



womanhood  idorsia

Un enemigo invisible de nuestras noches (y días)

Insomnio crónico en la menopausia



Índice

- P.3** La menopausia no se sostiene sobre un único frente
- P.7** Por qué dormir es un básico (y no un lujo)
- P.12** Lo que significa no dormir en la vida real
- P.16** ¿Y por qué es tan importante hablar de insomnio en la menopausia?
- P.29** Lo que dice la ciencia: El cerebro hiperactivo
- P.33** ¿Y por qué yo?: Las raíces del insomnio
- P.39** ¿Cuándo pedir ayuda? Señales de que ya no es “solo una racha”
- P.43** Cómo tratar el insomnio en la menopausia: de los trucos básicos a la artillería pesada
- P.60** ¡Mereces volver a dormir bien!

The background of the slide is a deep blue color with a pattern of overlapping, stylized fans or umbrellas. Each fan is composed of many thin, parallel lines radiating from a central point, creating a sense of depth and movement. The fans are arranged in a way that they appear to be layered, with some in the foreground and others receding into the background. The overall effect is a textured, geometric pattern.

La menopausia no se sostiene

sobre un único frente

Igual que una casa necesita cimientos firmes, nuestra salud en esta etapa depende de varios pilares: el sueño, la nutrición y el ejercicio físico.

Cuando uno de ellos falla, los demás se tambalean.

Y el primero que suele resquebrajarse es el sueño. Dormir deja de ser un acto placentero y reparador para convertirse en una batalla nocturna. Todas hemos pasado noches en vela alguna vez. Esa en la que das vueltas, miras el reloj cada diez minutos y piensas: "Si me duermo ahora, todavía me quedan 4 horas... 3 horas... 2 horas...".

Al día siguiente vas como una zombi, tirando de café en café y con la cabeza en modo niebla.





El insomnio no es simplemente “dormir poco”

Es un trastorno del sueño que puede manifestarse como **dificultad para conciliarlo, mantenerlo o despertarse demasiado temprano** (cuando aún podrías seguir durmiendo) con una importante repercusión sobre tu rendimiento y funcionamiento durante el día siguiente.

A veces ocurre en momentos de estrés o durante unos días puntuales, no puedes dormir y al día siguiente vas en piloto-automático: eso se considera insomnio agudo, algo pasajero. Pero cuando dormir mal se convierte en la norma, sucede **más de tres noches por semana** durante **más de tres meses** y sigue **afectando negativamente a tu rendimiento al día siguiente**, los médicos hablan de **insomnio crónico**.

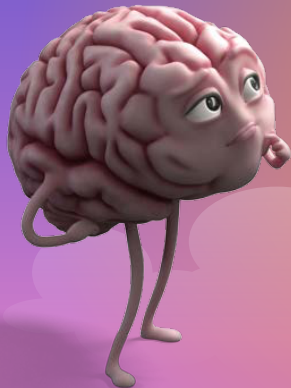


Entre el 40 y el 60% de las mujeres en menopausia sufren problemas de sueño, y al menos 1 de cada 4 desarrolla insomnio crónico clínico

Existen soluciones a tus problemas de sueño

No te conformes

Hablar con tu médico podría ayudarte



¿Sabías que el insomnio es uno de los síntomas más frecuentes, a menudo minimizado y poco visibilizado en la menopausia?

Las cifras hablan por sí solas. No son “unas cuantas desafortunadas”. **Es un problema masivo y global, que se da en distintas culturas y estilos de vida.**

A pesar de ello, muchas veces el insomnio **se normaliza o minimiza** – “solo es estrés” o “es lo que hay, tu cuerpo ya no es el mismo” escuchamos – cuando en realidad **es un trastorno de salud serio y frecuente (sobre todo en mujeres en perimenopausia).**



Por qué dormir es

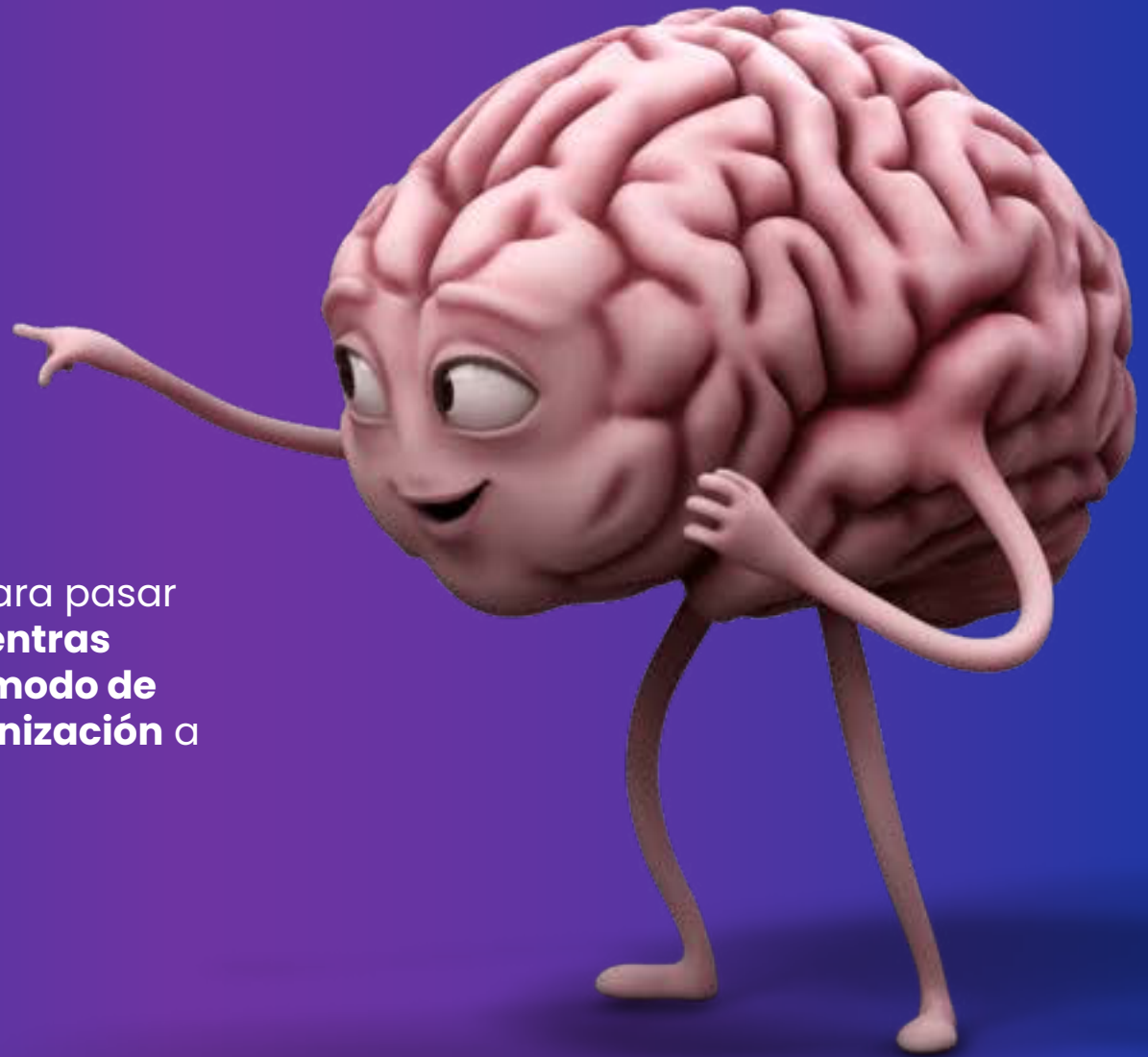
un básico (y no un lujo)

