZSok2XPWlyVij-)

Sarraís, F., & de Castro Manglano, P.. (2007). El insomnio. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 30(Supl. 1), 121-134. Recuperado en 23 de febrero de 2024, de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1137-66272007000200011&lng=es& tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272007000200011&lng=es& tlng=es).

Soria-Lara, Dulce María, Gaitán-Vélez, Brayan Vladimir, Jiménez-Islas, Hugo, & Miranda-López, Rita. (2019). El Sistema de Endocannabinoides como regulador de la lipogénesis y su posible modulación por la Mangiferina. *Revista biomédica*, 30(2), 83-102. Epub 06 de septiembre de 2019. <https://doi.org/10.32776/revbiomed.v30i2.638>

*The international classification of sleep disorders : diagnostic & coding manual | WorldCat.org*. (s. f.). <https://search.worldcat.org/es/title/The-international-classification-of-sleep-disorders--diagnostic-and-coding-manual/oclc/67281425>

Torrades, S. (2005, 1 octubre). *La naturaleza de los sueños*. Offarm. <https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-la-naturaleza-suenos-13079597>

Wagner, J., Wagner, M. L., & Hening, W. A. (1998). Beyond Benzodiazepines: Alternative Pharmacologic Agents for the Treatment of Insomnia. *Annals Of*

*Pharmacotherapy*, 32(6), 680-691. <https://doi.org/10.1345/aph.17111>

Wheatley, D. (2005). Medicinal plants for insomnia: a review of their pharmacology, efficacy and tolerability. *Journal Of Psychopharmacology*, 19(4), 414-421. <https://doi.org/10.1177/0269881105053309>

Asesor Interno

Dr. Juan Manuel Martínez Núñez

35134

UAM Xochimilco, Departamento de  
sistemas biológicos