

Belén Alacreu Sáez y Judith García Tierno

Una revisión sistematizada sobre el papel de la enfermera en el cuidado del paciente con insomnio tratado con benzodiazepinas

Trabajo Final de Grado

Dirigido por: Guillermina Medina Martín

Enfermería



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

Facultat d'Infermeria

Tarragona 2025-2026

RESUMEN

Introducción: El insomnio es el trastorno del sueño más prevalente en la población española, afectando al 43,4% con algún síntoma. A pesar de que la Terapia Cognitivo-Conductual para el insomnio (TCC-i) es el tratamiento de primera línea recomendado, España se sitúa como uno de los países europeos con mayor consumo de benzodiacepinas. Ante esta realidad, el papel de la enfermera se convierte en una figura clave en el abordaje integral del paciente insomne.

Objetivo general: Identificar el papel de la enfermera en el cuidado del paciente con insomnio en tratamiento con benzodiacepinas.

Metodología: Se ha realizado una revisión sistematizada a través de las bases de datos PubMed, Scopus y Dialnet de los estudios publicados entre 2015 y 2025.

Resultados: Se han incluido un total de 10 artículos que analizan las intervenciones de las enfermeras en el abordaje del insomnio y sus percepciones en el apoyo a la deprescripción de benzodiacepinas.

Conclusiones: Los profesionales de enfermería se sitúan como figuras estratégicas capaces de transformar el modelo de atención actual al paciente con insomnio desde el enfoque farmacológico al enfoque integral centrado en el paciente. La TCC-i destaca como la intervención no farmacológica liderada por enfermería más efectiva en cuanto a la reducción del uso de benzodiacepinas y menor gravedad del insomnio. De todas formas, estos profesionales se enfrentan a un conjunto de barreras y limitaciones que condicionan su apoyo en procesos de deprescripción de benzodiacepinas y realización de intervenciones no farmacológicas para abordar el insomnio. La falta de reconocimiento profesional por parte de los profesionales médicos y la evidencia científica destaca como la barrera más determinante. Por todo ello, resulta imprescindible la participación de las instituciones sanitarias y la realización de futuras investigaciones científicas para poner fin a estos obstáculos y ayudar a visibilizar el papel indispensable que ejercen las enfermeras en este ámbito.

Palabras clave: Enfermería, benzodiacepinas, hipnóticos, deprescripción, reducir, insomnio.

ABSTRACT

Introduction: Insomnia is the most prevalent sleep disorder in the Spanish population, affecting 43,4% of people with at least one symptom. Although Cognitive-Behavioral Therapy for insomnia (CBT-i) is the recommended first-line treatment, Spain ranks as one of the European countries with the highest consumption of benzodiazepines. Given this reality, the nurse's role becomes a key figure in the comprehensive management of the insomniac patient.

General Objective: To identify the role of the nurse in the care of patients with insomnia undergoing treatment with benzodiazepines.

Methodology: A systematic review was conducted using the PubMed, Scopus, and Dialnet databases of studies published between 2015 and 2025.

Results: A total of 10 articles have been included that analyze nurses' interventions in addressing insomnia and their perceptions regarding benzodiazepine deprescribing.

Conclusions: Nursing professionals are strategic figures capable of transforming the current care model for patients with insomnia, shifting from a pharmacological approach to a comprehensive, patient-centered one. Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia (CBT-i) stands out as the most effective nurse-led non-pharmacological intervention in reducing benzodiazepine use and insomnia severity. However, these professionals face a set of barriers and limitations that hinder their support for benzodiazepine deprescribing and the implementation of non-pharmacological interventions to address insomnia. The lack of professional recognition from medical professionals and the lack of scientific evidence are the most significant barriers. Therefore, the participation of healthcare institutions and the development of future scientific research are essential to overcome these obstacles and help highlight the indispensable role of nurses in this field.

Keywords: nursing, benzodiazepines, hypnotics, deprescription, reduce, insomnia.

GLOSARIO

Abreviatura	Definición
AASM	American Academy of Sleep Medicine
AEMPS	Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios
AquAS	Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya
ATP	Adenosín Trifosfato
AVD	Actividades de la Vida Diaria
BZD	Benzodiacepina
BZRA	Agonista de los receptores de las benzodiacepinas
CAP	Centro de Atención Primaria
CASPe	Critical Appraisal Skills Programme Español
Cl-	Ion de cloruro
DBAS	Dysfunctional Beliefs and Attitudes about Sleep Scale
DeCS	Descriptores en Ciencias de la Salud
DM2	Diabetes Mellitus tipo 2
DSM-V-TR	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
ECA	Ensayo controlado aleatorizado
EDADES	Encuestas sobre Alcohol y Otras Drogas en España
EEG	Electroencefalográfico
ES	Eficacia del Sueño
ESS	Escala de Somnolencia de Epworth
EU	Unión Europea
GABA-A	Receptor ácido gamma-aminobutírico
GABA	Neurotransmisor gamma-aminobutírico
GC	Grupo control
GI	Grupo intervención
H/O	Hipocretina / Orexina
ICSD-3	Clasificación Internacional de Trastornos del Sueño

ISI	Índice de Severidad del Insomnio
JB	Joanna Briggs Institute
MeSH	Medical Subject Headings
MTT	Modelo Transteórico
NREM	Movimientos Oculares No Rápidos
NSQ	Núcleo Supraquiasmático
OR	Odds Ratio
PCC	Pacientes Crónicos Complejos
PGO	Ponto – Genículo – Occipital
PIM	Medicamentos Potencialmente Inapropiados
PPO	Omisiones Potenciales de Prescripción
PRISMA	Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses
PSQI	Índice de Calidad del Sueño de Pittsburgh
REM	Movimientos Oculares Rápidos
SNC	Sistema Nervioso Central
SOL	Latencia del inicio del sueño
TCC-i	Terapia Cognitivo Conductual para el insomnio
TIC	Tecnologías de la Información y Comunicación
TST	Tiempo total de sueño
vRPO	Núcleo Reticular Oral del Puente
WASO	Tiempo de vigilia tras inicio del sueño

ÍNDICE DE CONTENIDOS

1. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN	1
2. OBJETIVOS	3
2.1 Objetivo general	3
2.2 Objetivos específicos	3
3. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	3
4. MARCO TEÓRICO	4
4.1 Insomnio	4
4.2 Fisiología del sueño	5
4.3 Causas y consecuencias del insomnio	7
4.4 Parámetros y escalas de valoración del sueño	7
4.4.1 Diario del sueño	7
4.4.2 Escalas de valoración estandarizadas	8
4.4.3 Parámetros del sueño	8
4.5 Tratamiento farmacológico del insomnio	9
4.5.1 Benzodiacepinas	9
4.6 Polifarmacia	11
4.6.1 Criterios STOPP/START y American Geriatrics Society Beers Criteria	12
4.7 Tratamiento no farmacológico	12
4.7.1 Terapia Cognitivo-Conductual	12
4.7.2 Higiene del sueño	13
4.7.3 Educación para la salud	13
4.8 Papel de la enfermería	13
5. METODOLOGÍA	17
5.1 Diseño del estudio y estrategia de búsqueda	17
5.2 Criterios de inclusión y exclusión	19
5.3 Selección de artículos	20
6. RESULTADOS	23
6.1 Características generales de los estudios incluidos	23
6.2 Eficacia de las intervenciones no farmacológicas sobre el insomnio	31

6.3 Impacto de las estrategias no farmacológicas sobre la interrupción del uso de sedantes-hipnóticos	33
6.4. Barreras identificadas por enfermeras para ofrecer apoyo en la deprescripción de BZD	34
6.5 Facilitadores identificados por enfermeras para ofrecer apoyo en la deprescripción de BZD	36
7. DISCUSIÓN	38
8. CONCLUSIONES	43
9. LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES PARA LA PRÁCTICA, FORMACIÓN O INVESTIGACIÓN FUTURA	44
10. ASPECTOS ÉTICOS	45
11. BIBLIOGRAFÍA	46
11. ANEXOS	55
11.1 Anexo 1. Características farmacocinéticas	55
11.2 Anexo 2. Contraindicaciones e interacciones hipnóticos	55
11.3 Anexo 3. Diagrama de flujo PRISMA según estrategia de búsqueda realizada	57
11.4 Anexo 4. Evaluación calidad metodológica	59

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Pregunta de investigación en formato PIO	3
Tabla 2. Grupos farmacológicos utilizados como parte del tratamiento farmacológico del insomnio.	9
Tabla 3. Características farmacocinéticas de los principales hipnóticos benzodiacepínicos	53
Tabla 4. Contraindicaciones absolutas y relativas de las benzodiacepinas	53
Tabla 5. Principales interacciones farmacocinéticas y farmacodinámicas de las benzodiacepinas	54
Tabla 6. Fases de la entrevista semiestructurada	14
Tabla 7. Valoración del insomnio por Patrones Funcionales de Marjory Gordon	15
Tabla 8. Descriptores MeSH y palabras clave	17
Tabla 9. Estrategia de búsqueda bibliográfica	18
Tabla 10. Estrategia de búsqueda bibliográfica 2.	18
Tabla 11. 11 preguntas CASPe para evaluar un ensayo clínico aleatorio	57
Tabla 12. 10 preguntas CASPe para evaluar estudios cualitativos	58
Tabla 13. 10 preguntas CASPe para evaluar revisiones sistemáticas	59
Tabla 14. 8 preguntas JBI para evaluar estudios transversales	60
Tabla 15. Resumen artículos seleccionados	25

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Diagrama de flujo PRISMA selección de artículos	21
Figura 2. Diagrama de flujo PRISMA estrategia de búsqueda 1.....	55
Figura 3. Diagrama de flujo PRISMA estrategia de búsqueda 2.....	56

1. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

El insomnio definido como la insatisfacción en la consolidación, duración, cantidad o calidad del sueño es el tipo de trastorno del sueño con mayor prevalencia en comparación con el resto de los trastornos del sueño-vigilia (1).

En países desarrollados, el insomnio crónico representa entre el 6% y el 14,8% de la población adulta (2). Más concretamente, los síntomas derivados de este trastorno afectan alrededor del 43,4% de la población española (2,3).

Se asocia con hábitos del sueño y pensamientos desadaptativos, alteraciones del estado de ánimo, mayor incidencia de síntomas psicológicos y fisiológicos asociados al estrés, deterioro del funcionamiento individual y de la calidad de vida, conflictos interpersonales, sociales y laborales (1,4,5). Por todo ello, se trata de un problema de salud pública relevante (2).

A pesar de que la TCC-i es reconocida como el tratamiento de primera línea para el manejo del insomnio por su eficacia y seguridad tanto a corto como a largo plazo, su disponibilidad es limitada, lo que conlleva a muchos profesionales a optar por otros enfoques terapéuticos más accesibles como ocurre con las terapias farmacológicas (2,4,6). En este sentido, la prescripción de medicamentos hipnóticos en personas insomnes es una práctica común, situando a España como el país europeo con una tasa de uso de medicamentos hipnosedantes superior a la media europea y con un aumento persistente (7). El informe 2025 del Programa de Encuestas sobre Alcohol y Otras Drogas en España (EDADES) evidencia el aumento del consumo de hipnosedantes en los últimos 19 años, mostrando el máximo consumo registrado en el año 2024 (27,4%) (8). Este fenómeno también se refleja en el territorio catalán: según la iniciativa Essencial de la Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AquAS), en el año 2022 el 17,5% de la población adulta de Cataluña tenía prescrita un agonista de los receptores de las benzodiacepinas (BZRA), lo que evidencia que el uso prolongado e inapropiado de estos medicamentos para dormir es un problema igualmente presente en el contexto más próximo (9).

Del mismo modo, las benzodiacepinas son las más frecuentemente utilizadas (2,6). Si bien muchas de ellas están indicadas como tratamiento del insomnio a corto plazo, su uso está cuestionado por los cambios en la arquitectura del sueño y los riesgos asociados a su consumo crónico, sobre todo en población mayor (6,10).

Frente a esta realidad, resulta muy evidente la necesidad de promover un cambio en el enfoque terapéutico actual que permita el paso de un modelo puramente medicalizado a un modelo con un enfoque más integral y holístico, centrado en la persona y adaptado a sus circunstancias donde se priorice la optimización y el consumo razonable de los fármacos junto

con la integración de otras intervenciones no farmacológicas que permitan fomentar la autonomía y la colaboración del paciente, otorgándole un papel activo en el manejo y la recuperación de su descanso (11).

La enfermera es el claro ejemplo del tipo de profesional sanitario competente y capacitado para poner en práctica este modelo de atención integral (12). Son sus conocimientos científicos, su estrecha cercanía con el paciente, su capacidad para realizar la valoración integral, su formación en educación sanitaria y sus habilidades para realizar estrategias no farmacológicas que aborden integralmente al paciente, las que la hacen eficiente y preparada para llevar a cabo este modelo de cuidado de forma autónoma (12,13).

No obstante, el problema que se identifica alrededor de esta necesidad creciente de cambio de modelo de atención al paciente insomne y que motiva la realización de este trabajo es que a pesar de que la figura de la enfermera es uno de los principales pilares que dan sentido a esta perspectiva integral del cuidado, siendo la principal implicada en la realización de intervenciones no farmacológicas, no se han identificado programas liderados por enfermeras para el tratamiento del insomnio en nuestro entorno más cercano. Es cierto que se ha evidenciado como muchos documentos científicos hablan de los beneficios terapéuticos sobre el insomnio y la disminución del consumo de benzodiacepinas de las intervenciones no farmacológicas como la educación en higiene del sueño o las terapias cognitivas conductuales, pero muchos pasan por alto mencionar que tras ese logro terapéutico existe una enfermera responsable que participa de forma activa en su abordaje. Es por todo ello por lo que la presente revisión sistematizada busca analizar lo que la evidencia científica describe acerca del rol de la enfermera en el cuidado del paciente con insomnio tratado con benzodiacepinas, así como las intervenciones no farmacológicas que realiza y los obstáculos y facilitadores que encuentra en el apoyo en la disminución del consumo de benzodiacepinas en el insomnio.

Asimismo, el propósito personal de este trabajo de final de grado es contribuir a visibilizar y reconocer el papel activo que ejercen los profesionales de enfermería en el cuidado del paciente con insomnio tratado con benzodiacepinas.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo general

Identificar el papel de la enfermera en el cuidado del paciente con insomnio en tratamiento con benzodiacepinas.

2.2 Objetivos específicos

Identificar las intervenciones no farmacológicas llevadas a cabo por el profesional de enfermería en el abordaje del paciente con insomnio.

Identificar las barreras y los facilitadores del personal de enfermería en el apoyo a la disminución del consumo de benzodiacepinas en pacientes con insomnio.

3. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

Se ha decidido usar el modelo PIO (Población, Intervención y Resultados/Outcome) para la elaboración de la pregunta de investigación puesto que se adapta mejor a los objetivos planteados para la elaboración de este trabajo que buscan describir el papel de los profesionales de enfermería en el cuidado del paciente insomne consumidor de benzodiacepinas, más que realizar una comparativa o una confrontación con otro abordaje o intervención. La pregunta de investigación resultante es la siguiente:

“En personas adultas con insomnio y consumo de benzodiacepinas ¿cuáles son los cuidados o las intervenciones no farmacológicas de enfermería más efectivas para reducir el insomnio y el uso de benzodiacepinas, y cuáles son las barreras o los facilitadores identificados por los profesionales de enfermería en su apoyo a la reducción del consumo?”

Tabla 1. Pregunta de investigación en formato PIO

Componentes	Descripción
P	Personas adultas con insomnio y consumo de benzodiacepinas
I	Intervenciones no farmacológicas de enfermería
O	Reducción insomnio, disminución consumo de benzodiacepinas, barreras y facilitadores de las enfermeras en el apoyo a la deprescripción o reducción del uso de benzodiacepinas

Fuente: Elaboración propia

4. MARCO TEÓRICO

4.1 Insomnio

Existen dos sistemas de clasificación de referencia para el diagnóstico del insomnio: el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5-TR) y la Clasificación Internacional de Trastornos del Sueño (ICSD-3) (1,3). Ambas clasificaciones son complementarias y muy utilizadas habitualmente en el ámbito sanitario (1,3).

Según el DSM-5-TR, el diagnóstico del insomnio se define como “la insatisfacción con la cantidad o calidad del sueño con quejas sobre la dificultad para conciliar o mantener el sueño. Las molestias del sueño se acompañan de un malestar clínicamente significativo o de un deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento. La alteración del sueño puede ocurrir durante el curso de otro trastorno mental o afección médica, o puede ocurrir de forma independiente” (1). Además, para acabar de definir el diagnóstico, estas dificultades deben producirse al menos tres noches por semana, durante un mínimo de tres meses, sin relacionarse con el consumo de ninguna sustancia, ocurrir a pesar de disponer de condiciones adecuadas para dormir y producir un deterioro significativo en el área social, laboral, educativa y/o académica (1).

Existen tres clasificaciones diferentes en función de su causa, el momento de la noche en que se produce y su duración (1,14).

Según la causa (14):

- **Insomnio primario:** ausencia de una causa directa. Se relaciona con rasgos de la personalidad o modos de afrontamiento.
- **Insomnio comórbido:** se relaciona con una causa (cuadro clínico, situación, contexto, etc).

Según el momento en que aparece (1,14):

- **Insomnio inicial o de conciliación:** dificultad para iniciar el sueño en el momento de acostarse.
- **Insomnio medio o de mantenimiento:** dificultad para mantener el sueño a lo largo de la noche por continuos despertares.
- **Insomnio tardío o despertar precoz:** incapacidad para volver a conciliar el sueño tras un despertar precoz.

Según su duración (14):

- **Insomnio transitorio:** duración inferior a una semana.

