



DR. MILTON LARA

GUÍA DE HÁBITOS POR CONDICIÓN · EDICIÓN 2026

Insomnio: lo que haces para dormir y por qué lo **sostiene**

El tratamiento que las guías clínicas ponen primero no viene en frasco, y su parte más eficaz se siente peor las dos primeras semanas. Aquí está el mecanismo, el tamaño medido de cada pieza, el aviso que hace que la gente no lo abandone, y las tres cosas que se parecen al insomnio y no lo son. Escrita para Latinoamérica.

Dr. Milton Lara

Médico · La ciencia de vivir más y mejor

DOCTORMILTONLARA.COM

8 PÁGINAS · PARA IMPRIMIR

AGOSTO DE 2026

Dos motores sostienen el insomnio, y los dos se alimentan de lo que haces para dormir

El primero es la presión de sueño, el impulso que se acumula mientras estás despierto. El segundo es lo que tu cerebro aprendió a esperar cuando te acuestas. Casi todo lo que se hace por desesperación baja el primero y estropea el segundo.

Hablamos de insomnio crónico cuando cuesta dormirse o mantenerse dormido la mayoría de las noches durante meses, y además el día siguiente lo paga: cansancio, irritabilidad, cabeza lenta. Una mala racha de dos semanas después de una mudanza o un susto es otra cosa y suele resolverse sola.

El primer motor se entiende rápido. Desde que te levantas se va acumulando un impulso de dormir que crece con cada hora despierto y se descarga durmiendo. Cuanto más rato pasas en la cama sin dormir, o dormido de día, menos impulso te queda para la noche.

El segundo motor es aprendizaje puro. Si durante meses la cama ha sido el sitio donde das vueltas, miras el reloj, repasas el día y te desesperas, tu cerebro deja de asociarla con dormirse y empieza a asociarla con estar alerta. Es el mismo mecanismo por el que a mucha gente le entra un sueño irresistible en el sofá y se le quita al meterse en la cama.

Lo que lo empezó y lo que lo mantiene

LO QUE DECIDE TODO

LO QUE SE DICE

Duermo mal desde aquel año horrible. Cuando la vida se calme volveré a dormir bien.

LO QUE MUESTRA LA EVIDENCIA

El disparador y el sostén casi nunca coinciden. El estrés pudo encender el problema, y lo que lo mantiene meses después suele ser el conjunto de medidas que fuiste tomando para compensarlo. Por eso el tratamiento con más respaldo trabaja sobre lo que haces ahora y no sobre el episodio que lo empezó.

SI YA TOMAS ALGO PARA DORMIR, LÉELO ANTES DE SEGUIR

Esta guía no te va a decir que lo dejes, ni cuándo, ni cómo, y no nombra ningún medicamento. Suspende por cuenta propia algo que llevas tiempo tomando puede devolvarte el insomnio con más fuerza. Lo que sí puedes empezar hoy es la parte conductual: **no exige suspender nada** y es justo la que las guías clínicas ponen primero. La retirada, si llega, se planea con quien te lo indicó.

Cuatro medidas razonables, y las cuatro alimentan el problema



Lo peor de esta escena no es la pantalla, es el rato despierto dentro de la cama



Y mirar la hora convierte cada despertar en una cuenta que empeora el siguiente

LO QUE HACES PARA DORMIR MÁS

Acostarte antes, para darte más oportunidad

Quedarte acostado esperando a que llegue

Siesta larga para compensar la mala noche

Quedarte en cama hasta tarde el fin de semana

LO QUE LE HACE A LOS DOS MOTORES

Llegas a la cama con menos impulso de sueño y sumas horas despierto dentro de ella

Es lo que más refuerza la asociación entre la cama y el estado de alerta

Descarga de día el impulso que ibas a necesitar por la noche

Mueve la hora de levantarte y desordena el horario que sostiene todo lo demás

Y EL FRASCO DE MELATONINA

Entra en la misma lista por otro motivo. Su efecto agrupado sobre lo que tardas en dormirte es de **7 minutos**, y la academia americana de medicina del sueño **sugiere no usarla** para el insomnio en adultos, con una recomendación que ellos mismos califican de débil. No aparece aquí por dañina, sino porque ocupa el lugar de lo que sí mueve la aguja.

Cinco piezas, y no todas pesan lo mismo

La terapia cognitivo conductual para el insomnio es lo que dos guías clínicas ponen antes que cualquier otra cosa. El Colegio Americano de Médicos recomienda con su grado más alto que **todos** los adultos con insomnio crónico la reciban como tratamiento inicial. La academia americana de medicina del sueño repite la recomendación fuerte para la versión multicomponente.

No es una charla ni una lista de consejos. Son técnicas concretas, y hay un metaanálisis que reunió **241 ensayos y 31.452 personas** para medir cuánto añade cada una a la probabilidad de que el insomnio remita.