Dormir no es simplemente “desconectar” o descansar tras un día agotador

El sueño es un proceso biológico activo, complejo y esencial para la vida. Se trata de una **necesidad fisiológica básica**, al mismo nivel que alimentarse o respirar, y cumple funciones que repercuten directamente en la salud física, cognitiva y emocional.

Dormir bien no es opcional:

El cuerpo humano está diseñado para pasar un tercio de su vida durmiendo. **Mientras dormimos, el organismo entra en modo de regeneración, reparación y reorganización** a múltiples niveles.



La evidencia científica muestra

que el sueño es esencial para:

- 1. Recuperar el cuerpo:** repara tejidos, sintetiza proteínas y libera hormonas clave como la del crecimiento.
- 2. Procesar la información:** el cerebro consolida recuerdos y facilita el aprendizaje.
- 3. Regular las emociones:** un buen descanso estabiliza el estado de ánimo y mejora la gestión del estrés.
- 4. Proteger la salud metabólica y cardiovascular:** regula el apetito, el metabolismo de la glucosa y la presión arterial, reduciendo el riesgo de obesidad, diabetes e hipertensión.
- 5. Mantener un sistema inmune eficaz y restaurar la energía diaria.**

Dormir no es un lujo ni una pérdida de tiempo: es un requisito para la supervivencia, la salud y nuestra capacidad de funcionar física, cognitiva y emocionalmente.



Ciclos y fases: la coreografía perfecta de tu descanso

El sueño no es homogéneo: se organiza en **ciclos** que se repiten entre cuatro y seis veces cada noche, con una duración media de **90 a 110 minutos**. Cada ciclo alterna diferentes **fases, que cumplen funciones complementarias**:

Fases NREM (*No REM*)

Incluye desde el sueño ligero hasta el profundo. Aquí el cuerpo reduce su actividad, disminuyen la frecuencia cardíaca y la presión arterial, y se activan procesos de reparación celular.

Fase REM (*Rapid Eye Movement*)

Caracterizada por los movimientos oculares rápidos y la actividad cerebral intensa. En esta etapa se consolidan recuerdos y aprendizajes, y suelen aparecer los sueños más vívidos.

La combinación fisiológica de todas las fases asegura que el descanso sea reparador. Cuando el sueño se fragmenta o se interrumpe, la estructura natural de estos ciclos se altera, y con ella la calidad del descanso.

El tempo oculto: ¿qué es lo que decide cómo duermes?

Nuestro sueño está guiado por un **ritmo circadiano**, un reloj biológico interno sincronizado principalmente por la luz solar. Este reloj regula la producción de melatonina, la hormona que facilita la conciliación del sueño al anochecer.

Pero el sueño no depende solo de la melatonina. Diversos **neurotransmisores (sustancias que producen las células del cerebro para comunicarse)** —como la serotonina, las orexinas, el GABA o la dopamina— y **sistemas cerebrales** se coordinan para facilitar el equilibrio entre vigilia y descanso. Por ejemplo, el **sistema de las orexinas** actúa como un “interruptor” que mantiene la vigilia; si su actividad es excesiva durante la noche, puede provocar despertares frecuentes e insomnio.



Lo que significa no dormir

en la vida real



3:00 a.m., te despiertas empapada y con el corazón a mil. 5:00 a.m., sigues con el móvil porque volver a dormir parece imposible. Si esto te suena, sabes que dormir no es solo “cerrar los ojos”.

Más allá de las estadísticas, el insomnio se nota, y mucho, porque el sueño ordena lo que comes, cómo te mueves y cómo te sientes.



Cuando el sueño falla, impacta en tres frentes:

Lo que notas:

- **Energía en mínimos:** te levantas cansada y todo cuesta más.
- **Cabeza espesa:** necesitas tres cafés para sobrevivir y aun así no logras concentrarte y sí, tienes pequeñas pérdidas de memoria.
- **Humor en "corto":** una noche en vela basta para aumentar la irritabilidad y ansiedad. Multiplica eso por meses y la factura es alta.
- **Noches en bucle:** vuelves a despertarte a medianoche y temes la hora de ir a la cama porque sabes que será otra batalla.

Cómo te cambia el día:

- **Nutrición:** dormir poco desajusta el apetito. Tu cuerpo produce más grelina (hormona del hambre) y menos leptina (hormona de la saciedad). Resultado: se disparan los caprichos de azúcar, carbohidratos y picoteo rápido. No dormir, aumenta tus probabilidades de subir de peso.
- **Ejercicio y movimiento:** con sueño deficiente, la motivación para moverte cae en picado. Y el círculo vicioso arranca: cuanto menos te mueves, peor duermes.
- **Rutinas:** empiezas a temer la hora de ir a la cama porque prevés otra batalla.

A largo plazo (si se cronifica):

- **Salud:** peor control de la tensión arterial y del corazón, ánimo más frágil y sistema inmunitario menos eficaz.
- **Metabolismo:** mayor riesgo de desarrollar obesidad y peor control del azúcar.



Afecta negativamente a la calidad de vida de la mujer

Los efectos de no dormir de manera sostenida no solo repercuten en el bienestar físico, sino que también influyen en la **vida emocional, sexual, social y laboral de la mujer.**

La falta de descanso reparador, los cambios de humor, la fatiga o las alteraciones cognitivas pueden minar la confianza personal, afectar la autoestima y disminuir el deseo sexual, algo especialmente relevante durante la menopausia.

Esto se traduce en dificultades en las relaciones familiares o de pareja, menor disfrute de la vida social y sexual y un descenso en el rendimiento profesional.