- **Insomnio agudo o de corta duración:** duración entre una y cuatro semanas.
- **Insomnio crónico:** duración superior a cuatro semanas.

4.2 Fisiología del sueño

La regulación fisiológica del sueño se explica mediante el modelo de los dos procesos propuesto por Alexander Borbély en 1982 (15). Este modelo establece que tanto el inicio como la duración del descanso están regulados por la interacción de dos mecanismos biológicos fundamentales: el Proceso S (homeostático) y el Proceso C (circadiano) (15). El proceso homeostático refleja la acumulación progresiva de la necesidad de dormir durante la vigilia (15). A nivel bioquímico, este proceso se relaciona con un aumento de la concentración de adenosina a nivel cerebral (molécula que forma parte del consumo de energía del ATP) que actúa como neuromodulador aumentando sus niveles y enviando señales de fatiga al cerebro. Al mismo tiempo, el proceso circadiano actúa como reloj biológico interno durante 24 horas, controlado por el Núcleo Supraquiasmático (NSQ) del hipotálamo (15). Este recibe información lumínica captada a través de la retina y ante la disminución de la luz ambiental el NSQ estimula a la glándula pineal para secretar melatonina, la hormona encargada de la preparación sistémica del descanso (15).

A nivel estructural, el ciclo del sueño se divide en dos fases que se alternan continuamente: el sueño de movimientos oculares no rápidos (NREM) y el sueño de movimientos oculares rápidos (REM) (16). Estas fases se repiten entre cuatro y cinco veces a lo largo de la noche (16). En un patrón de descanso normal, la fase NREM ocupa la mayor parte del tiempo (aproximadamente seis horas), mientras que la fase REM dura dos horas del tiempo total de sueño (16).

La fase NREM está regulada por estructuras que forman parte del Sistema Nervioso Central (SNC) (15). El prosencéfalo y el hipotálamo anterior son estructuras del SNC implicadas en la regulación del sueño NREM (15). Esta fase se caracteriza por cambios en la actividad eléctrica cerebral registrados a través de un EEG (electroencefalográfico) que permite dividir esta fase en distintas subfases de profundidad del sueño (N1, N2 y N3) (15):

- **Fase N1:** etapa de transición o sueño ligero, caracterizada por la aparición progresiva de ondas theta.
- **Fase N2:** caracterizada por la aparición de los husos del sueño y los complejos K que surgen de la actividad sináptica en las capas superficiales de la corteza cerebral.
- **Fase N3 (Sueño de ondas lentas):** históricamente se ha subdividido en fase 3 y 4, pero actualmente la American Academy of Sleep Medicine (AASM) las unifica. Se caracteriza por la presencia de ondas delta (0,3-3 Hz), ondas lentas y de alto

voltaje. Representan el grado máximo de sincronización neuronal y son esenciales para procesos de reparación.

El origen y la sincronización de estos ritmos bioeléctricos dependen del sistema tálamo-cortical (15). El núcleo reticular del tálamo actúa como marcapasos neurofisiológico responsable de generar los husos del sueño mediante ráfagas de actividad cerebral rítmica mediadas por neuronas GABAérgicas (15). Estas descargas se transmiten a la corteza cerebral a través de las neuronas de proyección talamocortical tipo M y C (15). Estableciéndose así una relación bidireccional continua, ya que la corteza no solo es necesaria para la expresión de ondas lentas, sino que, también retroalimenta al tálamo para producir la actividad oscilatoria propia del NREM (15).

Por otro lado, el inicio del sueño está controlado por la región preóptica y el hipotálamo anterior (15,17). En estas áreas se localizan las neuronas hipnogénicas que utilizan el ácido gamma-aminobutírico (GABA) y la galanina como principales agentes inhibidores (15,17). El GABA hiperpolariza las membranas, disminuyendo la excitabilidad de las neuronas (15,17). La galanina actúa como neuropéptido que potencia la acción del GABA (15,17). Ambos realizan una inhibición postsináptica sobre las estructuras responsables de la vigilia (15,17)

En contraste, el sueño REM o sueño paradójico es un estado de sueño profundo en la que hay una actividad cerebral de bajo voltaje, pero de alta frecuencia(15). En este estado se requiere de una activación de diversas estructuras del tronco del encéfalo, cuyo eje central es el núcleo reticular oral del puente (vRPO) (15).

La transición hacia la fase REM se origina por un equilibrio neuroquímico regulado por la interacción de dos sistemas: neuronas REM-ON y neuronas REM-OFF (15). Las neuronas REM-ON inician la fase REM impulsada por la facilitación colinérgica y la activación de los receptores muscarínicos del vRPO (15). Por otro lado, las neuronas REM-OFF que están controladas por aminas biógenas como la noradrenalina y serotonina, reducen su frecuencia de disparo a niveles mínimos, lo que facilita la desinhibición funcional del vRPO y el paso a la fase REM (15).

Una de las características más importantes de esta fase es la atonía muscular(15). Este mecanismo de protección se origina en el tegumento pontino dorsolateral, el cual activa el núcleo reticular bulbar magnocelular que proporcionan una parálisis motora que protege a la persona de la ejecución física de la actividad onírica (15). Asimismo, el núcleo pedunculopontino genera la actividad Ponto-Genículo-Occipital (PGO), un marcador electrofisiológico que anticipa el inicio del REM, mientras que otras áreas de la formación reticular regulan los movimientos oculares rápidos (15).

Toda esta combinación entre las fases se regula mediante un mecanismo de inhibición mutua conocido como interruptor biestable o modelo *fip-flop* (18). Los centros promotores del sueño y vigilia se inhiben de manera recíproca mediante GABAérgicas, asegurando transiciones rápidas y evitando estados intermedios prolongados (18).

Finalmente, la estabilidad del ciclo sueño-vigilia depende de la integridad del sistema hipocretina/orexinas (H/O) localizado en el hipotálamo lateral (15). Si surgen condiciones fisiológicas adecuadas, el sistema H/O actúa como modulador de seguridad. En periodos de alerta, estas neuronas inhiben la activación vRPO mediante la captación de mecanismos GABAérgicos (15). De esta manera es como se garantiza la segregación de manifestaciones propias del REM, como la atonía muscular o la actividad PGO, en los estados de vigilia o NREM (15).

4.3 Causas y consecuencias del insomnio

Los componentes que favorecen la manifestación, el desarrollo y el mantenimiento del insomnio se pueden clasificar según el modelo de las tres P de Spielman en: predisponentes, precipitantes y perpetuantes (14,19,20).

- **Factores predisponentes:** género, edad, nivel socioeconómico, estado de salud, genética y factores psicológicos (14,19,20).
- **Factores precipitantes:** situaciones estresantes, cambios vitales significativos, duelo, enfermedad aguda o cambios en los horarios laborales (14,19,20)
- **Factores perpetuantes:** sentimientos negativos relacionados con el sueño (miedo a no dormir), creencias y comportamientos desadaptativos que mantienen el ciclo del insomnio más allá del evento precipitante inicial (14,19,20).

Por otro lado, entre las principales consecuencias derivadas del insomnio se encuentran el cansancio, la deficiencia cognitiva, la somnolencia diurna, la fatiga, las alteraciones del estado de ánimo (apatía, irritabilidad, disforia, tensión e indefensión) y la cefalea (14,21).

4.4 Parámetros y escalas de valoración del sueño

Se han desarrollado algunas herramientas para ayudar a recoger información relacionada con las características y los patrones del sueño de los pacientes (14,22). Las herramientas más utilizadas en la práctica clínica son el diario del sueño, las escalas estandarizadas y el análisis de los parámetros del sueño (14,22).

4.4.1 Diario del sueño

Herramienta que permite el registro diario de características relacionadas con el sueño del paciente durante un tiempo prolongado (se aconseja mínimo 2 semanas), facilitando la

detección de patrones, comportamientos y conductas que afecten al descanso (14,22). Además, también es utilizado como herramienta de valoración de la respuesta terapéutica (14). Entre los datos que suelen registrarse en los diarios del sueño se incluye: la hora de acostarse, la hora de levantarse, la hora en que se apaga la luz, luz encendida y los despertares nocturnos (22).

4.4.2 Escalas de valoración estandarizadas

Las escalas más utilizadas para valorar el sueño son (14,22):

- **Índice de Gravedad del Insomnio (ISI):** escala de referencia para la valoración de la gravedad del insomnio de forma sencilla y autoadministrada (14). Consta de 7 ítems con una puntuación total de 0 a 28 puntos (14,22). Una puntuación resultante igual o superior a 8 representa insomnio subclínico y una puntuación igual o superior a 15 indica insomnio moderado o grave (19).
- **Índice de Calidad del Sueño de Pittsburgh (PSQI):** cuestionario autoadministrado que mide la calidad del sueño durante el último mes (14). Su puntuación oscila entre 0 y 21 puntos (14). Una puntuación superior a 5 indica mala calidad del sueño (19)
- **Escala de Somnolencia de Epworth (ESS):** informa sobre el grado de somnolencia diurna del paciente (14). La puntuación total obtenida oscila entre de 0 y 24 puntos (14). Una puntuación superior a 10 indica somnolencia diurna excesiva (14).
- **Escala de Atenas de Insomnio:** realiza una valoración del sueño del mes previo (22). Evalúa 8 ítems relacionados con la calidad, cantidad e impacto diurno del sueño, cada uno puntuado del 0 al 3 (22). La puntuación resultante varía entre 0 y 24 puntos (22). Una puntuación superior a 11 indica insomnio grave (22).

4.4.3 Parámetros del sueño

- **SOL (Sleep Onset Latency – Latencia de Inicio del Sueño):** tiempo desde que la persona apaga la luz con intención de dormir hasta que consigue conciliar el sueño (23).
- **WASO (Wake After Sleep Onset – Tiempo Despierto Después del Inicio del Sueño):** es la suma de todos los despertares que ocurren una vez iniciado el sueño y antes del despertar definitivo por la mañana (23).
- **TST (Total Sleep Time – Tiempo Total de Sueño):** total de tiempo real (en horas) que la persona permanece dormida durante la noche (23).
- **ES (Eficiencia del sueño):** porcentaje de tiempo en la cama dormido. Un valor igual o superior a 85% indica un sueño eficiente (23).

4.5 Tratamiento farmacológico del insomnio

El uso de medicación como tratamiento del insomnio es una opción terapéutica coadyuvante del tratamiento no farmacológico (14). Existen diferentes opciones farmacológicas, aunque ninguna de las opciones es adecuada como tratamiento a largo plazo del insomnio (14,24). A continuación, en la Tabla 2, se presentan los grupos farmacológicos utilizados en el tratamiento farmacológico del insomnio (14,17,19,21,24,25).

Tabla 2. Grupos farmacológicos utilizados como parte del tratamiento farmacológico del insomnio

Benzodiacepinas	Fármacos Z	Antidepresivos	Antihistamínicos
Triazolam Brotizolam Lorazepam Loprazolam Flurazepam Quazepam Midazolam Lormetazepam	Zolpicona Eszopiclona Zolpidem Zaleplon	Doxepina Trimipramina Amitriptilina Trazodona Mirtazapina	Difenhidramina Doxilamina
Antipsicóticos	Anticonvulsivos	Melatonina	Clometiazol
Olanzapina Quetiapina	Gabapentina Tiagabina		

Fuente: Elaboración propia a partir de las referencias (14,17,19,21,24,25)

La elección del medicamento con efecto hipnótico como tratamiento del insomnio está condicionada por varios factores: tipo de insomnio, síntomas, objetivos terapéuticos, características y preferencias del paciente, disponibilidad, comorbilidades, perspectiva beneficio-riesgo, contraindicaciones, interacciones farmacológicas y efectos adversos (14,25).

4.5.1 Benzodiacepinas

Las benzodiacepinas son medicamentos psicotrópicos depresores del sistema nervioso central que actúan sobre el receptor GABA-A para regular la comunicación sináptica inhibitoria de la actividad del SNC produciendo efectos ansiolíticos, hipnóticos, anticonvulsivantes y miorelajantes (14,26).

De optar por una benzodiacepina como tratamiento del insomnio, se recomienda en situaciones de insomnio grave, utilizando la mínima dosis posible eficaz, durante un periodo

corto de entre 2 y 4 semanas como máximo y priorizando aquellas con una semivida media corta o intermedia (14,19,27).

4.5.1.1 Farmacodinamia

El receptor GABA-A es un receptor específico ubicado en el SNC que tiene la función de controlar los canales iónicos de cloro dependientes de ligando que controlan la excitación de las neuronas (14,26,28). Presenta múltiples sitios de unión para diferentes moléculas depresoras del SNC (14,26,28).

El neurotransmisor GABA es el principal inhibidor del SNC que al unirse al receptor específico GABA-A produce la apertura del canal de cloruro, permitiendo que los iones de cloruro (Cl-) entren dentro de la célula generando hiperpolarización, es decir, menos excitación y más inhibición de la actividad neuronal (26).

En el caso de las benzodiazepinas, se unen de manera específica al receptor GABA-A (26). Esta interacción aumenta y potencia la unión del neurotransmisor GABA al receptor GABA-A y como resultado, modula la actividad del SNC al inhibir la sobreestimulación generando efectos sedantes, ansiolíticos, anticonvulsivos y relajantes musculares (26,28).

4.5.1.2 Farmacocinética

Las benzodiazepinas son absorbidas por vía oral, pero la velocidad de absorción varía según el grado de liposolubilidad (28). Dada su elevada liposolubilidad son capaces de atravesar la barrera hematoencefálica (28).

La mayoría se metabolizan principalmente en el hígado por oxidación a través de enzimas microsomales CYP 3A4 del sistema del citocromo P450 produciendo metabolitos que luego se metabolizan por conjugación a través del ácido glucurónico (27–29). Finalmente, los derivados conjugados son transportados a los riñones para ser excretados a través de la orina (28,29).

Algunos determinantes como la edad, la alteración de la función hepática y algunos inhibidores metabólicos pueden alterar las reacciones por oxidación (28). Es por este motivo que es preferible utilizar aquellas benzodiazepinas que se metabolizan por procesos de conjugación como el lorazepam, ya que los determinantes nombrados anteriormente, producen un mínimo efecto sobre este proceso metabólico (28).

Por otro lado, las benzodiazepinas pueden clasificarse según su duración en acción corta, media y larga como se describe en la Tabla 3 del apartado de Anexos 1 (27,28).

4.5.1.3 Riesgos, contradicciones, efectos adversos e interacciones

Entre los principales efectos adversos asociados al consumo de benzodiacepinas se encuentran la somnolencia diurna, sedación, ataxia, falta de concentración, confusión, tolerancia, dependencia, disartria, incoordinación motora y delirium (14,25,26,28) .

En este sentido, la población anciana presenta mayor riesgo de sufrir efectos adversos, ya que las alteraciones farmacocinéticas y farmacológicas propias del envejecimiento hacen que sean más sensibles a los efectos de las benzodiacepinas, en especial tienen mayor riesgo de sedación, caídas, fracturas de cadera y deterioro cognitivo o demencias (14,17,25,30,31).

Por ese motivo, se consideran fármacos inadecuados, por su mala relación beneficio-riesgo en esta población de edad y siempre que sea posible, debe evitarse su uso (14,25).

Por otra parte, en el anexo 2, la Tabla 4 y la Tabla 5 describen las contraindicaciones absolutas y relativas de las benzodiacepinas y las interacciones más significativas con otros fármacos y con el alcohol (27).

4.6 Polifarmacia

La polifarmacia se define como el consumo de cinco o más medicamentos por una persona (32). Asimismo, la literatura utiliza el término hiperpolifarmacia cuando el consumo de medicamentos es igual o superior a diez (32,33).

La prevalencia de polifarmacia ha aumentado, sobre todo a partir de los 65 años (33). Además, la población actual se enfrenta a un envejecimiento poblacional mundial donde las personas viven más años, situando a España como el país de la Unión Europea (UE) con mayor esperanza de vida al nacer en el año 2023 con 2,5 años más que la media estimada para la UE (81,5 años) y como consecuencia de este fenómeno demográfico, también se ha producido un aumento de la prevalencia de enfermedades crónicas y del consumo de varios fármacos como enfoque terapéutico o preventivo (34,35).

Por otro lado, con el aumento de la polimedicación también se ha observado un incremento del riesgo de prescripción de medicamentos potencialmente inapropiados (PIM) que son aquellos fármacos donde el riesgo asociado a su uso supera al beneficio propio esperado (36). El término PIM hace referencia tanto a la prescripción potencialmente inapropiada ya sea por dosis, duplicación o interacción, como las omisiones potenciales de prescripción (PPO) que son aquellos fármacos omitidos, pero que en realidad son necesarios (36). Además, se ha evidenciado una asociación significativa entre la polifarmacia, las PIM y la probabilidad de desarrollar discapacidades que limiten las actividades de la vida diaria (AVD) entre las personas mayores (34).

4.6.1 Criterios STOPP/START y American Geriatrics Society Beers Criteria

Se han desarrollado varias herramientas para ayudar a identificar los PIM y la polimedicación inadecuada, entre las que destacan los criterios STOPP/START y los American Geriatrics Society Beers Criteria, ambas son muy utilizadas en entornos hospitalarios y de atención ambulatoria (36–38).

Los criterios STOPP/START son un método explícito basado en sistemas fisiológicos que, a diferencia de otras herramientas, permite identificar tanto medicamentos potencialmente inapropiados como la omisión de la prescripción de fármacos potencialmente beneficiosos en pacientes crónicos complejos (PCC) (37). La última versión de estos criterios publicada en 2023 cuenta con 133 criterios STOPP y 57 criterios START, permitiendo detectar duplicidades, interacciones, PIM y PPO (37). Cabe destacar que, en estudios realizados en España, las benzodiacepinas por uso prolongado son el grupo farmacológico con mayor frecuencia de PIM según los criterios STOPP (37).