LA PIEZA	QUÉ TE PIDE	CUÁNTO AÑADE
Reestructuración cognitiva	Trabajar lo que crees sobre no dormir	1,68
Terapias de tercera ola	Dejar de pelear con el insomnio	1,49
Restricción de tiempo en cama	Recortar la ventana de cama al sueño real	1,49
Control de estímulos	La cama solo para dormir	1,43
Higiene del sueño	La lista de hábitos de siempre	1,01
Relajación	Respiración y relajación muscular	0,81



Calcular cuánto queda para el despertador es parte del problema, no una forma de medirlo



Comer, trabajar o ver algo ahí dentro enseña lo mismo. La cama para dormir y para el sexo

CÓMO SE LEE ESA ÚLTIMA COLUMNA

Es cuánto multiplica cada pieza la probabilidad de remitir, medida por encima de lo que aportan las demás piezas del paquete. Por encima de 1 suma; en 1 no añade nada propio. La higiene del sueño sale en **1,01** y la relajación en **0,81**, con un intervalo que llega hasta 1,02 y por tanto incluye el 1: es una señal, no un daño demostrado. Que la higiene no aporte efecto propio dentro del paquete tampoco significa que estorbe. Significa que quedarse solo en ella explica por qué a tanta gente no le funciona.

Lo que mueve el paquete completo, contado en minutos



El diario de sueño es la herramienta con la que la terapia comprime la cama alrededor del sueño que ya tienes

26

Minutos menos despierto a media noche.

En 20 ensayos y 1.162 personas con insomnio crónico, la terapia recortó además **19 minutos** lo que se tarda en dormirse, y subió casi **10 puntos** la eficiencia del sueño, que es la proporción del tiempo en cama que de verdad se duerme. No se reportaron efectos adversos.

Y ahora el dato que casi nunca se cuenta, porque decepciona y a la vez es la llave de todo: en ese mismo trabajo **el tiempo total de sueño apenas se movió**, y su intervalo cruza el cero. La terapia no reparte horas nuevas de sueño; comprime la cama alrededor del sueño que ya tienes. Por eso la eficiencia sube tanto, y por eso quien esperaba dormir dos horas más se desanima justo cuando la cosa está funcionando.

Frente al fármaco

COMPARACIÓN DIRECTA

Hay un metaanálisis en red de 23 ensayos donde la terapia y el tratamiento farmacológico se compararon cara a cara. Al terminar el tratamiento la terapia salió por delante en eficiencia del sueño, en tiempo despierto a media noche y en gravedad del insomnio. Y sumar la terapia al fármaco mejoró varios parámetros respecto al fármaco solo.

De ahí sale el orden que recomiendan las guías: la terapia primero para todos, y el fármaco después, por decisión compartida y a corto plazo. El cuello de botella está en el acceso, porque terapeutas formados en esto hay pocos. Por eso importan las dos vías que ya se probaron en grande: **642 adultos** la recibieron de enfermeras en cuatro sesiones dentro de consultorios de atención primaria, y **1.711 personas** la siguieron por web y móvil, sin terapeuta, con mejoras que seguían a los seis meses.

LA HONESTIDAD QUE ESTA GUÍA SE DEBE

La recomendación fuerte, con evidencia de calidad moderada, es la de la terapia. La del fármaco, en esa misma guía, es una recomendación **débil** apoyada en evidencia de **baja calidad**, y lo escriben ellos. Aquí no vas a encontrar el nombre de ninguno, ni una dosis, ni un consejo de empezarlo o de dejarlo.

La pieza que más funciona es la que peor se siente al principio

Recortar el tiempo en cama funciona porque concentra el sueño y sube la presión. Y para conseguirlo, durante unos días te hace dormir **menos**. Un estudio lo midió en laboratorio, con polisomnografía y con una prueba de atención, mientras dieciséis pacientes la aplicaban durante cuatro semanas.

91

Minutos menos de sueño medido, la primera noche.

La segunda semana seguían siendo **78 minutos** menos, y la tercera **69**. Los fallos de atención aumentaron y la somnolencia de día subió durante esas tres semanas. **A los tres meses todo había vuelto a valores normales**, con el sueño ya mejorado. Son dieciséis personas y sin grupo de comparación: la cifra orienta, no sentencia.

Ese es el motivo por el que tanta gente lo abandona el día diez, convencida de que le está haciendo daño. Saber de antemano que la curva baja antes de subir cambia la decisión.

A quién no se le propone por su cuenta

RIESGO

SITUACIÓN	POR QUÉ AQUÍ NO
Conduces o manejas maquinaria	La somnolencia y los fallos de atención de las primeras semanas están medidos, y ahí eso es un riesgo real
Trastorno bipolar	Recortar sueño puede precipitar un viraje. Se maneja con psiquiatra, nunca por cuenta propia
Epilepsia	La privación de sueño baja el umbral de convulsión
Apnea del sueño sin estudiar	Primero se estudia la apnea. Acortar la cama encima de una apnea no resuelve el problema de fondo

EN QUÉ CONSISTE, PARA QUE SEPAS DE QUÉ HABLAS EN CONSULTA

Se lleva un diario de sueño y se calcula cuántas horas duermes de verdad, que casi siempre son menos de las que pasas en cama. La ventana de cama se recorta hacia esa cifra, con un suelo por debajo del cual no se baja, y se abre a medida que la eficiencia sube. La hora de levantarse queda fija. Ese suelo y ese ritmo los ajusta un profesional.