El insomnio crónico provoca un impacto global que **reduce de manera significativa la calidad de vida en esta etapa.**



**¿Y por qué es tan importante hablar
de insomnio en la menopausia?**





Porque la menopausia marca un antes y un después en la vida de la mujer, y el sueño no es una excepción

Durante esta etapa, **los cambios hormonales** – especialmente la caída de estrógenos y progesterona – **pueden desestabilizar los neurotransmisores** encargados de mantener nuestros ritmos **de sueño-vigilia.**

Muchas mujeres en menopausia describen noches interrumpidas por sofocos, sudores nocturnos y ansiedad, **formando un cóctel perfecto para el insomnio.**

Hablar de insomnio en la menopausia importa porque no es “un síntoma menor” ni algo que debamos aceptar resignadas: la falta de sueño intensifica otros síntomas (desde cambios de humor hasta dificultades cognitivas) y merma la calidad de vida en un momento en que el bienestar es clave.

Datos clave: Magnitud y prevalencia en la población general y mujeres en menopausia


Cabe destacar que el insomnio crónico no afecta a todos por igual.

Se estima que:

- **7 de cada 10 pacientes con insomnio son mujeres** según estudios europeos recientes.
- Entre un **30% y 50% de los adultos** experimentan síntomas de insomnio ocasional, y alrededor del **14%** de la población padece **insomnio crónico**.
- **Las mujeres tienen (aproximadamente) el doble de probabilidades de sufrir insomnio** que los hombres, en parte por influencias hormonales.

El insomnio es uno de los trastornos del sueño más frecuentes a nivel mundial





**Durante
la menopausia,
las cifras
se disparan**

Diversos estudios indican que:

- Entre el **40% y 60% de las mujeres en menopausia reportan dificultades para dormir o insomnio**. En otras palabras, casi la mitad de las mujeres en esta etapa lidian con noches en blanco.
- Casi el **40% de las mujeres en posmenopausia sufre insomnio crónico**. Lo que significa que las alteraciones del sueño presentes en etapas anteriores tienden a cronificarse en este periodo.
- **Antes de la menopausia** la prevalencia de insomnio severo rondaba solo el **15% en mujeres**, lo que evidencia el impacto de la menopausia en la calidad del sueño. **Tras la menopausia, este porcentaje se triplica**, mostrando que los trastornos del sueño no solo se vuelven más frecuentes, sino también más intensos y persistentes.

Los trastornos del sueño repercuten de forma notable en la salud, el bienestar general, el rendimiento laboral y la vida sexual de las mujeres

Prevalencia de alteraciones del sueño

Los **cambios hormonales tras la menopausia**, junto con el aumento de peso, el IMC elevado y una mayor proporción cintura-cadera, pueden contribuir a padecer **alteraciones del sueño**.



54.7%

La etapa de la posmenopausia es el periodo de mayor prevalencia de alteraciones del sueño frente a la pre y a la perimenopausia

51.6%

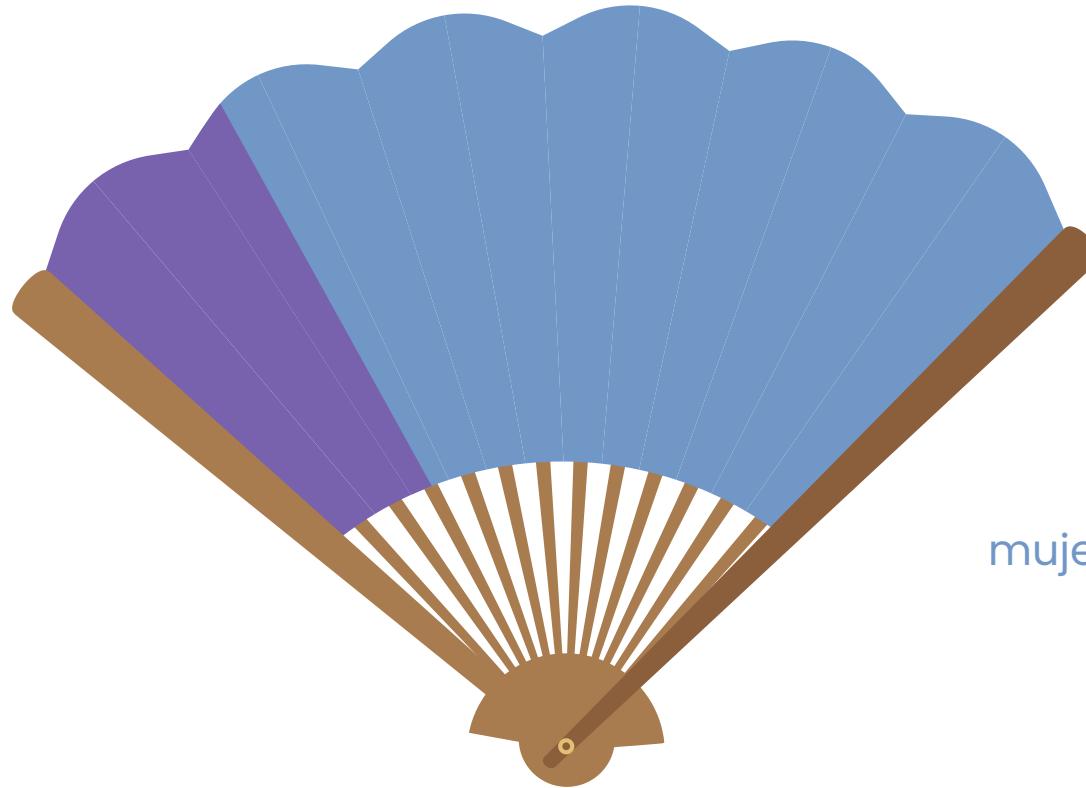
Mujeres en la etapa de la posmenopausia presentan alteraciones del sueño

37.6%

De las mujeres en la etapa de la posmenopausia sufren insomnio crónico

Prevalencia de insomnio crónico (%)

14%
población general



50%
mujeres en menopausia

Detrás de estas cifras hay millones de vidas afectadas. Por ejemplo, **en España se calcula que más de 6,7 millones de personas sufren insomnio crónico**, y la mayoría son mujeres.

Sin embargo, **solo una fracción llega a buscar ayuda profesional**. Reconocer la magnitud del insomnio – especialmente en la mujer en menopausia – es el primer paso para darle la importancia que merece desde la atención sanitaria y la sociedad en general.

Insomnio y menopausia: La tormenta perfecta

El insomnio en la menopausia es un rompecabezas con muchas piezas. Es cierto que algunas personas traen una predisposición familiar, pero la herencia no decide tus noches. Lo que de verdad las descoloca son otras piezas que conviene conocer para enfocar el plan.