Por otro lado, los American Geriatrics Society Beers Criteria (actualización 2023) son una herramienta explícita que permite identificar las PIM en personas mayores a partir de una lista organizada en cinco categorías (38):

1. Fármacos potencialmente inapropiados en todos los adultos mayores
2. Fármacos potencialmente inapropiados en adultos mayores con determinadas enfermedades o síndromes
3. Fármacos que deben usarse con precaución
4. Interacciones farmacológicas inapropiadas
5. Medicamentos cuyas dosis depende de la función renal

4.7 Tratamiento no farmacológico

4.7.1 Terapia Cognitivo-Conductual

La TCC-i es el tratamiento de primera elección según las principales guías internacionales de referencia, como la European Sleep Reserach Society (39). Es una intervención multicomponente en la que se aborda de manera simultánea factores cognitivos, conductuales y fisiológicos relacionados con el sueño del paciente (40). Estos componentes son (40):

- **Control de estímulos:** instrucciones conductuales que buscan volver a asociar la cama con el sueño y restablecer un horario de sueño-vigilia adecuado.
- **Restricción del sueño:** limitar el tiempo en la cama a la cantidad real de tiempo dormido

- **Terapia de relajación:** intervenciones destinadas a disminuir la activación psicológica (pensamientos intrusivos) y fisiológica (tensión somática) del paciente para facilitar la conciliación el sueño.
- **Intención paradójica:** técnica psicológica que busca reducir la ansiedad anticipatoria ante el acto de dormir. Se le indica al paciente que permanezca despierto en la cama sin hacer ningún esfuerzo activo por conciliar el sueño, con el objetivo de romper el ciclo de hiperactivación.
- **Terapia cognitiva:** consiste en identificar y reestructurar los pensamientos disfuncionales sobre el sueño, sustituyéndolos por otros más racionales y ajustados a la realidad fisiológica.
- **Higiene del sueño:** recomendaciones sobre prácticas saludables relacionadas con el entorno, factores ambientales y hábitos que facilitan el sueño.

4.7.2 Higiene del sueño

Conjunto de recomendaciones realizadas al paciente con el objetivo de redirigir su comportamiento y facilitar la concepción del sueño (20,40). Algunas de las recomendaciones realizadas son (20,40):

- Mantener un horario fijo para dormir y despertarse
- Utilizar la cama exclusivamente para dormir
- Evitar realizar siestas diurnas y cenar alimentos copiosos previo al acto de dormir
- Evitar consumir estimulantes (tabaco, cafeína y teína) y/o alcohol antes de dormir (3 horas antes)
- Realizar ejercicio físico
- Mantener medidas ambientales antes de dormir (evitar ruido, no utilizar pantallas, poca luz y tranquilidad)

4.7.3 Educación para la salud

Identificar el nivel de conocimiento del paciente acerca del sueño, así como sus creencias y expectativas con el objetivo de proporcionarle información básica sobre el insomnio: su definición, los mecanismos implicados y las diferentes opciones de tratamiento disponibles (20,40).

4.8 Papel de la enfermería

Las enfermeras disponen de un rol activo y relevante en el cuidado del paciente con insomnio, ya que la valoración del trastorno, así como la repercusión de los síntomas sobre la calidad de vida, la detección de comportamientos y actitudes inadecuadas y la educación sanitaria

en recomendaciones sobre el cuidado constituyen intervenciones que la enfermera puede desarrollar de forma autónoma (41).

Durante la entrevista clínica, la enfermera realiza una valoración del paciente con el objetivo de detectar cualquier factor que dificulte la conciliación o el mantenimiento del sueño (14). Esta valoración puede explicarse mejor a través del modelo teórico de la práctica de enfermería elaborado por Marjory Gordon: La Teoría de los 11 Patrones Funcionales de Salud (42). Se trata de un modelo que permite realizar una valoración holística e integral del paciente a partir de 11 características o patrones presentes comúnmente en todas las personas (42). El uso de estos 11 patrones funcionales contribuye a la realización de una valoración de enfermería de forma completa, organizada y sistematizada, ya que permite la obtención de información objetiva y subjetiva de la persona, incluyendo aspectos físicos, sociales, cognitivos y de su entorno (42). El beneficio de utilizar esta teoría de enfermería en el abordaje del insomnio se basa en que permite identificar todos aquellos factores que influyen en la aparición, el desarrollo y el mantenimiento del trastorno del insomnio, ya que este trastorno no acostumbra a depender únicamente de una causa, sino que acostumbra a relacionarse con múltiples factores predisponentes y desencadenantes (42). A continuación, la Tabla 6 y la Tabla 7 describen las fases de la entrevista semiestructurada y la valoración a partir de los Patrones Funcionales según la Teoría de Marjory Gordon (14).

Tabla 6. Fases de la entrevista semiestructurada

Fases de la entrevista semiestructurada			
Fase preliminar	Fase exploratoria	Fase resolutive	Fase final
Recepción cordial	Obtener información específica básica:	Síntesis y enumeración del (los) problema (s)	Toma de precauciones
Delimitar el motivo de consulta	- Cómo son los síntomas - Localización - Intensidad - Cronología y evolución	Información al paciente de la naturaleza del problema	Acuerdo final
Prevención de demandas aditivas: Evitar el “ya que estoy aquí”, delimitando los motivos de consulta	Recoger información específica complementaria Presencia de patología	Comprobación de que ha entendido las explicaciones	Despedida

	orgánica o iatrogénica - Factores desencadenantes: cambios, duelos... - Entorno sociofamiliar - Antecedentes personales: episodios maníacos, depresiones previas... - Situaciones que empeoran o mejoran Exploración de la esfera psicosocial - Creencias y expectativas - Contenido del pensamiento - Afectividad - Personalidad	Implicación del paciente en la elaboración de un plan diagnóstico terapéutico: - Acuerdos - Negociación - Pactos	
--	---	---	--

Fuente: Tomado del Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Insomnio en Atención Primaria (14)

Tabla 7. Valoración del insomnio por Patrones Funcionales de Marjory Gordon

Percepción / Manejo de la salud	- Cómo describe su salud - Conocimientos en relación con el problema de sueño - Qué ha hecho para mejorarlo - Uso de fármacos (prescritos o automedicación)
Nutricional	- Patrón de ingesta de alimentos y bebidas diaria. - Ingesta de sustancias que puedan afectar al sueño (café, té, alcohol) - Fatiga

Eliminación	• Presencia de nicturia
Actividad / Ejercicio	• Descripción de las actividades habituales diarias
Reposo / Sueño	• Patrón de reposo habitual. • Dificultades en relación con el sueño
Cognitivo / Perceptual	• Creencias y pensamientos disfuncionales sobre el sueño
Autopercepción	• Qué es lo que más le preocupa. • Qué objetivos tiene en relación con su situación actual. • Ha cambiado su percepción por tener este problema.
Rol / Relaciones	• Valorar la vida familiar y social.
Sexualidad	• Ha habido algún cambio.
Adaptación / Estrés	• Pérdidas o cambios en su vida durante el último año. • Hay algo que le gustaría cambiar en su vida. • Cómo maneja o ha manejado otras situaciones estresantes
Valores / Creencias	• Información sobre los valores personales del paciente • Identificar la disposición del paciente ante diferentes enfoques terapéuticos

Fuente: Tomado del Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Insomnio en Atención Primaria (14)

Tras la valoración completa del paciente, se pueden identificar patrones alterados que justifiquen el diagnóstico de insomnio y que puedan beneficiarse de intervenciones de enfermería (14,20). Algunos indicadores como el uso de hipnóticos para dormir, la somnolencia diurna, las dificultades para iniciar o mantener el sueño, el cansancio, la irritabilidad u otros problemas conductuales derivados de la privación del descanso son señales que orientan hacia un diagnóstico de trastorno del sueño (20).

5. METODOLOGÍA

5.1 Diseño del estudio y estrategia de búsqueda

El tipo de estudio elaborado es una revisión sistematizada con el objetivo de identificar la evidencia científica disponible a cerca del rol de los profesionales de enfermería en el cuidado del paciente con insomnio y consumo de benzodiacepinas, así como las intervenciones no farmacológicas realizadas por enfermería y las barreras y los facilitadores que identifican estos profesionales para mostrar su apoyo en la deprescripción o reducción del uso de estos medicamentos hipnóticos.

La búsqueda bibliográfica se ha realizado en las siguientes bases de datos: PubMed, Scopus y Dialnet. El periodo de tiempo que ha abarcado la búsqueda de estudios ha sido de tres meses, desde noviembre 2025 hasta febrero 2026.

Para la elaboración de la estrategia de búsqueda se han combinado las palabras clave mediante los operadores booleanos “AND”, para relacionar artículos que incluyeran todos los términos, y “OR”, para hallar artículos que incluyeran al menos uno de los términos utilizados. También se ha utilizado el asterisco (*) para truncar al final de la raíz de algunas palabras y así poder recuperar todas sus variaciones morfológicas. La combinación de palabras siempre se ha realizado en inglés, excepto en la base de datos Dialnet, que se ha realizado en español. Por otro lado, en el caso de la base de datos PubMed para la elaboración de la estrategia de búsqueda se han combinado las palabras clave con los descriptores controlados del tesoro Medical Subject Headings (MeSH).

En la Tabla 8 se describen los descriptores MeSH y las palabras clave utilizadas durante la búsqueda de artículos científicos en la base de datos PubMed. En las Tablas 9 y 10 se detallan las dos estrategias de búsqueda bibliográfica diseñadas según la base de datos consultada.

Tabla 8. Descriptores MeSH y palabras clave

Descriptores MeSH	Palabras clave
"Nurses"[Mesh], "Nursing"[Mesh]	Nurs*/enferm*
Benzodiazepines"[Mesh], "Hypnotics and Sedatives"[Mesh]	benzodiazepine*,hypnotic*/benzodiacepina*, hipnótico*
"Sleep Initiation and Maintenance Disorders"[Mesh]	insomnia/insomnio
"Deprescriptions"[Mesh]	Deprescr*, reduc*

Fuente: Elaboración propia

Tabla 9. Estrategia de búsqueda bibliográfica 1

Bases de datos	Estrategia de búsqueda	Años	Estudios tras aplicar filtros y criterios	Estudios por título y resumen	Estudios incluidos
Pubmed	(nurs* OR "Nurses"[Mesh] OR "Nursing"[Mesh]) AND (benzodiazepine* OR hypnotic* OR "Benzodiazepines"[Mesh] OR "Hypnotics and Sedatives"[Mesh]) AND (insomnia OR "Sleep Initiation and Maintenance Disorders"[Mesh])	140	59	33	2
Scopus	(nurs*) AND (benzodiazepine* OR hypnotic*) AND (insomnia)	127	111	14	3
Dialnet	(enferm*) AND (benzodiacepina* OR hipnótico*) AND (insomnio)	16	14	3	0

Fuente: Elaboración propia

Tabla 10. Estrategia de búsqueda bibliográfica 2

Bases de datos	Estrategia de búsqueda	Años	Estudios tras aplicar filtros y criterios	Estudios por título y resumen	Estudios incluidos
Pubmed	("Nurses"[Mesh] OR nurs*) AND ("Benzodiazepines"[Mesh]	582	234	16	0

	OR "Hypnotics and Sedatives"[Mesh] OR benzodiazepine* OR hypnotic*) AND ("Deprescriptions"[Mesh] OR deprescr* OR reduc*)				
Scopus	(nurs*) AND (benzodiazepine* OR hypnotic*) AND (reduc* OR deprescr*)	631	587	37	4
Dialnet	(enferm*) AND (benzodiacepina* OR hipnótico*) AND (reduc* OR deprescr*)	50	38	3	0

Fuente: Elaboración propia

5.2 Criterios de inclusión y exclusión

Durante la búsqueda de artículos en las bases de datos mencionadas anteriormente, se han utilizado los siguientes criterios de elegibilidad:

Criterios de inclusión:

- **Periodo de publicación:** 2015-2025
- **Idioma:** inglés o español
- **Tipo de institución sanitaria:** centro hospitalario, comunitario y/o geriátrico
- **Tipo de estudios:** Ensayo clínico (Fase I, fase II, fase III, fase IV, pragmático, controlado y adaptativo), estudio comparativo, estudio observacional, estudio multicéntrico, metaanálisis, revisión (de alcance o sistemática), ensayo controlado aleatorizado, tesis y estudio clínico
- **Tipo de población de estudio:**
 - Personas mayores de 18 años con diagnóstico de insomnio y/o uso de medicamentos sedantes-hipnóticos, preferiblemente benzodiacepinas, para dormir.
 - Personal de enfermería que realicen su actividad asistencial con pacientes preferiblemente con insomnio
- **Disponibilidad del texto:** Texto completo
- **Temática:** Artículos que analicen alguno de los siguientes aspectos:

- El rol de la enfermera relacionado con intervenciones no farmacológicas en el apoyo a la deprescripción o disminución del consumo de benzodiacepinas.
- Los comportamientos o actitudes, incluyendo barreras y facilitadores, en el apoyo a la deprescripción o disminución del consumo de benzodiacepinas.
- Estudios que traten sobre intervenciones no farmacológicas de enfermería para tratar el insomnio.

Criterios de exclusión:

- Estudios con intervenciones dirigidas por profesional médico
- Artículos no disponibles en texto completo
- Estudios realizados en población menor de 18 años
- Estudios en los que el insomnio no sea la patología principal o el medicamento utilizado no sea una benzodiacepina o hipnótico sedante
- Estudios centrados exclusivamente en intervenciones farmacológicas
- Cartas al director, libros, editoriales, opiniones de expertos, notas, capítulos de libros y comunicaciones a congresos.

5.3 Selección de artículos

La selección de estudios se ha llevado a cabo siguiendo las directrices de la declaración PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses). De acuerdo con sus recomendaciones, la selección de estudios se ha estructurado en cuatro etapas: identificación (estrategia de búsqueda inicial), cribado (eliminación de duplicados y lectura de título y resumen), elegibilidad (lectura del artículo completo) e inclusión (selección final de los artículos). Más adelante, la Figura 1 muestra el diagrama de flujo del proceso de selección completo. Por otro lado, en el apartado de anexos 3 se muestran la Figura 2 y la Figura 3 con los diagramas de flujo del proceso de selección de estudios de cada estrategia de búsqueda planteada.

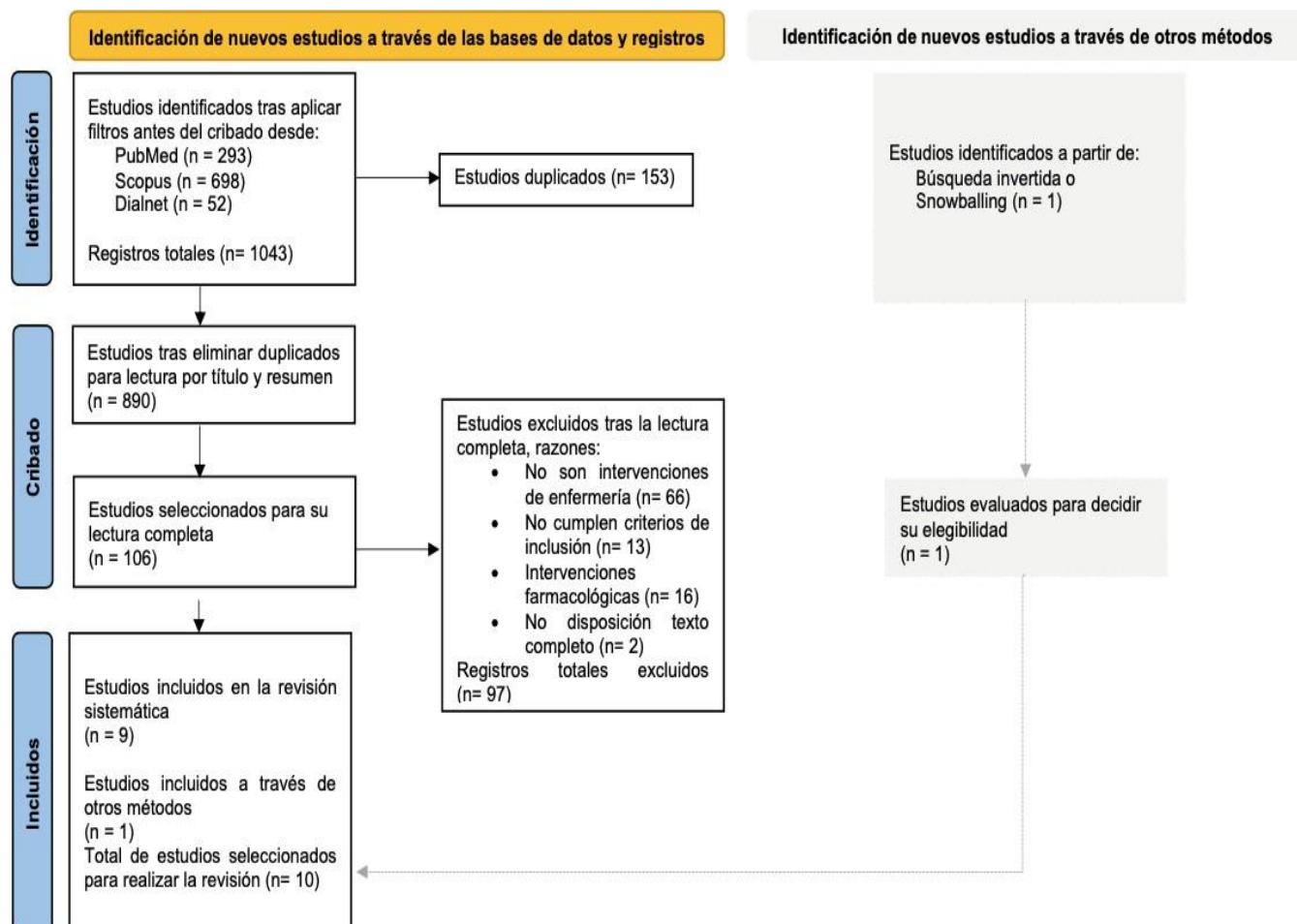
Se han realizado dos estrategias de búsqueda donde se han obtenido un total de 1546 artículos publicados entre 2015 y 2025. Se han descartado 503 artículos por no cumplir los filtros y límites de búsqueda empleados. Los 1043 artículos restantes se han añadido al gestor de referencias Mendeley, donde se han identificado y eliminado 153 artículos duplicados. Se ha procedido a la lectura de los 890 artículos restantes por título y resumen. Aquellos artículos que han producido dudas al revisarlos por título y resumen se han incluido para su lectura completa. Tras este cribado, 106 artículos han sido seleccionados para su lectura completa. De estos, 97 han sido excluidos por no cumplir los criterios de inclusión, principalmente por ausencia de participación de profesionales de enfermería, por no responder a la temática del

análisis, por no disponerse del texto completo o por no abordar específicamente el insomnio o el uso de benzodiacepinas desde una perspectiva no farmacológica. Finalmente, 9 artículos han sido incluidos para dar respuesta a los objetivos del presente trabajo.