Qué hacer, en el orden en que la evidencia lo respalda

01 Fija la hora de levantarte y no la muevas

La misma hora cada día, sábado y domingo incluidos, duermas lo que duermas. Es el ancla del horario y lo único de esta lista que no tiene contraindicaciones.

Una sola hora de levantarte, cada día de la semana

02 Reserva la cama para dormir, y sal de ella si no llega

Ni pantalla, ni comida, ni trabajo, ni discusiones. Y si llevas un rato despierto, te levantas, haces algo aburrido con poca luz y vuelves cuando tengas sueño de verdad, aunque toque repetirlo tres veces la misma noche.

Aporta 1,43 a la probabilidad de remitir, medido entre 241 ensayos

03 Corta la cafeína contando hacia atrás

Cuenta desde tu hora de acostarte, no desde la tarde. Y acuérdate del mate, del guaraná y del té, que aquí se toman tarde y también cuentan.

Un café de 250 ml, 8,8 horas antes; un preentren, 13,2 horas antes

04 Separa el alcohol de la hora de dormir

A todas las dosis acorta lo que tardas en dormirte y fragmenta la segunda mitad de la noche. Esa es la copa que te duerme a las once y te despierta a las tres.

El efecto sobre la segunda mitad aparece ya en dosis bajas

05 Mueve el cuerpo, sabiendo cuánto pesa

Hacerlo de forma regular durante al menos dos meses mejoró la gravedad del insomnio en 22 ensayos. Ayuda y suma, y aun así rinde menos que las piezas de arriba.

1,5 puntos de mejora en la escala de gravedad, frente a los 3 de recortar la cama

06 Ajustar la ventana de cama, acompañado

Es la pieza más potente y la que peor se siente al principio. En un ensayo de 642 adultos bastaron cuatro sesiones con enfermería para conseguir el efecto grande de esta guía.

Con el filtro de la página anterior delante, y con tu médico

- ☐ Esta semana: una sola hora de levantarme, los siete días
- ☐ Esta semana: fuera de la cama el celular, la comida y el trabajo
- ☐ Esta semana: mi hora de corte de cafeína, calculada y escrita
- ☐ Este mes: llevar a consulta lo de la página siguiente, si me pasa

Tres cosas que se parecen al insomnio y no lo son

CONSULTA ANTES DE APLICAR ESTA GUÍA

1 Roncas fuerte, te han visto dejar de respirar o despiertas con ahogo

Sospecha de apnea, y más aún si te da sueño de día o al volante. Se estudia antes, y acortar la cama no la arregla.

2 Necesidad imperiosa de mover las piernas al acostarte

Empeora en reposo, aparece al atardecer y se alivia moviéndote.

3 Ánimo bajo o pérdida del disfrute durante dos semanas o más

Puede ser el síntoma que te trae y no el problema de fondo.

1. Qaseem A. *Chronic insomnia disorder in adults (ACP)*. Ann Intern Med, 2016. PMID 27136449
2. Edinger J.D. *Behavioral treatments for chronic insomnia (AASM)*. J Clin Sleep Med, 2021. PMID 33164742
3. Furukawa Y. *Components of CBT for chronic insomnia*. JAMA Psychiatry, 2024. PMID 38231522
4. Trauer J.M. *CBT for chronic insomnia*. Ann Intern Med, 2015. PMID 26054060
5. Kyle S.D. *Nurse-delivered sleep restriction therapy (HABIT)*. Lancet, 2023. PMID 37573859
6. Kyle S.D. *Sleep restriction, somnolence and vigilance*. Sleep, 2014. PMID 24497651
7. Zhang Y. *Psychotherapy, pharmacotherapy and their combination*. Sleep Med Rev, 2022. PMID 36027795
8. Espie C.A. *Digital CBT for insomnia*. JAMA Psychiatry, 2019. PMID 30264137
9. Ferracioli-Oda E. *Melatonin for primary sleep disorders*. PLoS One, 2013. PMID 23691095
10. Sateia M.J. *Pharmacologic treatment of chronic insomnia*. J Clin Sleep Med, 2017. PMID 27998379
11. Gardiner C. *Caffeine and subsequent sleep*. Sleep Med Rev, 2023. PMID 36870101
12. Ebrahim I.O. *Alcohol and sleep I: effects on normal sleep*. Alcohol Clin Exp Res, 2013. PMID 23347102
13. Xie Y. *Exercise, sleep quality and insomnia in adults*. Front Psychiatry, 2021. PMID 34163383

AVISO MÉDICO

Divulgación educativa.

NO ES UNA RECOMENDACIÓN MÉDICA NI REEMPLAZA LA DECISIÓN DE TU MÉDICO.

Por decisión expresa no lleva nombres de medicamentos ni dosis, ni indica empezar o suspender ningún tratamiento para dormir.

Un tema desarmado así, en tu correo

Con sus pasos, su tamaño de efecto y sus fuentes. Escrito por un médico.

doctormiltonlara.com/newsletter