1. Hormonas en retirada:

Durante años, tus hormonas fueron las encargadas de que el sueño fluyera. **En menopausia cambia el ritmo y el sistema se descoordina:**

- **Estrógeno:** el “termostato” se estropea > sofocos y sudores nocturnos.
- **Progesterona:** tu “calmante natural” disminuye > más difícil dormir profundamente.
- **Melatonina:** en menopausia se produce menos, específicamente con la caída de los estrógenos > cuesta conciliar el sueño y te despiertas más veces.
- **Cortisol:** debería estar bajísimo de noche; el estrés lo mantiene alto y te deja en “modo alerta”.
- **Orexinas:** son los neurotransmisores que mantienen la vigilia. En condiciones normales ayudan a estar despierta y atenta de día, pero cuando se desregulan, como puede ocurrir en la menopausia, se “encienden” cuando no toca aparece la dificultad para conciliar y los despertares frecuentes.



2. El cuerpo cambia:

En esta etapa el cuerpo también se hace notar: la apnea del sueño es más frecuente (y el peso abdominal no ayuda), los dolores musculares y articulares cortan el descanso, y levantarte varias veces para ir al baño en mitad de la noche rompe el sueño.

Resultado: un descanso intermitente.



3. Factores psicológicos: cuando la mente no encuentra el botón de “off”:

La mediana edad viene cargadita de retos: padres, hijos, trabajo, cuerpo. Cuando llega la noche, **la cabeza sigue en modo “checklist”**:

- “Mañana tengo esa reunión y no llevo todo preparado”
- “¿Y si mi madre empeora y necesita ayuda?”
- “¿Por qué mi cuerpo está cambiando así?”
- Y un largo etcétera.

Esa rumiación constante es uno de los grandes enemigos del sueño. Además, aparece un fenómeno perverso: **la ansiedad anticipatoria**. Te acuestas ya preocupada de que no vas a dormir, lo cual genera más tensión, y voilà: no duermes.



4. Estilo de vida y entorno: los cómplices silenciosos

A lo anterior súmalo lo que hacemos (o dejamos de hacer) cada día. No son las causas principales, pero sí auténticos aceleradores del insomnio en la menopausia. Los más comunes son:



Café a última hora:
ese espresso de las 18:00 todavía está "de servicio" cuando apagas la luz.



Contenido activador:
noticias, true crime, emails tardíos o discusiones en chats ponen el sistema en alerta.



Habitación cálida:
si ya tienes sofocos, es doble golpe para el descanso.



Alcohol nocturno:
ayuda a caer... y rompe la segunda mitad de la noche con despertares.



Siestas maratonianas:
regalan energía por la tarde y roban sueño por la noche.



Pantallas en la cama:
la luz (y el scroll) mantienen al cerebro en "modo día".



Ejercicio intenso muy tarde:
dejas el motor acelerado justo cuando debería bajar revoluciones.



Cenas copiosas o tardías:
digestión pesada, posible reflujo y un cuerpo que no entra en modo descanso.

En definitiva, no es que "se te haya olvidado dormir". Es que tu biología y tu contexto están conspirando contra ti.



Estrógeno y progesterona: guardianas del sueño reparador

En los años fértiles, ambas contribuyen a mantener una arquitectura saludable del sueño; pero en la menopausia sus niveles caen en picado, y con ello se resiente la calidad del descanso.

Estrógeno

Esta hormona cumple un rol multifacético en el sueño. En niveles adecuados, **mejora la calidad del descanso al aumentar la proporción de sueño REM** (fase asociada con la memoria y el estado de ánimo), acortar el tiempo para dormirse, reducir los despertares nocturnos y prolongar el tiempo total de sueño. Además, **ayuda a regular la temperatura corporal durante la noche y favorece la producción de serotonina**, un neurotransmisor clave para dormir bien y mantener el equilibrio emocional.

Progesterona

Conocida como la “hormona relajante”, tiene un efecto sedante natural que facilita el sueño y estabiliza la respiración durante el descanso. **Cuando sus niveles disminuyen (como ocurre en la menopausia), el sueño tiende a volverse más ligero y fragmentado**, con más despertares. La pérdida de progesterona incluso puede aumentar el riesgo de problemas respiratorios nocturnos (como ronquidos y apnea del sueño), al desaparecer su efecto protector sobre las vías aéreas.

¿Qué pasa con los “mensajeros” del sueño y la vigilia?

Estrógeno y progesterona también actúan sobre los neurotransmisores que alternan “modo sueño” y “modo alerta”. En condiciones normales, impulsan señales que calman (por ejemplo, favorecen circuitos tipo GABA/serotonina) y mantienen a raya las señales que nos activan. **Al bajar estas hormonas en la menopausia, ese equilibrio se rompe:** afectando a las orexinas (los “mensajeros de la vigilia”), **el cerebro queda más “encendido”** y aparecen más microdespertares y dificultad para conciliar el sueño.

En conjunto, la caída de estrógeno y progesterona explica que el sueño durante la menopausia se vuelva más superficial y entrecortado, con menor tiempo en fases de descanso profundo. **Múltiples estudios confirman que esta etapa se caracteriza por un sueño más fragmentado y ligero,** que no permite recuperarse como antes. No sorprende entonces que restablecer en parte estas hormonas mejore el sueño: las mujeres tratadas con terapia hormonal sustitutiva suelen reportar mejor calidad de descanso que quienes no la siguen (aunque este tratamiento conlleva riesgos y debe evaluarse de forma individual).





Lo que dice la ciencia:

El cerebro hiperactivo

El concepto de hiperalerta: el cerebro en guardia

¿Has sentido alguna vez que por más cansancio que tengas, tu mente sigue “de guardia” sin poder relajarse? Esa es la esencia de la **hiperalerta**.

En la actualidad se entiende que el insomnio no es solo “no poder dormir de noche”, sino un estado de **hipervigilancia de 24 horas**.

Los expertos lo describen como un “trastorno de la vigilia que dura las 24 horas del día”, que afecta al individuo tanto de noche como de día.

La doctora **Rachel Salas, neuróloga de la Universidad Johns Hopkins**, lo resume con una metáfora muy ilustrativa: “el insomnio no es un trastorno nocturno; es una condición cerebral de 24 horas, como un interruptor que siempre está encendido”.

En otras palabras, **el sistema que mantiene al cerebro despierto, en el insomne está constantemente activado**, impidiendo los estados de relajación profunda.





Esta hiperactivación continua ha llevado a considerar el insomnio crónico como una alteración del propio sistema de vigilia.