Se han realizado dos estrategias de búsqueda de artículos combinando diferentes palabras clave con el objetivo de identificar estudios que proporcionen la máxima respuesta a los objetivos planteados para este trabajo. Mientras que la primera estrategia de búsqueda (n=5) se ha planteado con el propósito de identificar estudios que investiguen el impacto de las intervenciones no farmacológicas de enfermería sobre la reducción del uso de benzodiacepinas y el abordaje del insomnio, la segunda estrategia de búsqueda (n=4) se ha planteado con el propósito de identificar artículos que aborden el apoyo de los profesionales de enfermería en la reducción de estos medicamentos hipnóticos.

Por otro lado, mediante la revisión de las referencias bibliográficas de los artículos hallados (búsqueda inversa o snowballing), se ha identificado 1 artículo que cumple los criterios de inclusión y que no ha sido recuperado en ninguna de las dos estrategias de búsqueda anteriores. Finalmente, un total de 10 artículos han sido incluidos para realizar el trabajo.

Figura 1. Diagrama de flujo PRISMA selección de artículos



5.4 Evaluación de la calidad metodológica

La evaluación de la calidad metodológica de la muestra final seleccionada (n=10) para hacer esta revisión sistematizada se ha realizado mediante la herramienta de lectura crítica de la evidencia clínica CASPe (Critical Appraisal Skills Programme Español) (43). Esta herramienta tiene plantillas específicas para cada tipo de estudio. Se han utilizado tres plantillas diferentes: la plantilla para ensayos clínicos aleatorizados (11 preguntas) utilizada en los 6 ECA, la plantilla para estudios cualitativos (10 preguntas) utilizada en el estudio cualitativo y la plantilla para revisiones sistemáticas (10 preguntas) utilizada en el único estudio de revisión incluido.

Por otro lado, se ha utilizado la herramienta de evaluación crítica de Joanna Briggs Institute (JBI) para evaluar la calidad metodológica de los 2 estudios descriptivos transversales (8 preguntas) (44).

Se ha establecido como criterio de calidad mínimo para la inclusión de un estudio la obtención de una puntuación total igual o superior a 8 sobre el total de preguntas de la plantilla correspondiente a la herramienta CASPe y una puntuación total igual o superior a 7 sobre el total de preguntas de la plantilla correspondiente a la herramienta JBI. El 100% de los artículos incluidos han superado esta puntuación mínima de calidad establecida. Las Tablas 11, 12, 13 y 14 del apartado de anexos 4 recogen el análisis detallado de cada artículo según la plantilla CASPe o JBI utilizada.

6. RESULTADOS

Con el fin de dar respuesta a los objetivos de la presente revisión sistematizada, los resultados de los artículos incluidos se han organizado en cuatro categorías temáticas:

- Eficacia de las intervenciones no farmacológicas sobre el insomnio
- Impacto de las estrategias no farmacológicas sobre la interrupción del uso de sedantes-hipnóticos
- Barreras identificadas por enfermeras para ofrecer apoyo en la desprescripción de BZD
- Facilitadores identificados por enfermeras para ofrecer apoyo en la desprescripción de BZD

6.1 Características generales de los estudios incluidos

De los 10 estudios incluidos en la presente revisión, 1 corresponde a una revisión sistemática, 2 son estudios descriptivos transversales, 6 son ensayos clínicos aleatorizados (ECA) y 1 es un estudio cualitativo. Se han buscado artículos publicados en los últimos 10 años, en concreto entre 2015 y 2025. Finalmente, la muestra total de los estudios incluidos se sitúa entre los años 2017 y 2025. La mayoría de los estudios se han realizado en países europeos, a excepción de 2 artículos procedentes de países de Norteamérica y 1 artículo realizado en un país asiático.

De los 6 ECA, todos comparten el criterio de inclusión de participantes con diagnóstico de insomnio. El tamaño de la muestra varía entre 42 y 565 participantes y la duración de la intervención oscila entre 4 semanas y 6 meses. Las edades de los participantes se sitúan entre los 18 y los 80 años, con predominio de mujeres y una edad media superior a los 69 años. Los métodos más utilizados para evaluar los resultados objetivos y subjetivos del sueño son los diarios del sueño y los indicadores ISI, WASO, SOL, ES y TST. Tres de los 6 ECA incluyen participantes en tratamiento crónico con fármacos sedantes-hipnóticos y analizan la efectividad de la intervención sobre la reducción de su consumo. Por otro lado, cuatro de los ECA están dirigidos por profesionales de enfermería, mientras que los dos restantes no especifican el perfil profesional del personal sanitario responsable de la intervención no farmacológica. Este hecho evidencia el vacío de reconocimiento del rol enfermero que motiva el presente trabajo.

La revisión sistemática incluida en este trabajo incluye 10 artículos que analizan mayoritariamente las barreras y los facilitadores para la desprescripción de BZRA en personas adultas mayores, desde la perspectiva de médicos, enfermeras/os, cuidadores y residentes. El estudio incluye y analiza a un total de 281 participantes de los cuales 33 son enfermeros/as.

Los 3 estudios cualitativos incluyen una muestra total de 692 participantes, de los cuales 424 son enfermeras/os. Estos estudios exploran las percepciones, actitudes y experiencias de los profesionales de enfermería en relación con el manejo del insomnio y el apoyo a la deprescripción de benzodiacepinas.

En la Tabla 15, se muestra un resumen de los 10 artículos seleccionados para llevar a cabo esta revisión sistemática.

Tabla 15. Resumen artículos seleccionados

Título	Autor/es y año	Tipo de estudio y muestra	Objetivos	Resultados principales
Effects of cognitive-behavioral therapy for insomnia during sedative-hypnotics withdrawal on sleep and cognition in older adults (45)	Barboux et al. (2025)	Ensayo controlado aleatorizado (ECA) N= 49 (GI: n= 27; GC: n= 22) Adultos ≥ 60 años con insomnio y consumo crónico de BZD o BZRA	Analizar el impacto de la TCC para el insomnio sobre la calidad del sueño subjetiva y objetiva y la cognición durante un programa de abstinencia a sedantes-hipnóticos en personas mayores con insomnio	Durabilidad del estudio: 16 semanas. El grupo control (GC) ha recibido una actuación educativa mediante folletos que informan sobre los riesgos de usar BZD/BZRA, como reducir su uso y educación en higiene del sueño (seguimiento telefónico cada 2 semanas). El grupo intervención (GI) ha recibido técnicas de TCC-i (8 sesiones grupales de 90 minutos). Ambos grupos han reducido la dosis de hipnótico y la gravedad del insomnio ($p<0.001$). El GI muestra una mejor calidad subjetiva del sueño (aumento PSQI y SE autoinformada) en comparación con el GC (aumento WASO y disminución TST). La polisomnografía (medida objetiva) no muestra cambios en ES en ambos grupos. No hay insomnio de rebote, ni empeoramiento del insomnio tras la interrupción del fármaco en ambos grupos.
Patient Self-Guided Interventions to Reduce Sedative Use and Improve Sleep: The YAWNS NB Randomized Clinical Trial (46)	Gardner et al. (2024)	Ensayo controlado aleatorizado (ECA) N = 580 (GI1 : n = 195 ; GI2 : n = 193 ; GC : n = 192)	Comparar si dos intervenciones de cambio de comportamiento dirigidas al paciente en comparación con ningún tratamiento son efectivas para reducir el uso de BZRA, mejorar el	El estudio tiene una durabilidad de 6 meses y la muestra se divide en 2 grupos intervención (GI1 y GI2) y 1 grupo control (GC). El GI1 recibe folletos con ilustraciones sobre los riesgos de usar hipnóticos, una guía individual de reducción y un cronograma de TCC-i. El GI2 recibe folletos sobre los riesgos de usar hipnóticos, un programa fijo para reducir su uso y 6 consejos para dormir sin fármacos. El GC recibe el tratamiento habitual. A los 6 meses, el 26,2% del GI1, el 20,3% del GI2 y el 7,5% del GC deja de usar BZRA ($p<0.001$). El 20,4% del GI1, el 14,4% del GI2 y 12,8% del GC reduce la dosis. La gravedad del sueño (ISI) mejora en el GI1 y el GI2,

		Adultos $\geq$ 65 años consumidores crónicos de BZRA para el insomnio	sueño y otros indicadores de salud y aumentar la consolidación de técnicas de TCC-I	mientras que las medidas del sueño (SOL, WASO, TST y ES) mejoran significativamente más en el GI1.
Barriers to and Enablers of Supporting Deprescribing Benzodiazepines in Older Adults: A Survey of European Nonphysician Healthcare Professionals (47)	Shapoval et al. (2025)	Estudio descriptivo transversal (encuesta) N = 258 (n enfermeros = 163) Profesionales sanitarios no médicos que atienden a personas de 65 años o más	Identificar los obstáculos y facilitadores que enfrentan los profesionales sanitarios no médicos, como enfermeros, farmacéuticos y psicólogos al ofrecer apoyo en el proceso de deprescripción de BZRA	Los enfermeros encuestados pertenecen a los siguientes países: Bélgica, Grecia, Noruega, Polonia, España y Suiza. Todos ellos identifican las siguientes barreras para apoyar la reducción del consumo de BZRA: ausencia de tiempo para ofrecer educación al paciente, escasez de personal para llevar a cabo la intervención, no es una prioridad en el sistema de salud de su país y no es un objetivo de atención porque existen otros problemas de salud más importantes. Además, identifican los siguientes facilitadores: conocer los riesgos del consumo de BZRA y la existencia de otros enfoques alternativos para abordar el insomnio en pacientes mayores. España es el país con más facilitadores para apoyar la interrupción del uso de BZRA.
Barriers and enablers towards benzodiazepine-receptor agonists deprescribing in nursing homes: A qualitative study of	Evrard et al. (2023)	Estudio cualitativo N = 75 (n enfermeras = 18)	Identificar las barreras y los facilitadores para disminuir la prescripción de BZRA en residencias belgas	Los enfermeros identifican las siguientes barreras: sensación de falta de rol autónomo, influencia de la opinión de los familiares, falta de tiempo para realizar la deprescripción y estrategias no farmacológicas, escasez de enfermeras, la deprescripción no es una prioridad y aumenta la carga asistencial, falta de interés por parte de los residentes, sistema automático de dispensación de medicación y falta de

stakeholder groups (48)		Profesionales sanitarios de 6 residencias de ancianos, residentes consumidores crónicos de BZRA y sus familiares.	a partir de la percepción de profesionales sanitarios y otras figuras interesadas e implicadas en la atención de personas mayores.	formación en intervenciones no farmacológicas y apoyo en la deprescripción de BZRA. Asimismo, identifican los siguientes facilitadores: beneficios de la fitoterapia y actividades diurnas sobre el sueño, uso de folletos educativos e informativos, contexto y recursos ambientales (vida en comunidad, horarios estrictos y ruido), efectos adversos derivados del consumo de BZRA (sedación excesiva, confusión, caídas, etc) y trabajo multidisciplinario y habilidades de comunicación entre profesionales sanitarios y residentes
The barriers and facilitators of different stakeholders when deprescribing benzodiazepine receptor agonists in older patients—a systematic review (49)	Rasmussen et al. (2021)	Revisión sistemática N = 10 estudios cualitativos con un total de 323 participantes (n enfermeras = 33)	Analizar las barreras y los facilitadores para la deprescripción de BZRA, según las personas que participan en la toma de decisiones sobre la deprescripción en pacientes mayores.	Las enfermeras identifican las siguientes barreras: ausencia de visión crítica sobre el uso de BZRA, percepción de que las BZRA son un tratamiento eficaz, su uso proporciona confort al paciente, falta de conocimiento o conocimiento inadecuado sobre los efectos secundarios, factores organizativos (escasez de enfermeras, falta de tiempo, mucha carga de trabajo, etc), sensación de desequilibrio de poder entre enfermeras y médicos y sensación de incapacidad para cuestionar criterios o prescripciones médicas. Por otro lado, las enfermeras han identificado los siguientes facilitadores: preocupación síntomas de abstinencia, conocimientos sobre administración de medicación y evaluación respuesta terapéutica, disposición para participar en la deprescripción y educación en higiene del sueño.
Improving insomnia in primary care patients: A randomized controlled trial of	Sandlund et al. (2017)	Ensayo controlado aleatorizado (ECA)	Analizar la efectividad de un programa de tratamiento grupal basado en técnicas de terapia	El grupo intervención (GI) recibe 7 técnicas de TCC-i dirigidas por enfermeras (7 sesiones grupales de 2 horas durante 10 semanas) y el grupo control (GC) recibe el tratamiento habitual (hipnóticos o consejos higiene del sueño). Las enfermeras no tienen experiencia previa en técnicas de TCC-i, participan en una formación de 16 horas. La gravedad del

nurse-led group treatment (50)		N = 165 (GI: n = 90; GC: n = 75) Personas $\geq$ 18 años con insomnio	cognitivo-conductual para el insomnio dirigido por enfermeras	insomnio mejora más en el GI (ISI: 18,41 a 10,74) que en el GC (ISI: 17,01 a 16,55; $p < 0,001$). El GI reduce el consumo de hipnóticos y el GC mantiene el consumo. Los indicadores del sueño (SOL, TST, WASO, SE, despertares nocturnos y calidad del sueño) según los diarios del sueño (medida subjetiva) mejoran significativamente más en el GI. El GI continúa manteniendo la mejoría en ISI y la reducción del uso de hipnóticos tras 1 año.
Effects of nurse-led brief behavioral treatment for insomnia in adults: a randomized controlled trial (51)	Chang et al. (2024)	Ensayo controlado aleatorizado (ECA) N = 42 (GI: n = 21; GC: n = 21) Adultos entre 20 y 65 años con síntomas de insomnio.	Analizar la eficacia del tratamiento conductual breve para el insomnio dirigido por enfermeras en comparación con la higiene del sueño sobre el insomnio en adultos con insomnio	El grupo intervención (GI) recibe una intervención breve para el insomnio (Higiene del sueño (HS), terapia de control de estímulos, terapia de restricción del sueño y técnicas de relajación) dirigida por enfermeras (1 sesión/semana durante 4 semanas) y el grupo control (GC) recibe educación en HS. Mayor mejoría en la gravedad del insomnio según ISI en el GI (16,14 a 6,71) que en el GC (17,52 a 11,00). El GI también experimenta una mayor tasa de remisión (15/21) tras completar el estudio según ISI en comparación con el GC (3/21). Mayor mejoría en los indicadores del sueño subjetivos (WASO, SOL y SE) en el GI.
Effectiveness of Information and Communication Technology–Based Cognitive Behavioral Therapy Using the Smart Sleep App on Insomnia in Older Adults: Randomized Controlled Trial (52)	Kim et al. (2025)	Ensayo controlado aleatorizado (ECA) N = 59 (GI: n = 30; GC: n = 29) Adultos $\geq$ 60 años con	Analizar la efectividad de un programa de TCC-I para el insomnio basado en la aplicación “Smart Sleep” diseñada para mejorar el insomnio en personas mayores	El grupo intervención (GI) recibe TCC-I a través de la aplicación “Smart Sleep” y el grupo control (GC) recibe atención habitual (8 semanas). Únicamente el GI presenta una mayor mejoría sobre la gravedad del insomnio (ISI-K), el Índice de Calidad del Sueño de Pittsburgh (PSQI-K) el Cuestionario de Creencias y Actitudes Disfuncionales sobre el Sueño (K-DBAS) y la eficiencia del sueño (SE). 17 de los 30 participantes del GI han tomado medicamentos para dormir durante la intervención, pero independientemente

		puntuación en la escala de gravedad del insomnio (ISI) $\geq$ 8.		del consumo, todos han mostrado mejoras significativas en todos los indicadores del insomnio tras el programa.
Searching for factors that may reduce the use of benzodiazepines in hospitals – a survey of hospital doctors and nurses (53)	Heinemann y Himmel (2017)	Estudio descriptivo transversal (encuesta) N = 136 (n enfermeras = 73) Médicos y enfermeras de un hospital con consumo elevado de benzodiazepinas en pacientes mayores con insomnio.	Analizar mediante una encuesta a médicos y enfermeras como la percepción y la valoración individual de la relación beneficio-riesgo del consumo de benzodiazepinas influye en su prescripción en pacientes de edad avanzada	Beneficios derivados del uso de benzodiazepinas (BZD) según las enfermeras: sensación de descanso (11%), mayor funcionamiento diurno (8%), aumento del tiempo total de sueño (30%), reducción de los despertares nocturnos (36%), menor tiempo para conciliar el sueño (36%) y menor miedo o agitación (49%). Riesgos derivados del uso de benzodiazepinas (BZD) según las enfermeras: confusión (22%), caídas (22%), síntomas de abstinencia tras la interrupción (19%), dependencia (47%) y tolerancia (25%). Un total de 20 (27%) enfermeros perciben que los riesgos de las BZD superan a los beneficios, mientras que 29 (40%) enfermeros perciben lo opuesto.
Nurse-Supported Self-Directed Cognitive Behavioral	Ulmer et al. (2024)	Ensayo controlado	Analizar la efectividad de una intervención	Durante 8 semanas, el grupo intervención (GI) recibe TCC-I autodirigida con apoyo de enfermería (6 llamadas/semana) y el grupo control (GC) recibe educación en temas de salud que

Therapy for Insomnia: A Randomized Clinical Trial (54)		aleatorizado (ECA) N = 178 (GI: n = 88; GC: n = 90) Personas $\geq$ 18 años con insomnio y uso de hipnóticos	conductual autodirigida y guiada por enfermeras para reducir la gravedad del insomnio y mejorar el sueño	no estén relacionados con el sueño (6 llamadas/semana). Para los que completan el estudio, presentan una mayor disminución en la gravedad del insomnio (ISI), mayor mejora en los resultados objetivos y subjetivos del sueño (SOL, WASO y SE) y mayor remisión en el GI (remisión: 21 de 70) en comparación con el GC (remisión: 8 de 83).
---	--	---	--	--

Fuente: Elaboración propia

6.2 Eficacia de las intervenciones no farmacológicas sobre el insomnio

Los seis ensayos controlados aleatorizados (ECA) incluidos describen principalmente tres tipos de estrategias no farmacológicas aplicadas con el propósito de mejorar el insomnio en personas adultas: la educación en higiene del sueño, la divulgación de material educativo y componentes de la terapia cognitivo-conductual para el insomnio (TCC-i) (45,46,50–52,54). De las tres estrategias descritas, la TCC-i ha sido la intervención más investigada por la mayoría de los autores incluidos y la que mejores resultados clínicos en cuanto a la disminución del insomnio ha evidenciado (45,46,50–52,54).