De hecho, desde un punto de vista neurofisiológico, el insomnio refleja un **desbalance entre los mecanismos que nos mantienen despiertos y los que promueven el sueño.**

La persona con insomnio se encuentra en un nivel de activación excesiva: su cerebro funciona “a todo volumen” cuando debería estar descansando.

Por eso no solo cuesta conciliar el sueño al acostarse y mantener el sueño, **también durante el día el cerebro permanece acelerado.**

Esta activación persistente explica por qué el insomnio es “una enfermedad de la noche que afecta todo el día”

¿Qué ocurre en tu cerebro cuando no logramos desconectar?

Imaginemos la escena: es de madrugada, estás agotada pero incapaz de “apagar” la mente. En el insomnio, **el cerebro actúa como si tuviera el pedal del acelerador atascado**. Diversos sistemas neurobiológicos que deberían bajar revoluciones por la noche se mantienen en marcha.

Dicho de forma simple: el cerebro “quema más combustible” cuando debería estar apagando motores. Incluso se ha observado algo paradójico: ciertas regiones cerebrales que normalmente deberían desactivarse al dormir **siguen encendidas simultáneamente junto a las áreas del sueño**, creando un estado mixto entre sueño y vigilia.





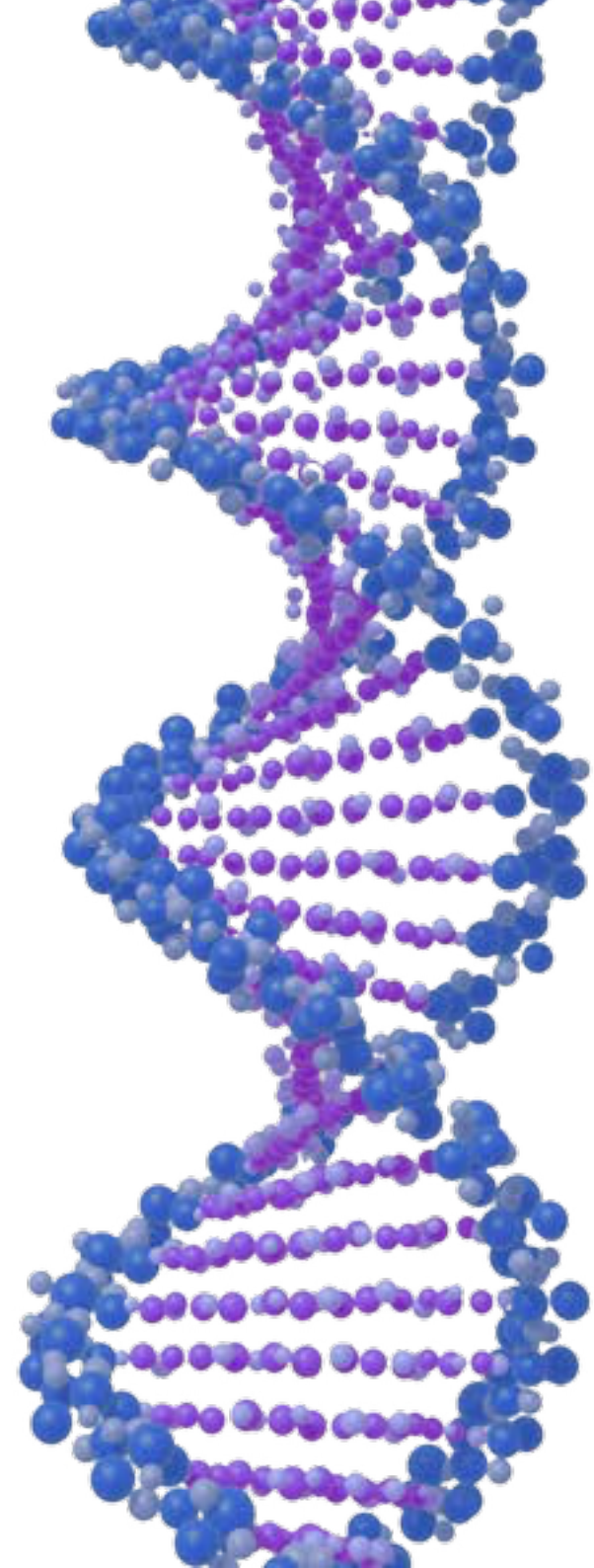
¿Y por qué yo?:

Las raíces del insomnio

Factores predisponentes: lo que traemos de serie

No todas partimos del mismo punto cuando se trata de dormir bien. La ciencia ha identificado ciertos factores predisponentes que hacen que **algunas personas tengan más papeletas para desarrollar insomnio**.

- **Genética:** Estudios en gemelos y familias indican que hasta un **40% de la variabilidad en el riesgo de insomnio** podría deberse a factores hereditarios. No es que “heredes el insomnio” como un color de ojos, pero sí ciertos rasgos neurobiológicos que facilitan su aparición.
- **Personalidad:** Personas con tendencia a la **hiperresponsabilidad**, al perfeccionismo o a la preocupación excesiva tienden a ser más vulnerables. La neuropsicología lo explica: un perfil más ansioso o reactivo al estrés mantiene el sistema de alerta más activo.
- **Antecedentes y hábitos:** Haber sufrido **insomnio en etapas anteriores de la vida**, o crecer en entornos con horarios caóticos y poco énfasis en la higiene del sueño, también aumenta el riesgo.



Factores desencadenantes: cuando la vida da un vuelco

Muchas historias de insomnio crónico empiezan con un episodio concreto, **una sacudida vital que altera tu equilibrio:**

- **Estrés agudo:** Un proyecto laboral intenso, un examen importante o un cambio de trabajo pueden ser el inicio.
- **Pérdidas:** La muerte de un ser querido, una ruptura o un divorcio no solo duelen emocionalmente: también alteran la arquitectura del sueño.
- **Crisis vitales:** Mudanzas, nacimientos, enfermedades propias o de familiares... eventos que rompen rutinas y elevan los niveles de estrés. El problema es que, incluso cuando la tormenta pasa, el insomnio a veces se queda. Aquí es donde entran en juego los factores perpetuantes.



Factores perpetuantes: los hábitos que sin querer alargan el problema

Los factores perpetuantes son el pegamento que mantienen vivo el problema y hacen que se alargue en el tiempo.

Algunos ejemplos:

- **Dormir a deshoras:** Acostarse y levantarse en horarios irregulares confunde a nuestro “reloj interno” (ritmo circadiano).
- **Siestas largas para compensar:** Pueden aliviar el sueño momentáneo, pero roban presión de sueño para la noche.
- **Pasar demasiado tiempo en la cama:** Intentar dormir más horas de las que realmente necesitamos genera frustración y rompe la asociación cama = descanso.
- **Uso excesivo de pantallas por la noche:** La luz azul inhibe la melatonina y retrasa el inicio del sueño.
- **Automedicación sin supervisión:** puede empeorar la calidad del sueño.

Estos hábitos pueden empezar como intentos de “arreglar” el sueño, pero a medio plazo **son gasolina para el insomnio.**

Enfermedades crónicas y otras condiciones asociadas

El insomnio rara vez viaja solo. Puede presentarse como síntoma de otra condición o como **trastorno independiente** que se agrava con problemas médicos.

Entre las más frecuentes:

- **Dolor crónico** (artritis, fibromialgia, lumbalgia).
- **Trastornos del ánimo** (depresión, ansiedad).
- **Enfermedades neurológicas** (Parkinson, Alzheimer).
- **Problemas hormonales:** menopausia, hipertiroidismo, síndrome de ovario poliquístico.
- **Trastornos respiratorios del sueño** como la apnea obstructiva.

La relación es bidireccional: el insomnio empeora la evolución de estas enfermedades y, a su vez, estas dificultan el descanso. Por eso, en atención primaria y en especialidades, es clave evaluar el sueño como parte del abordaje integral de cualquier paciente crónico.



Las raíces del insomnio crónico



Factores predisponentes:

Genética, personalidad,
antecedentes

Condiciones asociadas:

Enfermedades crónicas,
trastornos del ánimo,
problemas hormonales

Factores perpetuantes:

Malos hábitos
de sueño,
rutinas
inadecuadas

Factores desencadenantes:

Estrés, pérdidas,
crisis vitales

Fuente: Adaptado de Spielman et al., 1987; AASM 2022



¿Cuándo pedir ayuda?

Señales de que ya no es *“solo una racha”*



Despertarse alguna noche por un sofoco o porque la mente no desconecta entra dentro de lo esperado en la menopausia. Lo normal es tener altibajos en el sueño. Pero **una cosa es pasar por una racha y otra muy distinta es vivir con la sensación de que dormir bien se ha convertido en un recuerdo lejano.**

La clave está en saber cuándo conviene pedir ayuda profesional antes de que el insomnio se instale y te robe calidad de vida

Más allá de una mala noche:

Los especialistas hablan de un punto de corte muy claro: **si duermes mal tres noches a la semana o más, durante al menos tres meses seguidos**, y además **afecta a tu día** (notas cansancio, niebla mental, irritabilidad, entre otros), ya no es una racha. Es lo que se llama insomnio crónico.

Señales a tener en cuenta

No hace falta saberse manuales médicos para identificar que el problema va en serio. Basta con escuchar tu día a día.

Si te reconoces en más de uno de estos puntos, es momento de consultar con un médico.



Checklist

Te despiertas varias veces cada noche, sin razón aparente. Con un patrón claro: por lo menos 3 noches a la semana o más durante al menos 3 meses seguidos.

Te levantas antes de la alarma y ya no logras volver a dormir.

El cansancio se cuele en tu vida: Estás irritable, te cuesta concentrarte o incluso has tenido despistes peligrosos (como casi dormirse al volante).

La idea de ir a la cama te preocupa tanto que la noche se ha convertido en una fuente de angustia: "Otra vez me espera la batalla de dormir".

Déficit de memoria: De repente cuesta recordar nombres, citas o dónde hemos dejado las llaves. No se trata de una pérdida de memoria grave ni irreversible, sino de pequeños olvidos cotidianos que generan frustración.

Inestabilidad afectiva: Nos referimos a sentir altibajos emocionales intensos, tener menos tolerancia al estrés y reaccionar de forma más impulsiva o exagerada o por ejemplo sensación habitual de "montaña rusa emocional".

Señales de alarma que requieren atención

En la menopausia, es habitual tener noches interrumpidas por sofocos o sudores nocturnos, pero **no deberías normalizar un insomnio que se prolonga** y condiciona tu vida diaria.

Dormir bien no es un lujo, es una necesidad

Y si tu descanso se ha convertido en una batalla constante, pedir ayuda profesional es el primer paso para recuperarlo.

Además, **hay situaciones en las que pedir ayuda no admite demora:**

Checklist

Somnolencia peligrosa

te quedas dormida en momentos que podrían poner en riesgo tu vida o la de otros.

Dependencia de "atajos"

necesitas cada vez más pastillas o trucos para conciliar.

Ánimo bajo

notas ansiedad, tristeza persistente o pensamientos de hacerte daño. En España puedes llamar al **112** o al **024**, disponibles las 24 horas.

Síntomas de otro problema

fuertes ronquidos y tu pareja nota pausas en tu respiración, o las piernas no te dejan quedarte quieta cuando intentas dormir.



Cómo tratar el insomnio

en la menopausia:

de los trucos básicos

a la artillería pesada



Cambios de hábitos y terapias conductuales: la base de todo

Antes de mirar al cajón de las pastillas, hay que recordar lo esencial: **dormir no se receta, se reaprende**. Y el primer tratamiento es enseñarle de nuevo al cuerpo y a la mente cómo descansar.

Sí, suena a cliché, pero funciona. No es magia inmediata, pero al cabo de 2–3 semanas, los cambios se notan. **Piensa en estas rutinas como una inversión a largo plazo.**

La buena noticia es que el insomnio en la menopausia **tiene solución**

A veces toca **combinar varias piezas** hasta dar con la fórmula ganadora

¡Conoce algunos **hábitos clave!**



Lo no negociable: sincroniza tu reloj biológico



Levántate siempre a la misma hora

También los fines de semana. La regularidad es la base para que el cuerpo entienda cuándo toca descansar y cuándo toca activarse.



Si te desvelas, no te castigues

Quedarte en la cama dando vueltas solo genera más tensión. Mejor levántate, haz algo tranquilo —leer, escuchar música suave— y vuelve cuando tengas sueño.



Luz nada más despertar

Dedica entre **15 y 30 minutos** a exponerte a la luz natural de la mañana: ayuda a “resetear” tu reloj biológico y a que el cerebro entienda que empieza el día.



Dormitorio preparado para dormir

Mantén la habitación fresca (**18–20 °C**), oscura y silenciosa. Son condiciones simples, pero marcan la diferencia.



Hábitos y autocuidado que suman de verdad



Pantallas fuera

Al menos una hora antes de dormir, despídete de móvil, ordenador y tele. Y ya que estamos: el móvil, mejor fuera de la habitación.