Se han identificado diferentes formatos y modalidades de aplicación de esta técnica: grupal, individual, presencial, telefónica, breves, digitales, autoguiadas con apoyo o lideradas por enfermeras (45,50–52,54). El formato grupal de la TCC-i ha sido aplicado por los autores Sandlund et al. (50) en su estudio a través de 7 sesiones presenciales a lo largo de 10 semanas (50). Chang et al. (51) han utilizado en su ensayo la versión reducida denominada BBTi en formato semipresencial que combina el formato telefónico con la presencialidad durante 4 semanas (51). Ulmer et al. (54) optan por la versión individualizada y autodirigida de la TCC-i durante 8 semanas, mientras que el estudio de Kim et al. (52) investiga la versión online y autoguiada de esta técnica a través de una aplicación móvil (52,54). En general, en todos los ECA descritos anteriormente, la enfermera adquiere un papel relevante en el abordaje del insomnio (50–52,54). Más concretamente, en los estudios descritos por Sandlund et al. (50) y Chang et al. (51), la TCC-i es liderada principalmente por profesionales de enfermería, mientras que, en los estudios de Kim et al. (52) y Ulmer et al. (54), los participantes reciben el acompañamiento de estos profesionales (50–52).

En relación con los componentes de TCC-i aplicados, estos son consistentes en todos los estudios revisados: restricción del sueño, diarios del sueño, control de estímulos, técnicas de relajación, intención paradójica y recomendaciones en higiene del sueño (45,50,51,53,54). Se identifican variaciones del contenido terapéutico en el estudio de Ulmer et al. (54) donde se integra consultas en tiempo real con el personal de enfermería y la visualización de material audiovisual relacionado con el sueño (54). De la misma forma, la higiene del sueño (HS) también es evaluada de forma aislada como tratamiento del grupo control en los ensayos de los autores Chang et al. (51) y Sandlund et al. (50), pero se trata de una intervención que de forma aislada no se asocia con una mejoría estadísticamente significativa en los parámetros objetivos y subjetivos (SOL, WASO, SE y TST) del sueño, ni tampoco evidencia una reducción significativamente mayor en los niveles de insomnio clínico según las puntuaciones de la escala de valoración de la gravedad del insomnio (ISI) (50,51). En el

estudio de Chang et al. (51), las enfermeras proporcionan un cuadernillo con recomendaciones en higiene del sueño a los participantes del grupo control. Sin embargo, tras 4 semanas de intervención, la puntuación del ISI no muestra reducción significativa en los síntomas del insomnio (17,52 a 11,00) y únicamente un 14,28% de los participantes (3 de 21) logran alcanzar la remisión del insomnio (51). Por otro lado, los autores Sandlund et al. (50) en su ensayo comparan un programa grupal de TCC-i liderado por enfermeras con el tratamiento habitual con hipnóticos y recomendaciones en higiene del sueño (50). No obstante, este último grupo difícilmente experimenta cambios importantes en las puntuaciones ISI tras 10 semanas de programa (17,01 a 16,55) (50). Del mismo modo, Ulmer et al. (54) investiga un programa en educación para la salud con contenido de hábitos saludables que no está específicamente relacionado con el sueño con el objetivo de identificar el impacto en el sueño al mejorar otros aspectos en el ámbito de la salud (54). Se evidencia una menor reducción del ISI (16,1 a 14,1) y menor remisión (6,64%) en comparación con el grupo que recibe TCC-i enfocada en aspectos relacionados con el insomnio y con apoyo de enfermería (54).

Por otro lado, pese a la diversidad descrita anteriormente en cuanto al enfoque utilizado para realizar la TCC-i, se ha observado una similitud de los resultados clínicos obtenidos en todos los estudios analizados tras la aplicación de esta técnica (45,50–52,54). La gravedad del insomnio y la eficiencia del sueño ha mejorado en el conjunto de estudios analizados tras completar los diferentes programas y versiones adaptadas de TCC-i (45,50–52,54). En el estudio de Sandlund et al. (50), la puntuación del ISI en el grupo TCC-i se ha reducido de 18,41 a 10,74 al completar la intervención (frente a la reducción del ISI de 17,01 a 16,55 en el grupo control) (50). Otros aspectos relacionados con latencia de inicio del sueño, tiempo total de sueño, tiempo de vigilia tras el inicio del sueño, eficiencia del sueño, despertares nocturnos y la calidad del sueño también han mostrado ser significativamente superiores que en los pacientes del grupo control (50). Además, estas mejoras se han mantenido en el tiempo y se evidencian en el seguimiento después de un año tras completar la intervención (50). Chang et al. (51), obtiene resultados similares en su estudio, con un descenso del ISI de 16,14 a 6,71 y una remisión del 71,43% (15 de 21) en el grupo BBTI tras 4 semanas de intervención (51). Kim et al. (52) registran la disminución del ISI más significativa y pronunciada de todos los estudios analizados, con una reducción de 14,47 a 4,57 y con un tamaño del efecto (d de Cohen de 1.88) grande tras 8 semanas de intervención (52). Ulmer et al. (54), registra una mejora del ISI de 5,7 puntos (16,1 a 10,4) a las 8 semanas de intervención, junto con mejoras significativas en la eficiencia del sueño (65,4% a 79%), el tiempo despierto después del inicio del sueño (58,8 a 33,5) y la latencia de inicio del sueño (49,4 a 26,5) (54). Por último, el ensayo de Barbaux et al. (45) evidencia que la combinación

de TCC-i con un programa de retirada de hipnóticos basada en folletos educativos sobre el sueño y el riesgo asociado al uso de hipnóticos, aumentan de forma significativamente superior el tiempo total de sueño y la eficiencia del sueño en comparación con el grupo que solo recibe el programa de abstinencia (45).

Finalmente, en relación con la formación en TCC-i, las enfermeras carecen de experiencia previa en administración de esta técnica y pese a ello, todos los estudios analizados han obtenido resultados significativos en los indicadores subjetivos y objetivos del sueño tras formaciones breves (50,51,54). La formación realizada a los profesionales evidenciada en los resultados varía según el ensayo examinado: un curso de 16 horas de formación en TCC-i y valoración del sueño (50); una formación integral en contenido teórico y práctico de 12 horas de duración (51) y una capacitación a través de 5 módulos de CBTI en línea (54).

6.3 Impacto de las estrategias no farmacológicas sobre la interrupción del uso de sedantes-hipnóticos

Tres de los ensayos controlados aleatorizados incluidos, aportan evidencia sobre la eficacia de las intervenciones no farmacológicas sobre la reducción del consumo de hipnóticos (45,46,50). Se investiga el impacto de tres intervenciones diferentes sobre el consumo de fármacos para dormir: la terapia cognitivo-conductual (TCC-i) grupal administrada por enfermeras, una intervención educativa basada en el envío de folletos informativos relacionados con el sueño por correo electrónico y un programa de abstinencia a los hipnóticos aplicado solo o en combinación con TCC-i (45,46,50). Las tres intervenciones han logrado reducciones estadísticamente significativas ($p < 0,001$) del consumo de hipnóticos, aunque se evidencia una mayor eficacia cuando las intervenciones reciben el apoyo directo de profesionales sanitarios como el personal de enfermería (50).

Autores como Sandlund et al. (50) comparan el tratamiento con hipnóticos y recomendaciones en higiene del sueño (grupo control) frente a un tratamiento grupal en TCC-i dirigido por enfermeras (grupo intervención) (50). Tras el estudio, la frecuencia de uso de fármacos hipnóticos en el grupo liderado por profesionales de enfermería se ha reducido del 53,66% al 28,04% en comparación con el grupo control que ha experimentado un leve aumento del consumo de fármacos del 46,48% al 52,11% ($p < 0,001$) (50).

Gardner et al. (46) investiga el impacto de dos intervenciones educativas (YAWNS-1 y YAWNS-2) sobre la reducción del uso de fármacos en comparación con el grupo control que recibe el tratamiento habitual (46). La intervención educativa YAWNS-1 incluye la repartición de 2 folletos titulados "*Cómo dejar de tomar pastillas para dormir*" y "*Cómo recuperar el sueño*", mientras que la intervención educativa YAWNS-2 incluye dos folletos educativos denominados "*Usted podría estar en riesgo*" y "*Cómo dormir bien por la noche sin*

medicamentos” (46). Al inicio del estudio, el 93,1% (526) de los participantes utilizaban al menos un fármaco hipnótico para dormir, siendo el Lorazepam el tipo de benzodiacepina más consumida por el 13.3% de los participantes (70 de 526) (46). A los 6 meses de finalizar el estudio, los participantes del grupo YAWNS-1 han presentado la mayor tasa de reducción de la dosis del consumo $\geq 25\%$ (20.41%) y de interrupción (26,2%), en comparación con los participantes del grupo YAWNS-2 (reducción $\geq 25\%$: 14,44%; interrupción: 20,3%) y grupo control (reducción $\geq 25\%$: 12,83%; interrupción: 7,48%) (46).

Por último, Barbaux et al. (45), compara un programa de abstinencia a las benzodiacepinas basado en el uso de folletos educativos que informaban sobre los riesgos asociados al consumo prolongado de medicamentos y consejos en higiene del sueño, aislado (WPo) o combinado con TCC-i (WP + CBTi) durante 16 semanas y supervisado por personal sanitario (45). Los resultados han sido positivos en ambos grupos: la dosis autoinformada de benzodiacepina se ha reducido significativamente tanto en el grupo WPo ($4,6 \pm 3,4$ mg/semana; $p < .001$) como en el grupo WP + CBTi ($5,6 \pm 5,8$ mg/semana; $p < .001$), sin hallarse diferencias estadísticamente significativas en relación con la dosis de consumo reducida o la abstinencia completa entre ambos grupos (45).

6.4. Barreras identificadas por enfermeras para ofrecer apoyo en la deprescripción de BZD

Un total de cuatro estudios basados en encuestas presenciales o en línea dirigidas a profesionales sanitarios, muestran las barreras identificadas por los profesionales de enfermería en relación con el apoyo a la deprescripción de benzodiacepinas a partir de sus percepciones, experiencias, comportamientos o actitudes (47–49,53).

El apoyo de las enfermeras está condicionado por el contexto ambiental y los recursos asistenciales, los conocimientos y las habilidades profesionales, las prioridades sanitarias, el rol profesional, las creencias y las influencias sociales (47–49,53).

En relación con este concepto estructural al profesional, las barreras más prevalentes en los estudios analizados son la falta de tiempo, la elevada carga asistencial y la carencia de personal sanitario (47–49). Según el estudio de Shapoval et al. (47), estas barreras son comunes entre enfermeras de España, Bélgica, Grecia, Noruega, Polonia y Suiza (52). Los estudios evidencian altos ratios de paciente por enfermera, especialmente en entornos residenciales y en los turnos de noche (48). En los estudios de Evrard et al. (48) donde se mencionan a 3 profesionales sanitarios para 138 residentes (48). Según las enfermeras esta presión asistencial obliga a priorizar enfoques farmacológicos, evidenciando la imposibilidad de implementación de estrategias no farmacológicas que faciliten los procesos de abandono del uso de benzodiacepinas por miedo al aumento de las demandas nocturnas (48). En el

artículo se recogen frases de profesionales de enfermería como *"Porque necesitamos que duerman. Cuando tienes 138 [NHR] que no duermen... el botón, como yo lo llamo [el timbre de llamada], suena constantemente cuando no duermen"* o *"Para nosotros, por la noche, es aún peor. Tres [cuidadores] para 138 [NHR]"*, descritas por las enfermeras entrevistadas (48). Asimismo, la falta de objetivos claros en relación con la deshabituación farmacológica y su baja priorización por parte del sistema sanitario dificulta la vinculación y el apoyo por parte de las enfermeras con estas prácticas (47). Otro concepto evidenciado es la falta de reconocimiento por parte de las enfermeras sobre la importancia de la reducción del uso de BZD, ya que muchas de ellas consideran que existen otros problemas de salud que son más prioritarios (47).

En el contexto ambiental, la vida comunitaria tampoco facilita el desarrollo de un buen hábito del sueño por parte de los pacientes ingresados (48). El ruido, los horarios estrictos y la propia organización del servicio asistencial dificultan el descanso y condicionan el uso de medicamentos como estrategia más rápida y eficaz en este sentido (48).

Las barreras relacionadas con la autopercepción del rol profesional también generan un gran impacto sobre el personal de enfermería (48,49). Estas sienten que no pueden tomar decisiones de manera autónoma, sino que su actuación depende completamente de las decisiones tomadas por los médicos (48). Su rol se limita en realizar aquellas intervenciones delegadas por los profesionales de medicina, sin participar de forma activa en la gestión de la medicación (48,49). Más concretamente, describen su rol como enfocado exclusivamente en realizar tareas, observar al paciente e informar al médico: *"Dependemos de la receta del médico"* explicaba la enfermera jefa (48). A este desequilibrio de poder percibido, se le suma la falta de formación en procesos de apoyo a la disminución del uso de hipnóticos e implementación de enfoques no farmacológicos (48,49).

En relación con las influencias sobre la interrupción o disminución del consumo de benzodiacepinas, la percepción de los pacientes también supone una barrera importante en el apoyo a la deshabituación de benzodiacepinas por parte de las enfermeras (47). Las enfermeras describen que muchos pacientes se muestran reticentes a dejar de tomar su medicación, sobre todo cuando el consumo se ha prolongado en el tiempo (47). Asimismo, los familiares también desempeñan un papel influyente en relación con este concepto, ya que las enfermeras describen que en algunas situaciones son las propias familias las que presionan y solicitan la prescripción de fármacos para dormir cuando perciben que su familiar no ha descansado bien (48). En el contexto geriátrico, esta influencia se traduce en demandas explícitas a los profesionales de enfermería: *"Dígale al médico que venga, mi madre no duerme, tal vez pueda recetarle algo para ayudarla a conciliar el sueño"*, informaba una

enfermera sobre una conversación con un familiar según el estudio de Evrard et al. (48). Estas actitudes condicionan a las enfermeras y dificultan la implementación de cambios que apoyen la disminución del consumo de fármacos (52,53).

En contraste con esta influencia percibida por las enfermeras que actúa como barrera, Evrard et al. (48) describen que, según lo explicado por algunos pacientes, son las enfermeras las que anticipan una resistencia por parte de los pacientes que en muchas situaciones no corresponden con la realidad (48). De hecho, estos autores en su estudio explican como los pacientes se muestran dispuestos a intentar disminuir el uso de hipnóticos si se les realiza educación sanitaria sobre los riesgos del uso de hipnóticos, pero perciben esta actuación como imposible por la falta de tiempo y oportunidad para hacer preguntas sobre sus medicamentos: *“Cuando pides algo, ellos [el personal de enfermería] ya se han ido”*, explicaba un residente (48).

Finalmente, las creencias sobre el uso y la actuación de los pacientes acerca de las benzodiacepinas también condicionan las actitudes de los profesionales de enfermería entorno a la limitación del uso de fármacos (51,54). El 49% de las enfermeras perciben la reducción del miedo o la agitación como beneficios derivados del uso de benzodiacepinas como suficientes para justificar su uso, lo que supone una barrera en el apoyo a la deshabituación farmacológica (49,53). Asimismo, la percepción de comodidad, confort y eficacia, junto con un conocimiento limitado sobre sus efectos secundarios, constituyen una barrera importante para su retirada (49).

6.5 Facilitadores identificados por enfermeras para ofrecer apoyo en la deprescripción de BZD

Los factores facilitadores identificados por las enfermeras son inferiores en comparación con las barreras detectadas en relación con su apoyo en la disminución del consumo de benzodiacepinas (47–49). Estos factores facilitadores se relacionan con la importancia de la educación sanitaria y la promoción de salud, la comunicación, los procedimientos de trabajo y el conocimiento de los efectos del tratamiento farmacológico (47–49,53).

Según los resultados del estudio de Evrard et al. (48) un profesional de enfermería relata: *“La comunicación en general es lo único que ayuda mucho”* (48). La comunicación terapéutica es el principal facilitador identificado y mayor valorado por las enfermeras, ya sea dirigida al paciente o entre profesionales sanitarios (48). Las enfermeras consideran que la interrupción del consumo de benzodiacepinas continuará siendo limitada, mientras los pacientes estén convencidos de que su uso les aporta un beneficio sobre el sueño (48). En este sentido, la divulgación de material informativo que trate los riesgos asociados al uso de medicamentos para dormir como son las benzodiacepinas resulta beneficioso, ya que favorecen la

interrupción del uso de fármacos para dormir: *“Tenemos un folleto informativo y lo repartimos entre los residentes. Les explicamos las desventajas y consecuencias del uso de psicofármacos. Y sí, algunas personas lo han entendido porque aquí hemos obtenido buenos resultados al dejar de tomar medicamentos para dormir”* explica una enfermera.

Por otro lado, la capacidad profesional de las enfermeras para detectar los riesgos derivados del consumo de medicamentos para dormir como la confusión, el exceso de tranquilidad o inhibición y la aparición de caídas también supone un beneficio a favor de su apoyo a la disminución del consumo, hecho especialmente significativo en personas con edad avanzada (49,53). Finalmente, las enfermeras consideran que su inclusión con un rol activo en el tratamiento farmacológico del paciente y el seguimiento de la respuesta terapéutica actúa como un factor facilitador que genera un aumento del apoyo de los profesionales entorno a la disminución de fármacos (49).

7. DISCUSIÓN

Este trabajo se plantea con el propósito de dar visibilidad al rol fundamental ejercido por los profesionales de enfermería en el abordaje de la hiperprescripción y sobreutilización de las benzodiacepinas en pacientes con diagnóstico de insomnio.

El análisis de los artículos incluidos en esta revisión sistematizada pone en manifiesto la existencia de un uso elevado del consumo de estos medicamentos hipnóticos en el abordaje del insomnio, a pesar de que, en ninguna de las guías de práctica clínica europeas y norteamericanas de referencia, como la guía propuesta por la American Academy of Sleep Medicine o la propuesta por la European Sleep Research Society, aparecen como tratamiento de primera línea (55,56). En su lugar, recomiendan como tratamiento de primera elección la TCC-i (55,56). Asimismo, las recomendaciones propuestas por los criterios STOPP/START y los American Geriatrics Society Beers Criteria apoyan este concepto al señalar la necesidad de evitar el consumo crónico de benzodiacepinas para tratar el insomnio, sobre todo en población de edades avanzadas por su balance beneficio-riesgo desfavorable (36–38). En este sentido, los resultados de este trabajo muestran una discrepancia entre estas recomendaciones y la realidad asistencial (36–38). Este hallazgo es consistente con los publicados por autores externos como Moon et al. (57) donde muestran como de 18.003 pacientes con insomnio, el 89,88% reciben tratamiento farmacológico como tratamiento de primera línea, siendo la benzodiacepina el segundo fármaco hipnótico más prescrito entre el 30% y el 40% de los pacientes (57). Soyka et al. (58) concuerda en que el uso de benzodiacepinas para el insomnio es el enfoque terapéutico más utilizado en Europa y que su duración es mayor a la recomendada por las guías (58). Torrens et al. (59) confirma este razonamiento desde el contexto más cercano (Mallorca) donde el 53,5% de los médicos de familia prescribe habitualmente un hipnótico como tratamiento de primera elección del insomnio, siendo las benzodiacepinas las más recetadas por el 33,4% de los médicos (59). Así mismo, solo el 14,2% utiliza la TCC-i y el 1,9% realiza una derivación al psicólogo (59).

Tanto los resultados de los estudios incluidos como la evidencia externa aportada por autores como Selsick et al (60) y Rossman et al. (61) concuerdan en que la discordancia entre la evidencia científica (uso de la TCC-i como tratamiento de primera elección) y la práctica asistencial (uso elevado y prolongado en el tiempo del enfoque farmacológico como primera opción) es debido a la falta de disponibilidad de profesionales sanitarios capacitados en realizar el tratamiento de primera línea para el insomnio: la TCC-i (60,61). No obstante, los hallazgos identificados tras la revisión de los ensayos clínicos aleatorizados incluidos sitúan a los profesionales de enfermería como figuras líderes del cambio del enfoque terapéutico

actual, capaces de dirigir de forma autónoma intervenciones no farmacológicas y que, además, resultan ser eficientes para reducir la gravedad del insomnio y el uso de benzodiacepinas, tales como la TCC-i y la educación sanitaria sobre los riesgos derivados del consumo de sedantes-hipnóticos en combinación con la educación en higiene del sueño (45,46,50–52,54). Estos hallazgos concuerdan con la literatura externa proporcionada por autores como Park et al. (62), Kyle et al. (63) y Siebmans et al. (64). En el estudio de Kyle et al. (63) el grupo intervención que recibe cuatro sesiones de un componente principal de la TCC-i, la terapia de restricción del sueño, administrada por 40 enfermeras más un folleto con recomendaciones en higiene del sueño informan una menor gravedad del insomnio tras 6 meses de estudio (63). Del mismo modo, Siebmans et al. (64) en su estudio experimental demuestra que la TCC-I dirigida por enfermeras en pacientes con insomnio, produce mejorías en los resultados de la gravedad del insomnio y que estas perduran en el tiempo (64). Finalmente, los autores Park et al. (62) en su estudio han observado una disminución significativa de la necesidad de hipnóticos en pacientes con insomnio que han recibido 5 sesiones de TCC-i con apoyo de enfermería en comparación con el grupo control (62) .

En este sentido, aunque inicialmente la TCC-i fue diseñada para ser aplicada por profesionales de psicología, tanto los artículos incluidos como los aportados a partir de la evidencia externa han demostrado que la implicación de profesionales de enfermería ofrece resultados igual de eficientes que cuando es aplicada por psicólogos y es por este mismo razonamiento que las directrices europeas actuales apuntan hacia una solución concreta: formar a las enfermeras en TCC-i para aumentar el acceso de pacientes al tratamiento de primera elección del insomnio (56).

Además, la capacidad de estos profesionales para liderar de forma autónoma estas intervenciones, no se establece como una práctica reciente específica del ámbito del insomnio, sino que los profesionales de enfermería desde hace tiempo dirigen intervenciones cada vez más amplias y con autonomía integradas dentro de su marco competencial profesional, como, por ejemplo, las intervenciones enfocadas en el control de los niveles de glucosa en sangre en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DM2) (65). Autores externos como Subramanian et al. (65) en su estudio experimental evidencian como las intervenciones enfermeras han logrado recuperar el autocuidado, así como reducir la glicemia en ayunas y postprandial en pacientes con DM2 en comparación con aquellos que han recibido el tratamiento rutinario (65). Por lo tanto, si las enfermeras han logrado transformar el manejo terapéutico de enfermedades tan complejas como la DM2, no se identifica ningún razonamiento que justifique la no inclusión de estos profesionales en el cuidado del paciente

insomne consumidor de benzodiacepinas, sobre todo cuando los resultados de este trabajo y la evidencia externa confirman la capacidad de las enfermeras en dirigir intervenciones no farmacológicas como la TCC-i que resultan ser efectivas en la reducción de los síntomas del insomnio y el aumento de la deshabitación farmacológica al aumentar la concienciación y el autocuidado de los pacientes (39,45,46,50–52,54).

De todas formas, no es suficiente con concluir que la solución a la limitación del uso de la TCC-i derivada de la ausencia de profesionales psicólogos formados, se reduce simplemente en transferir esta responsabilidad a los profesionales de enfermería, sobre todo cuando los mismos estudios incluidos en este trabajo evidencian que las enfermeras se enfrentan a un abanico de barreras individuales, contextuales, estructurales, asistenciales, ambientales y organizativas que dificultan y condicionan su capacidad para asumir nuevas funciones que requieran principalmente de tiempo, recursos y formación previa (47–49,53). De hecho, delegar esta intervención a las enfermeras sin abordar previamente estas dificultades empeoraría todavía más la situación, sobre todo si tenemos en cuenta lo que explica la evidencia externa: según el estudio de O'Connell et al. (66), las enfermeras reconocen la importancia del sueño de sus pacientes y respaldan la idea de incorporar la TCC-i en su ámbito de trabajo, ya que consideran que esta intervención forma parte de sus competencias y funciones profesionales (fomentar el autocuidado a través de la educación sanitaria), pero explican que esta disposición se ve condicionada por su flujo de trabajo (66). Las profesionales mencionan que sus visitas rutinarias duran poco tiempo (entre 15 y 20 minutos) y que esta escasez de tiempo ya les supone una gran dificultad para gestionar la patología principal del paciente, por lo tanto, intentar añadir la TCC-i en este tiempo de consulta es inviable y empeoraría la atención del paciente, pero coinciden en que la capacitación, un flujo de trabajo modelo y el apoyo de los profesionales de medicina sería una solución efectiva a todas estas barreras (66).

Del mismo modo, existen otras barreras relacionadas con el propio profesional de enfermería y que también suponen un gran obstáculo en cuanto a su avance para asumir nuevas funciones y roles de forma autónoma: la falta de reconocimiento y la invisibilidad del rol de los profesionales de enfermería dentro del equipo multidisciplinar y la evidencia científica (48,49,67,68). Montañés Muro et al. (68) describen que más allá de las tareas técnicas visibles, las enfermeras realizan intervenciones que no se registran y que no están valoradas institucionalmente denominadas “*el cuidado invisible*” (68). Los autores describen el cuidado invisible como todas aquellas intervenciones que forman parte del cuidado del paciente por parte de enfermería: tocar, escuchar, ofrecer acompañamiento, la presencia, el respeto, etc

(68). Cuidados que requieren de tiempo por parte de las enfermeras y que son muy valorados por los pacientes, pero continúan siendo cuidados invisibles e infravalorados por parte de las instituciones y las organizaciones donde trabajan, lo que contribuye a la invisibilidad de su rol, el *“burnout”* y la desmotivación profesional (68). Del mismo modo, Zaghini et al. (67) describe que la invisibilidad de la atención y las actividades desarrolladas por las profesionales de enfermería en varios entornos de atención conduce al fenómeno denominado *“la atención de enfermería oculta”*, donde sus intervenciones no se reconocen o se atribuyen de forma inadecuada a otros profesionales de salud, lo que reduce la visibilidad de las contribuciones hechas por las enfermeras (67). El estudio de Samper Amargós et al. (69) coincide en que existe una falta de reconocimiento del rol realizado por la enfermera por parte de la sociedad y el propio sistema de salud (70). En relación con todo esto, los autores Kim et al. (70) en su investigación demuestran que el reconocimiento profesional de las enfermeras se asocia de forma estadísticamente significativa a la reducción del *“burnout”* o agotamiento profesional ($p < 0,01$) (70). Además, la colaboración interprofesional que implica el reconocimiento del rol de cada profesional implicado, la responsabilidad compartida, la confianza y el respeto mutuo, también se asocia a menores niveles de agotamiento entre las profesionales de enfermería (70). Los autores destacan que mejorar la situación laboral de las enfermeras favorece a su vez a que las enfermeras puedan mejorar la salud de los pacientes que atienden (70).

Mientras las profesionales de enfermería continúen sobrecargadas profesionalmente e invisibilizadas, difícilmente podrán llevar a cabo nuevas intervenciones como la TCC-i que tengan un impacto significativo en la reducción del insomnio y el consumo de benzodiacepinas en los pacientes que atienden. Para que la figura de la enfermera pueda desarrollarse y hacerse visible en la literatura científica es importante actuar sobre todas estas barreras estructurales, logísticas, contextuales, asistenciales y ambientales que impiden su progreso y reconocimiento profesional. En este sentido, resulta fundamental la participación del sistema sanitario para que asuma su responsabilidad institucional y desarrolle políticas que pongan fin a las diferentes barreras identificadas que dificultan el reconocimiento de este colectivo en la práctica clínica diaria y que al mismo tiempo compromete su disposición en brindar una atención asistencial de calidad. Tal y como aporta la literatura externa de los autores Maier et al. (71), muchos países consideran que ampliar las funciones de las enfermeras mediante la transferencia de responsabilidades propias de los profesionales médicos, puede mejorar el acceso y la calidad de la atención sanitaria (71). Sin embargo, sin una normativa que facilite su adopción, en lugar de ser una solución, puede convertirse en un obstáculo más para la redefinición del rol de la enfermería (71). Sin la introducción de nuevas políticas regulatorias

y financieras, así como una formación avanzada accesible que facilite la implementación de nuevos roles y competencias entre las enfermeras, esta propuesta corre el riesgo de fracasar y empeorar todavía más la situación que hacen frente las enfermeras en la actualidad (71).

8. CONCLUSIONES

A partir del análisis de los diez artículos incluidos en esta revisión sistematizada, se han extraído las siguientes conclusiones que dan respuesta a los objetivos planteados:

- En respuesta al objetivo general del trabajo, se concluye que el profesional de enfermería desempeña un papel fundamental, autónomo y eficiente en el cuidado del paciente insomne consumidor de benzodiazepinas, ya que se posicionan como figuras estratégicas capaces de transformar el modelo de atención actual del insomnio desde el enfoque farmacológico hacia el enfoque integral centrado en el paciente. Este cambio de enfoque terapéutico liderado por enfermería genera un impacto clínico significativo en la reducción del consumo de benzodiazepinas y la gravedad del insomnio, así como produce mejoras en la calidad del sueño del paciente.
- En relación con el primer objetivo específico planteado, se han identificado la TCC-i, las recomendaciones en higiene del sueño, la farmacovigilancia, la promoción de la salud y la educación para la salud como intervenciones no farmacológicas llevadas a cabo por los profesionales de enfermería en el manejo del insomnio, situando la TCC-i como la intervención enfermera más eficaz y con mayor evidencia científica para reducir la gravedad del insomnio.
- Finalmente, en respuesta al último objetivo específico planteado, se ha identificado la comunicación terapéutica, el conocimiento y la importancia del reconocimiento del rol ejercido por las profesionales de enfermería como factores facilitadores para mostrar su apoyo en procesos e intervenciones que fomenten la reducción del consumo de benzodiazepinas. Por otro lado, se ha identificado la escasez de enfermeras, la elevada carga de trabajo, la falta de formación en intervenciones no farmacológicas y el desequilibrio jerárquico entre los médicos y las enfermeras como las barreras más importantes según las enfermeras. Asimismo, este trabajo ha evidenciado que el rol de la enfermera en el abordaje del insomnio y la disminución del consumo de benzodiazepinas continúa siendo poco reconocido e invisible en la literatura científica, hallazgo que al mismo tiempo refuerza las barreras descritas anteriormente. Por lo tanto, la participación de las instituciones sanitarias y la realización de más investigaciones científicas sobre el papel de la enfermera dentro de este ámbito es una condición indispensable para ayudar a fomentar y visibilizar el papel indispensable que ejercen las enfermeras en este ámbito.

9. LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES PARA LA PRÁCTICA, FORMACIÓN O INVESTIGACIÓN FUTURA

Durante la realización de este trabajo, se han identificado varias limitaciones.

En primer lugar, la primera limitación hallada ha sido en relación con el número final de artículos incluidos en la revisión sistematizada. Resulta llamativo que ante un problema tan actual como es la prescripción generalizada de benzodiazepinas para tratar el insomnio, tras realizar dos estrategias de búsqueda bibliográfica y revisar 890 artículos, únicamente se han hallado un total de diez artículos de los cuales solo seis investigan la función realizada por las enfermeras en relación con este problema de salud pública tan relevante. Es más, dos de los seis estudios mencionados no especifican la jerarquía profesional de la persona que ha desarrollado la intervención no farmacológica, sino que se ha asociado a la siguiente palabra clave: profesional sanitario. Aunque los diez artículos incluidos logran dar respuesta a los objetivos planteados, un mayor número de estudios podría haber permitido realizar una comparación de los datos más sólida.

Además, ninguno de los artículos seleccionados que han investigado la efectividad de las intervenciones no farmacológicas lideradas por enfermeras se ha llevado a cabo en España, lo cual también ha supuesto otra limitación considerable, ya que los hábitos del sueño de las personas que viven en España (tendencia a la realización de siestas, más horas con sol, mayor actividad social nocturna, cultura de comer y cenar más tarde, etc.) son diferentes a los de las personas procedentes de otros países, así como la organización del sistema sanitario y las competencias legales de los profesionales de enfermería.

Por último, en relación con la redacción del marco conceptual del trabajo, la antigüedad de la fecha de publicación de la guía de práctica clínica del manejo del insomnio en atención primaria en España (2009), así como su falta de actualización, también ha supuesto una limitación importante durante la redacción de esta parte y para evitar cometer el sesgo de información, se ha comparado la información publicada en esta guía con la información incluida en artículos más recientes que abordan esta temática.

Finalmente, se recomienda la actualización de la guía del manejo del insomnio en España. También se recomienda como línea futura de investigación, el desarrollo de nuevas investigaciones que analicen las estrategias más efectivas lideradas por enfermeras hacia el apoyo a la concepción de un sueño sin medicamentos dentro del contexto español y el desarrollo de nuevos estudios donde se investigue un plan de cuidados para el manejo del insomnio y la reducción del uso de benzodiazepinas desarrollado de manera autónoma por enfermería, reforzando así su rol dentro del equipo multidisciplinar y en la literatura científica.