Cuidado con lo que bebes

La cafeína y el alcohol por la tarde o noche son enemigos del sueño, aunque ese vinito parezca “relajante”. Y evita beber demasiados líquidos justo antes de dormir para no tener interrupciones innecesarias.



Siesta, solo estratégica

Úsala si de verdad te arrastras: corta (15–30 minutos) y no demasiado entrada la tarde.



Cena ligera

Las comidas copiosas de noche son garantía de dar vueltas en la cama.



Muévete cada día

El ejercicio ayuda a dormir mejor, pero coloca la intensidad en el horario correcto: cuanto más temprano, mejor. Si lo haces tarde, que sea algo suave como yoga o estiramientos, nunca un entrenamiento fuerte antes de meterte en la cama.



Crea un ritual relajante

Dedica la última hora del día a bajar revoluciones con actividades sencillas:

- una ducha tibia
- leer en papel
- escuchar música tranquila
- hacer 10 minutos de meditación guiada
- probar respiración lenta (inhalar en 4, exhalar en 6). Tu cuerpo entiende rápido la señal de “modo descanso”

Y hablando de cenas ligeras: Alimentos que ayudan a dormir

La ciencia ha identificado ciertos nutrientes —como el triptófano, la melatonina, el magnesio o la vitamina B6— que **juegan un papel directo en cómo conciliamos y mantenemos el sueño. Te dejamos un listado de algunos aliados para ayudarte a descansar mejor.**



Plátano

Aporta magnesio y triptófano, dos claves para relajar el cuerpo y preparar el terreno para dormir.



Kiwi

Fuente natural de serotonina, puede ayudarte a conciliar más rápido y mejorar la calidad del sueño.



Cerezas ácidas

Ricas en melatonina, regulan el ciclo sueño-vigilia de forma natural.



Nueces

También contienen melatonina, que ayuda a sincronizar el reloj interno.



Almendras

Su magnesio contribuye a relajar la tensión muscular y favorecer un descanso profundo.



Salmón

Sus ácidos grasos omega-3 estimulan la producción de melatonina y mejoran la calidad del sueño.



Pavo

Contiene triptófano, precursor de la melatonina, facilitando un sueño más profundo.



Espinacas

Otro alimento rico en magnesio que apoya la relajación muscular.

Terapia Cognitivo-Conductual para el Insomnio (TCC-I): la estrella de las terapias

Un programa estructurado que funciona tanto en rachas puntuales como cuando el insomnio ya está instalado.

En 4–8 sesiones se trabajan tres pilares muy concretos:

1.

Reeducar la cama

Cama = dormir y relaciones sexuales. Si pasan 20–30 minutos sin sueño, sales y regresas cuando te vuelva a entrar.

2.

Ajustar la “ventana” de sueño

Acostarte solo cuando tengas sueño y limitar el tiempo en cama al principio para recuperar el “apetito” de dormir, ampliándolo después.

3.

Ordenar la mente de madrugada:

Identificar y desactivar los pensamientos que activan el sistema justo cuando necesitas calma.

Nota clave:

La TCC-I es el tratamiento de primera línea para el insomnio y cuenta con la mayor evidencia científica. Sin embargo, cuando el insomnio se acompaña de otros problemas —como sofocos, apnea del sueño o ansiedad—, lo recomendable es un plan personalizado con el médico, donde **la TCC-I se mantiene como pilar, pero integrada con el manejo de esas condiciones asociadas.**

Opciones integrativas y suplementos naturales que pueden ayudarte a dormir mejor

Hay recursos naturales con respaldo científico que pueden ayudarte a mejorar la calidad del sueño y que puedes incorporar a tu rutina diaria. Eso sí: **estos remedios naturales no están recomendados por las guías clínicas** para el tratamiento del insomnio crónico. Por eso, aunque no requieren receta, es importante que tu médico sepa qué estás tomando para asegurarte de que encajan bien con tu situación personal.



Suplementos y nutrientes

Melatonina

El suplemento más conocido que ayuda a conciliar antes el sueño y a regular el reloj biológico, sobre todo si los despertares nocturnos se deben a cambios hormonales o de rutina.

Magnesio

Un mineral clave para relajar músculos y sistema nervioso. Cuando falta, el sueño se resiente; cuando se repone, el descanso mejora.

Glicina

Un aminoácido sencillo pero eficaz: tomado antes de dormir facilita entrar en fases más profundas del sueño.

Plantas con evidencia (aunque limitada):

Ashwagandha

Adaptógeno de la medicina ayurvédica. Puede mejorar la duración y la calidad del sueño, especialmente si el insomnio viene acompañado de estrés.



Valeriana

Probablemente la más conocida. Su efecto es suave, pero puede ayudarte si lo tuyo es tardar demasiado en "desconectar" al acostarte.



Manzanilla

Un clásico que no falla: calma, relaja y favorece la conciliación.



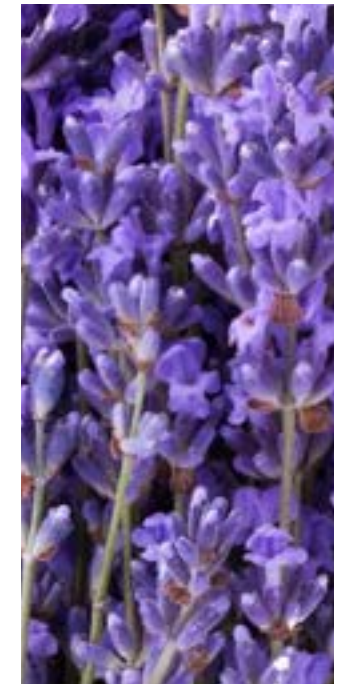
Pasiflora

Menos famosa que la manzanilla o la valeriana, pero efectiva en personas con insomnio por ansiedad.



Lavanda

En aceite esencial o aromaterapia, la evidencia es clara: inhalar lavanda antes de acostarte mejora la calidad del sueño y baja la tensión nerviosa.





***Precaución con suplementos:
“Natural” no siempre es
sinónimo de “inocuo”***



Siempre es recomendable consultar con un profesional de salud antes de empezar a tomar suplementos, sobre todo si tomas otros medicamentos (por ejemplo, la valeriana no se debe combinar con ansiolíticos sin orientación). En el caso de la ashwagandha, se han descrito algunos casos aislados de daño hepático, pero no porque sea un suplemento “tóxico” en sí, sino porque en ciertas personas **el cuerpo puede reaccionar de forma inesperada (como una especie de respuesta alérgica o individual)**.