10. ASPECTOS ÉTICOS

Para la elaboración del trabajo, se han utilizado puntualmente herramientas de inteligencia artificial como medida de apoyo para la revisión ortográfica y la corrección de las referencias bibliográficas. La selección de los diferentes estudios incluidos para la elaboración del marco conceptual y la revisión sistematizada, así como la interpretación de la información ha estado realizada por las dos autoras del trabajo.

11. BIBLIOGRAFÍA

1. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5-TR). 5ª ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2023. p. 409-417.
2. Roncero C, Armenteros L, Bellido-Cambrón C, Bonilla-Guijarro A, Gómez-Cibeira E. Benzodiazepine use in Spain: risks and perspectives on the current situation and proposals for their rational use. Front Pharmacol [Internet]. 2025 [citado 12 de marzo de 2026];16:1547488. Disponible en: <https://doi.org/10.3389/fphar.2025.1547488>
3. de Entrambasaguas M, Romero O, Guevara JAC, de Larrinaga AÁR, Cañellas F, Salud JP, et al. The prevalence of insomnia in Spain: A stepwise addition of ICSD-3 diagnostic criteria and notes. Sleep Epidemiol [Internet]. 2023 [citado 12 de marzo de 2026];3:100053. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2022.100053>
4. Palagini L, Brugnoli R, Dell 'Osso BM, Di Nicola M, Maina G, Martinotti G, et al. Clinical practice guidelines for switching or deprescribing hypnotic medications for chronic insomnia: results of European neuropsychopharmacology and sleep expert's consensus group. Sleep Med [Internet]. 2025 [citado 12 de marzo de 2026];128:117-26. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2025.01.033>
5. Martínez Hernández O, Montalván Martínez O, Betancourt Izquierdo Y. Trastorno de insomnio. Consideraciones actuales. Revista Med Electrón [Internet]. 2019 [citado 12 de marzo de 2026];41(2):483-95. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=10403267>
6. Barbaux L, Perrault AA, Cross NE, Weiner OM, Es-Sounni M, Pomares FB, et al. Effect of chronic benzodiazepine and benzodiazepine receptor agonist use on sleep architecture and brain oscillations in older adults with chronic insomnia. Sleep [Internet]. 2025 [citado 12 de marzo de 2026];48(10):zsaf168. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/sleep/zsaf168>
7. Baza Bueno M, Ruiz de Velasco Artaza E, Fernández Uria J, Gorroñoigoitia Iturbe A. Benzocarta: intervención mínima para la deprescripción de benzodiacepinas en pacientes con insomnio. Gac Sanit [Internet]. 2020 [citado 12 de marzo de 2026];34(6):539-45. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2019.06.012>
8. Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. Informe 2025. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; 2025 [citado 12 de marzo de 2026]. Disponible en:

https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/pdf/2025_OEDA-Informe.pdf

9. Societat Catalana de Qualitat Assistencial. Benzodiazepines i fàrmacs Z per a l'insomni [Internet]. Barcelona: SCQA; 2023 [citado 12 de marzo de 2026]. Disponible en: <https://scqa.cat/benzodiazepines-i-farmacs-z-per-a-linsomni/>
10. Huerta C, Abbing-Karahagopian V, Requena G, Oliva B, Alvarez Y, Gardarsdottir H, et al. Exposure to benzodiazepines (anxiolytics, hypnotics and related drugs) in seven European electronic healthcare databases: a cross-national descriptive study from the PROTECT-EU Project. *Pharmacoepidemiol Drug Saf* [Internet]. 2016 [citado 12 de marzo de 2026];25 Suppl 1:56-65. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/pds.3825>
11. Crimer N, Calvo C. De la escucha al alivio: enfoques prácticos en el manejo del insomnio (parte II). *Evid Act Práct Ambul* [Internet]. 2025 [citado 12 de marzo de 2026];28(1). Disponible en: <https://dx.doi.org/10.51987/evidencia.v28i2.7144>
12. Pedrola Foz R, Horrutiner Cobos MC, Sánchez Vergara SM, Romero Ruiz J, Huguet Gracia N, Mediel Cabeza L. Estrategias no farmacológicas para el tratamiento del insomnio: una revisión enfermera desde atención primaria. *Rev Sanit Investig* [Internet]. 2025 [citado 12 de marzo de 2026];6(6):47. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=10362826Cinfo=resumenCidioma=ES>
[NG](#)
13. Luengo MS, Rey BP, Sanz AS, García DJM, Vessey AS, Los Arcos MM. Abordaje enfermero del insomnio en adultos hospitalizados. *Rev Sanit Investig* [Internet]. 2025 [citado 12 de marzo de 2026];6(9):984. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=10641027Cinfo=resumenCidioma=ES>
[PA](#)
14. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Insomnio en Atención Primaria. Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Insomnio en Atención Primaria [Internet]. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social, Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, Agencia Laín Entralgo; 2009 [citado 12 de marzo de 2026]. Guías de Práctica Clínica en el SNS: UETS N° 2007/5-1. Disponible en: https://ses.org.es/wp-content/uploads/2016/12/gpc_insomnio.pdf

15. Borbély AA, Daan S, Wirz-Justice A, Deboer T. The two-process model of sleep regulation: a reappraisal. *J Sleep Res* [Internet]. 2016 [citado 12 de marzo de 2026];25(2):131-43. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/jsr.12371>
16. Panseits Rojas BK. Calidad del sueño y la neurociencia. *Rev Acad CUNZAC* [Internet]. 2023 [citado 12 de marzo de 2026];6(2):88-95. Disponible en: <https://doi.org/10.46780/cunzac.v6i1.102>
17. López Trigo JA, Álamo González C, Gil Gregorio P, González Gil P, Merino Andreu M, García García P. Guía de buena práctica clínica en geriatría: insomnio. Madrid: Sociedad Española de Geriatría y Gerontología; 2016. 96 p.
18. Saper CB, Fuller PM. Wake–sleep circuitry: an overview. *Curr Opin Neurobiol* [Internet]. 2017 [citado 12 de marzo de 2026];44:186-92. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.conb.2017.03.021>
19. De las Cuevas C. Insomnio: enfoque clínico y terapéutico. *Med Clin (Barc)* [Internet]. 2026 [citado 12 de marzo de 2026];166(1):107326. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2025.107326>
20. Díez González S, García Hernández B, Aladro Castañeda M. Priorizando el tratamiento no farmacológico en el insomnio. *RqR Enferm Comunitaria* [Internet]. 2016 [citado 12 de marzo de 2026];4(2):30-43. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5501375Cinfo=resumenCidioma=ENG>
21. Ameyugo E, Téllez ML, Bajo A, Álvarez-Mon MA. Actualización práctica en el diagnóstico y tratamiento del insomnio. *Medicine Prog Form Med Contin Acreditado* [Internet]. 2025 [citado 12 de marzo de 2026];14(46):2743-55. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.med.2025.11.020>
22. 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 [citado 12 de marzo de 2026];8(3):201-9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.neuarg.2016.03.003>
23. Zitser J, Allen IE, Falgàs N, Le MM, Neylan TC, Kramer JH, et al. Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) responses are modulated by total sleep time and wake after sleep onset in

- healthy older adults. PLoS One [Internet]. 2022 [citado 12 de marzo de 2026];17(6):e0270095. Disponible en: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0270095>
24. Pérez Díaz H, Cañellas Dols F, Alberca Reina E. Cuándo y cómo tratar el insomnio. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2019;54(Supl 1):25-30.
 25. de Andrés Lázaro AM, Gual Tarrada N. Manejo del insomnio en el paciente anciano. Butll Inf Ter [Internet]. 2017 [citado 12 de marzo de 2026];28(1):1-7. Disponible en: https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/2950/BIT_2017_28_01_cas.pdf?sequence=8&isAllowed=y
 26. Goldschen-Ohm MP. Benzodiazepine modulation of GABAA receptors: a mechanistic perspective. Biomolecules [Internet]. 2022 [citado 12 de marzo de 2026];12(12):1784. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/biom12121784>
 27. Domínguez V, Collares M, Ormaechea G, Tamosiunas G. Uso racional de benzodiazepinas: hacia una mejor prescripción. Rev Urug Med Int [Internet]. 2016 [citado 12 de marzo de 2026];1(3):14-24. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2393-67972016000300002
 28. Hurlé MA, Flórez J. Fármacos ansiolíticos y sedantes. Farmacología de los trastornos del sueño. En: Flórez J, Mediavilla Á, Avendaño-Solà C, editores. Farmacología humana. 7a ed. Barcelona: Elsevier; 2025. p. 469-87.
 29. Martínez Peredo M, Soler Sierra AG, Rivas García V, Lozano Castillo I, Mejía Serrano N, Beltrán Lugo MA, et al. Farmacocinética de las benzodiazepinas en pacientes con falla hepática en UCI. Cienc Lati Rev Cient Multidiscip [Internet]. 2024 [citado 12 de marzo de 2026];8(2):338-51. Disponible en: https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v8i2.10441
 30. Álvarez Ruiz de Larrinaga A, Agustí-Visiedo JJ, Valiño-Colas MJ, Cuartero-Ríos P, Romero Santo Tomás O. Retirada de benzodiazepinas en el anciano. Rev Neurol [Internet]. 2022 [citado 12 de marzo de 2026];74(7):242-3. Disponible en: <https://doi.org/10.33588/rn.7407.2021283>
 31. Airagnes G, Pelissolo A, Lavallée M, Flament M, Limosin F. Benzodiazepine misuse in the elderly: risk factors, consequences, and management. Curr Psychiatry Rep [Internet]. 2016 [citado 12 de marzo de 2026];18(10):89. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s11920-016-0727-9>

32. Dovjak P. Polypharmacy in elderly people. *Wien Med Wochenschr* [Internet]. 2022 [citado 12 de marzo de 2026];172(5-6):109-13. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s10354-021-00903-0>
33. Doherty AS, Boland F, Moriarty F, Fahey T, Wallace E. Adverse drug reactions and associated patient characteristics in older community-dwelling adults: a 6-year prospective cohort study. *Br J Gen Pract* [Internet]. 2023 [citado 12 de marzo de 2026];73(728):e211. Disponible en: <https://doi.org/10.3399/BJGP.2022.0181>
34. Bonanno EG, Figueiredo T, Mimoso IF, Morgado MI, Carrilho J, Midão L, et al. Polypharmacy prevalence among older adults based on the survey of health, ageing and retirement in Europe: an update. *J Clin Med* [Internet]. 2025 [citado 12 de marzo de 2026];14(4):1330. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/jcm14041330>
35. Ministerio de Sanidad. Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2024 [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2025 [citado 12 de marzo de 2026]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnual2024/INFORME_ANUAL_2024.pdf
36. Arroyave García OL, Segura Cardona ÁM, Madrigal Cadavid J, Giraldo Gallo EA. Asociación entre la edad, la fragilidad, la polimedicación y la pluripatología con la PPI en adultos mayores según criterios STOPP/START y criterios Beers en Colombia. *Rev Salud UIS* [Internet]. 2025 [citado 12 de marzo de 2026];57(1):37. Disponible en: <https://doi.org/10.18273/saluduis.57.e:25v57a23>
37. O'Mahony D, Cherubini A, Guiteras AR, Denking M, Beuscart JB, Onder G, et al. STOPP/START criteria for potentially inappropriate prescribing in older people: version 3. *Eur Geriatr Med* [Internet]. 2023 [citado 12 de marzo de 2026];14(4):625-32. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s41999-023-00777-y>
38. American Geriatrics Society 2023 Beers Criteria® Update Expert Panel. American Geriatrics Society 2023 updated AGS Beers Criteria® for potentially inappropriate medication use in older adults. *J Am Geriatr Soc* [Internet]. 2023 [citado 12 de marzo de 2026];71(7):2052-81. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/jgs.18372>
39. Riemann D, Espie CA, Altena E, Arnardottir ES, Baglioni C, Bassetti CLA, et al. The European Insomnia Guideline: an update on the diagnosis and treatment of insomnia 2023. *J Sleep Res* [Internet]. 2023 [citado 12 de marzo de 2026];32(6):e14035. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/jsr.14035>

40. Baides Noriega R, Noriega Camporro S, Inclán Rodríguez AM. Enfermería y tratamiento no farmacológico para el manejo del insomnio. *Enferm Glob* [Internet]. 2019 [citado 12 de marzo de 2026];18(54):512-32. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.18.2.322311>
41. Vidal-Thomàs MC, Yañez-Amoros B, Torrens I, Torres-Solera E, Esteva M. Conocimientos y actitudes de las enfermeras de Atención Primaria sobre el manejo del paciente con insomnio. *Enferm Clin* [Internet]. 2017 [citado 12 de marzo de 2026];27(3):186-92. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2016.11.006>
42. Vargas-Bermúdez Z. Validación de entrevista de enfermería basada en patrones funcionales de la salud de Marjory Gordon. *J Health NPEPS* [Internet]. 2024 [citado 12 de marzo de 2026];9(1):1-27. Disponible en: <https://doi.org/10.30681/2526101012751>
43. CASPe. Programa de Habilidades en Lectura Crítica Español (CASPe) [Internet]. Alicante: RedCASPe; 2022 [citado 12 de marzo de 2026]. Disponible en: <https://redcaspe.org/>
44. Barker T, Hasanoff S, Aromataris E, Stone J, Leonardi-Bee J, Sears K. Herramienta revisada de evaluación crítica del JBI para la valoración del riesgo de sesgo en estudios transversales analíticos. *JBI Evid Synth* [Internet]. 2026 [citado 12 de marzo de 2026];24(3):401-8. Disponible en: <https://jbi.global/critical-appraisal-tools>
45. Barbaux L, Cross NE, Perrault AA, Es-sounni M, Desrosiers C, Clerc D, et al. Effects of cognitive-behavioral therapy for insomnia during sedative-hypnotics withdrawal on sleep and cognition in older adults. *Sleep Med* [Internet]. 2025 [citado 12 de marzo de 2026];136:106826. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2025.106826>
46. Gardner DM, Turner JP, Magalhaes S, Rajda M, Murphy AL. Patient self-guided interventions to reduce sedative use and improve sleep: the YAWNS NB randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry* [Internet]. 2024 [citado 12 de marzo de 2026];81(12):1187-97. Disponible en: <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2024.2731>
47. Shapoval V, Evrard P, Sibille FX, López-Toribio M, Dalleur O, Aubert CE, et al. Barriers to and Enablers of Supporting Deprescribing Benzodiazepines in Older Adults: a survey of European Nonphysician Healthcare Professionals. *Basic Clin Pharmacol Toxicol* [Internet]. 2025 [citado 12 de marzo de 2026];137(4). Disponible en: <https://doi.org/10.1111/bcpt.70100>
48. Evrard P, Damiaens A, Patey AM, Grimshaw JM, Spinewine A. Barriers and enablers towards benzodiazepine-receptor agonists deprescribing in nursing homes: a qualitative study of stakeholder groups. *Explor Res Clin Soc Pharm* [Internet]. 2023 [citado 12 de marzo de 2026];9:100258. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.rcsop.2023.100258>

49. Rasmussen AF, Poulsen SS, Oldenburg LIK, Vermehren C. The barriers and facilitators of different stakeholders when deprescribing benzodiazepine receptor agonists in older patients: a systematic review. *Metabolites* [Internet]. 2021 [citado 12 de marzo de 2026];11(4):254. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/metabo11040254>
50. Sandlund C, Hetta J, Nilsson GH, Ekstedt M, Westman J. Improving insomnia in primary care patients: a randomized controlled trial of nurse-led group treatment. *Int J Nurs Stud* [Internet]. 2017 [citado 12 de marzo de 2026];72:30-41. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.03.007>
51. Chang KM, Lin CJ, Jan YW, Gordon CJ, Lee HC, Shih CY, et al. Effects of nurse-led brief behavioral treatment for insomnia in adults: a randomized controlled trial. *J Clin Sleep Med* [Internet]. 2024 [citado 12 de marzo de 2026];20(11):1763-72. Disponible en: <https://doi.org/10.5664/jcsm.11256>
52. Kim CH, Lee Y, Kang SG, Lee SH. Effectiveness of information and communication technology-based cognitive behavioral therapy using the Smart Sleep App on insomnia in older adults: randomized controlled trial. *J Med Internet Res* [Internet]. 2025 [citado 12 de marzo de 2026];27:e67751. Disponible en: <https://doi.org/10.2196/67751>
53. Heinemann S, Himmel W. Searching for factors that may reduce the use of benzodiazepines in hospitals: a survey of hospital doctors and nurses. *Int J Clin Pharmacol Ther* [Internet]. 2017 [citado 12 de marzo de 2026];55(12):905-9. Disponible en: <https://doi.org/10.5414/CP203104>
54. Ulmer CS, Voils CI, Jeffreys AS, Olsen M, Zervakis J, Goodwin K, et al. Nurse-supported self-directed cognitive behavioral therapy for insomnia: a randomized clinical trial. *JAMA Intern Med* [Internet]. 2024 [citado 12 de marzo de 2026];184(11):1356-64. Disponible en: <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2024.4419>
55. Sateia MJ, Buysse DJ, Krystal AD, Neubauer DN, Heald JL. 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* [Internet]. 2017 [citado 12 de marzo de 2026];13(2):307-49. Disponible en: <https://doi.org/10.5664/jcsm.6470>
56. 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 [citado 12 de marzo de 2026];26(6):675-700. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/jsr.12594>

57. Moon DU, Piao Z, Lee DH, Han E. From guidelines to bedside: insomnia treatment practices in South Korea: a nationwide cohort study. *Front Psychiatry* [Internet]. 2024 [citado 12 de marzo de 2026];15:1453550. Disponible en: <https://doi.org/10.3389/fpsy.2024.1453550>
58. Soyka M, Wild I, Caulet B, Leontiou C, Lugoboni F, Hajak G. Long-term use of benzodiazepines in chronic insomnia: a European perspective. *Front Psychiatry* [Internet]. 2023 [citado 12 de marzo de 2026];14:1212028. Disponible en: <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1212028>
59. Torrens I, Ortuño M, Guerra JI, Esteva M, Lorente P. Attitudes to insomnia by Primary Care physicians of Majorca (Spain). *Aten Primaria* [Internet]. 2016 [citado 12 de marzo de 2026];48(6):374-5. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2015.06.012>
60. Selsick H, Heidbreder A, Ellis J, Ferini-Strambi L, García-Borreguero D, Leontiou C, et al. Assessment and management of chronic insomnia disorder: an algorithm for primary care physicians. *BMC Prim Care* [Internet]. 2024 [citado 12 de marzo de 2026];25(1):138. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12875-024-02381-w>
61. Rossman J. Cognitive-Behavioral Therapy for Insomnia: An effective and underutilized treatment for insomnia. *Am J Lifestyle Med* [Internet]. 2019 [citado 12 de marzo de 2026];13(6):544-7. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/1559827619867677>
62. Park KM, Kim TH, Kim WJ, An SK, Namkoong K, Lee E. Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia Reduces Hypnotic Prescriptions. *Psychiatry Investig* [Internet]. 2018 [citado 12 de marzo de 2026];15(5):499-504. Disponible en: <https://doi.org/10.30773/pi.2017.11.20>
63. Kyle SD, Siriwardena AN, Espie CA, Yang Y, Petrou S, Ogburn E, et al. Clinical and cost-effectiveness of nurse-delivered sleep restriction therapy for insomnia in primary care (HABIT): a pragmatic, superiority, open-label, randomised controlled trial. *Lancet* [Internet]. 2023 [citado 12 de marzo de 2026];402(10406):975-87. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/>
64. Siebmans S, Johansson P, Ulander M, Johansson L, Andersson G, Broström A. The effect of nurse-led Internet-based cognitive behavioural therapy for insomnia on patients with cardiovascular disease: a randomized controlled trial with 6-month follow-up. *Nurs Open* [Internet]. 2021 [citado 12 de marzo de 2026];8(4):1755-68. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/nop2.817>
65. Subramanian SC, Porkodi A, Akila P. Effectiveness of nurse-led intervention on self-management, self-efficacy and blood glucose level among patients with Type 2 diabetes

- mellitus. J Complement Integr Med [Internet]. 2020 [citado 12 de marzo de 2026];17(3):20190064. Disponible en: <https://doi.org/10.1515/jcim-2019-0064>
66. O'Connell M, Feder SL, Nwanaji-Enwerem U, Redeker NS. Focus group study of heart failure nurses' perceptions of the feasibility of cognitive behavioral therapy for insomnia. Nurs Res [Internet]. 2024 [citado 12 de marzo de 2026];73(2):109-19. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/NNR.0000000000000706>
67. Zaghini F, Caponnetto V, Cesare M, Di Nitto M, Marcomini I, Iovino P, et al. Enlightening hidden nursing care in nurse-led clinics and See & Treat: an observational multicenter protocol study in Italy. Nurs Rep [Internet]. 2024 [citado 12 de marzo de 2026];14(4):3754-66. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/nursrep14040274>
68. Montañés Muro MP, Ayala Calvo JC, Manzano García G. Burnout in nursing: a vision of gender and "invisible" unrecorded care. J Adv Nurs [Internet]. 2023 [citado 12 de marzo de 2026];79(6):2148-54. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/jan.15523>
69. Samper Amargós M, González-Viana A, Vergara Duarte M, Rua MIP. El rol de la enfermería en el ámbito de la salud pública. Gac Sanit [Internet]. 2023 [citado 12 de marzo de 2026];37:102337. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2023.102337>
70. Kim LY, Rose DE, Ganz DA, Giannitrapani KF, Yano EM, Rubenstein LV., et al. Elements of the healthy work environment associated with lower primary care nurse burnout. Nurs Outlook [Internet]. 2020 [citado 12 de marzo de 2026];68(1):14-25. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2019.06.018>
71. Maier CB, Aiken LH. Expanding clinical roles for nurses to realign the global health workforce with population needs: a commentary. Isr J Health Policy Res [Internet]. 2016 [citado 12 de marzo de 2026];5(1):21. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s13584-016-0079-2>

11. ANEXOS

11.1 Anexo 1. Características farmacocinéticas

Tabla 3. Características farmacocinéticas de los principales hipnóticos benzodiacepínicos

		Benzodiacepinas	Semivida media en horas	Inicio acción en horas
Semivida media	Corta	Midazolam	1,5 – 2,5	0,5 - 1
		Triazolam	2,5 (1,5 – 5,5)	0,25 – 0,5
		Brotizolam	5	1 - 2
	Media	Loprazolam	8	0,5
		Lormetazepam	7,6	0,5
		Lorazepam	9 - 22	1 - 2
		Flunitrazepam	15 - 30	0,5 - 1
	Larga	Quazepam	40 (25 – 79)	1 - 2
		Diazepam	20 - 100	0,5 - 1
		Flurazepam	75 (40 – 150)	1 - 2

Fuente: Adaptado de Martínez Peredo et al. (28)

11.2 Anexo 2. Contraindicaciones e interacciones hipnóticos

Tabla 4. Contraindicaciones absolutas y relativas de las benzodiacepinas

Tipo de contraindicación	Condición Clínica
Absoluta	Síndrome de apnea del sueño
	Alcohólicos crónicos
	Embarazadas (especialmente primer trimestre)
	Miastenia gravis
	Insuficiencia hepática grave
Relativa	Ancianos
	Patologías respiratorias (asma o enfermedad pulmonar obstructiva crónica)
	Antecedentes de depresión o autoadministración de psicofármacos
	Conductores de automóviles, pilotos, controladores del tráfico aéreo o ferroviario y operadores de máquinas peligrosas

Fuente: Adaptado de Martínez Peredo et al. (28)

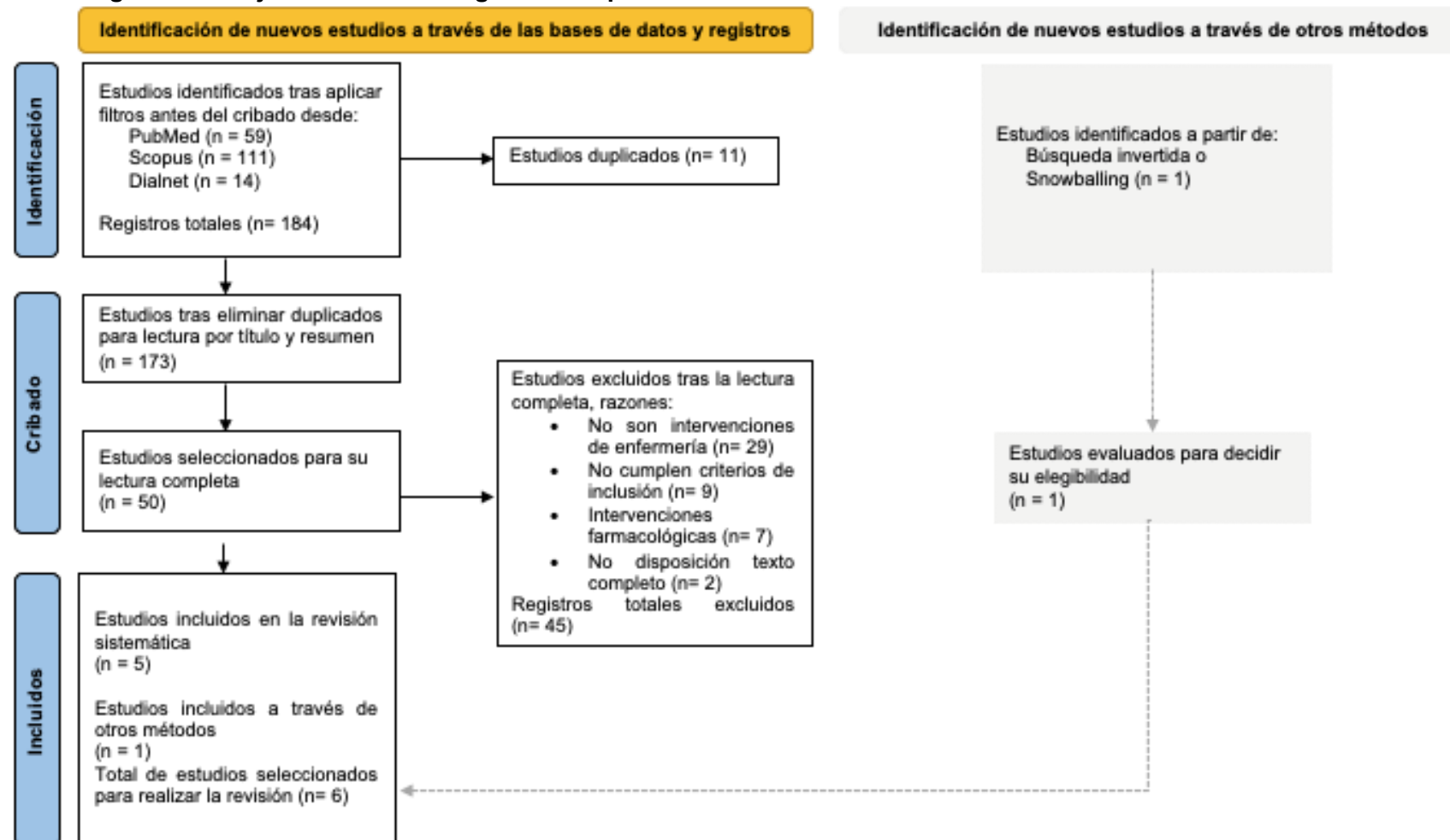
Tabla 5. Principales interacciones farmacocinéticas y farmacodinámicas de las benzodiacepinas

FARMACOCINÉTICAS	Aumentan la concentración de BZD	Digoxina ISRS Isoniazida Ketoconazol Omeprazol Betabloqueantes Anticonceptivos
	Disminuyen la concentración de BZD	Antiácidos Carbamazepina Levodopa
FARMACODINÁMICAS	Aumentan efectos depresores	Antidepresivos Neurolépticos Anticonvulsivantes Antihistamínicos Opiáceos Alcohol

Fuente: Tomado de Domínguez et al. (27)

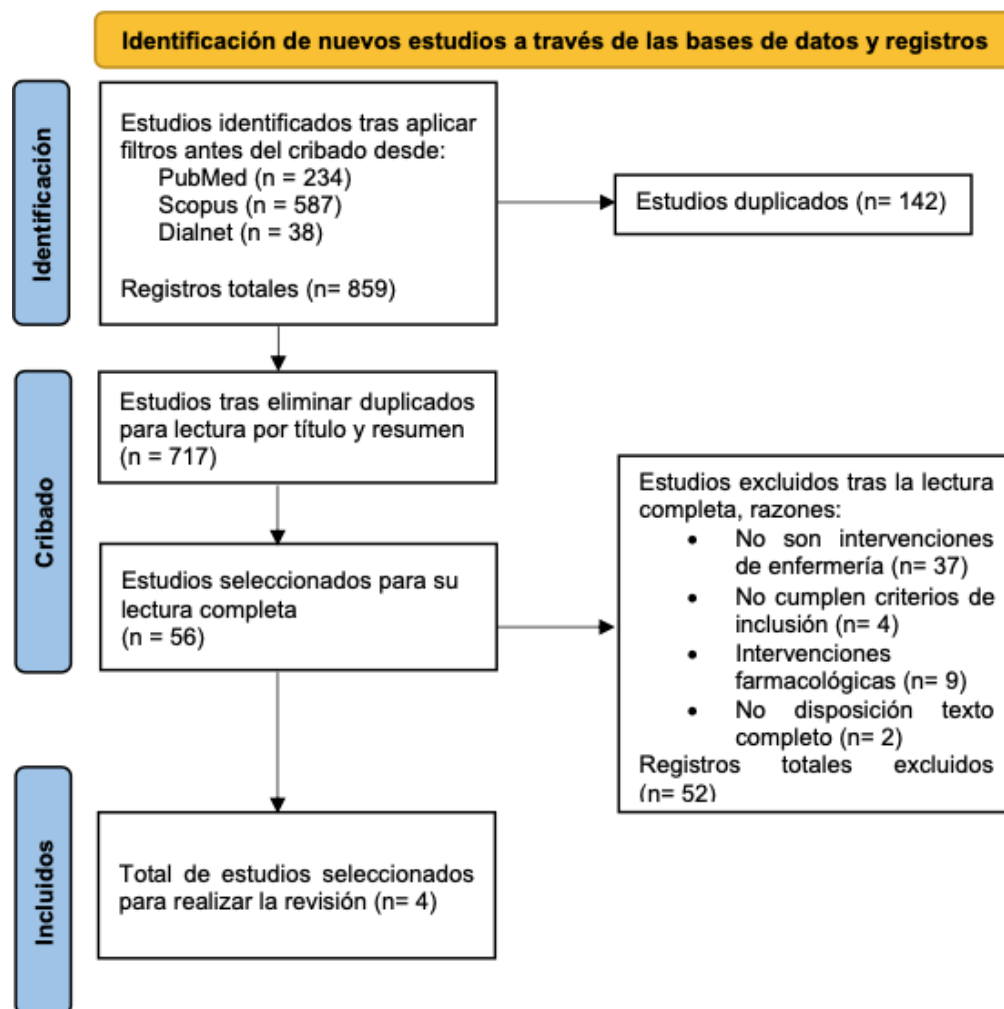
11.3 Anexo 3. Diagrama de flujo PRISMA según estrategia de búsqueda realizada

Figura 3. Diagrama de flujo PRISMA estrategia de búsqueda 1



Fuente: Elaboración propia

Figura 3. Diagrama de flujo PRISMA estrategia de búsqueda 2



Fuente: elaboración propia

11.4 Anexo 4. Evaluación calidad metodológica

Tabla 11. 11 preguntas CASPe para evaluar un ensayo clínico aleatorio

Ensayo Clínico Aleatorizado (ECA)												
	P.1	P.2	P.3	P.4	P.5	P.6	P.7	P.8	P.9	P.10	P.11	TOTAL
Barbaux et al. (45)	Sí	Sí	Sí. Los investigadores desconocían la asignación de ambos grupos.	Sí	Sí	Sí.	Sí. Se ha medido el efecto de la TCC en el cambio de gravedad del insomnio, calidad del sueño objetiva y subjetiva y evaluación neuropsicológica durante un programa de abstinencia a las BZD/BZRA. Fue por intención de tratar. El efecto es facilitador y protector.	Sí	Sí	Sí	Sí	11/11
Gardner et al. (46)	Sí	Sí	Sí. Los investigadores desconocían la asignación de ambos grupos.	Sí	Sí	Sí	Sí. Fue por intención de tratar	Sí IC: 95%	Sí	Sí	Sí	11/11
Sandlund et al. (50)	Sí	Sí	No	Sí	Sí	Sí	Sí. Se midieron los efectos del programa sobre la gravedad del insomnio (ISI), el sueño y el uso de hipnóticos. Fue por intención de tratar.	Sí IC: 95%	Sí	Sí	Sí	10/11
Chang et al. (51)	Sí	Sí	Sí. El investigador desconocía la asignación de ambos grupos.	Sí	Sí	Sí	Sí. El grupo intervención mostró una disminución en ISI superior. Fue por intención de tratar.	Sí IC: 95%	Sí	Sí	Sí	11/11
Kim et al. (52)	Sí	Sí	Sí. Las asignaciones se mantuvieron ocultas para los participantes	Sí	Sí	Sí	Sí. El grupo intervención mostró una mayor mejoría en la gravedad del insomnio en comparación con el grupo control.	Sí IC: 95%	Sí	Sí	Sí	11/11

			hasta que finalizó la intervención.				Fue por intención de tratar.					
Ulmer et al. (54)	Sí	Sí	Sí. Los investigadores desconocían la asignación de ambos grupos.	Sí.	Sí	Sí	Sí. La gravedad del insomnio disminuyó más en el grupo intervención. Fue por intención de tratar.	Sí. IC 95%	Sí	Sí	Sí	11/11

Fuente: Elaboración propia a partir de las plantillas de lectura crítica de Red CASPe (44).

Tabla 12. 10 preguntas CASPe para evaluar estudios cualitativos

Estudio cualitativo											
	P.1	P.2	P.3	P.4	P.5	P.6	P.7	P.8	P.9	P.10	TOTAL
Evrard et al. (48)	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	10/10

Fuente: Elaboración propia a partir de las plantillas de lectura crítica de Red CASPe (44).

Tabla 13. 10 preguntas CASPe para evaluar revisiones sistemáticas

Revisión sistemática											
	P.1	P.2	P.3	P.4	P.5	P.6	P.7	P.8	P.9	P.10	TOTAL
Rasmussen et al. (49)	Sí	Sí	Sí	Sí. Se usó COREQ	Sí	Sí. Barreras y facilitadores para la desprescripción de BZRA.	No. Al explorar actitudes frente a la desprescripción, a través de estudios cualitativos y estudios de métodos mixtos con datos cualitativos, no se expresa con intervalo de confianza.	Sí	Sí	Sí	9/10

Fuente: Elaboración propia a partir de las plantillas de lectura crítica de Red CASPe (44).

Tabla 14. 8 preguntas JBI para evaluar estudios transversales

Estudios transversales									
	P.1	P.2	P.3	P.4	P.5	P.6	P.7	P.8	TOTAL
Shapoval et al. (47)	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	8/8
Heinemann y Himmel (53)	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	8/8

Fuente: Elaboración propia a partir de la herramienta de evaluación crítica del JBI (45)