Es decir, no es peligrosa para todo el mundo, pero tampoco se debe tomar a la ligera. Por eso es importante valorar el contexto, la dosis, posibles interacciones y, sobre todo, la calidad del producto. Y es que **la calidad de los suplementos no está regulada de igual forma que los medicamentos, por lo que es importante elegir marcas con certificación de calidad**.

Dicho esto, muchas de estas opciones **pueden ser complementos útiles** a tus otras estrategias. A veces sumar un pequeño aliado natural (aunque sea por el efecto placebo positivo) te da ese empujoncito para conciliar el sueño con más confianza.

Tratamientos médicos: cuando hace falta un extra

Llegamos a las famosas “**pastillitas para dormir**”.
¿Tienen su lugar? Sí, pero dentro de un enfoque responsable y personalizado, acorde a las recomendaciones de tu médico.

Cuando acudas a un profesional, te informará de las opciones que existen. Es importante recalcar que ninguna pastilla debe usarse sin supervisión médica ni como solución única.

Son un apoyo mientras trabajas la parte conductual

- **Terapia Hormonal de la Menopausia (THM)**
No se receta “para dormir” directamente, pero sí para sofocos y sudores nocturnos intensos. Y cuando esos se controlan, el sueño suele mejorar en cadena. Cabe destacar que la THM debe ser individualizada, evaluando beneficios y riesgos con tu ginecólogo.
- **Fármacos específicos (o no)** para el insomnio.



Tipos de fármacos para dormir

Los más comunes son los **hipnóticos benzodiazepínicos (las notorias benzodiazepinas) o fármacos Z.**

Actúan **deprimiendo el sistema nervioso** para inducir el sueño.

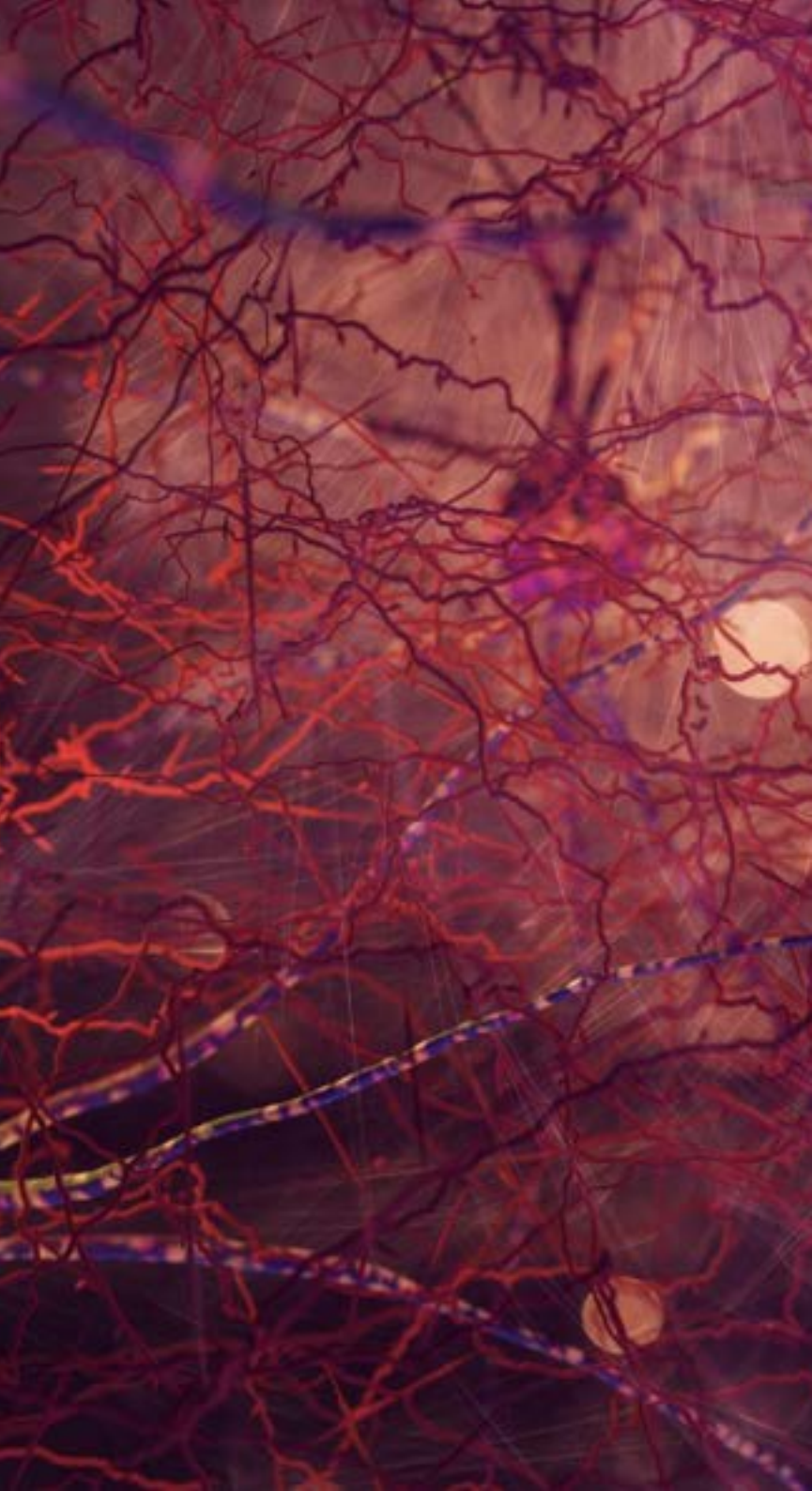
También en ocasiones se usan (a dosis bajas) ciertos **antidepresivos sedantes** o antihistamínicos, aunque no fueron diseñados específicamente para dormir.

Los hipnóticos tradicionales suelen acortar el tiempo en dormirse y prolongar un poco el sueño, pero **pueden provocar somnolencia al día siguiente**, afectar la memoria o equilibrio en la noche, y con uso prolongado generar **tolerancia y dependencia.**

Por eso son, en principio, **soluciones a corto plazo (menos de 4 semanas).** Por ello, la retirada debe ser gradual y supervisada para evitar síndrome de abstinencia.

La ciencia del sueño no se detiene, y en los últimos años ha habido un **cambio de paradigma en cómo abordar el insomnio.**





Tradicionalmente, los fármacos para dormir sedan el cerebro de forma inespecífica (lo “apagaban a martillazos”, por así decir).

Pero investigadores descubrieron que en el insomnio crónico el problema de base es un **cerebro en estado de hiperalerta**: ciertas neuronas de “vigilia” siguen activas por la noche impidiendo el sueño. Entonces, ¿por qué no atacar directamente esa hiperactivación en vez de sedarlo todo?

De aquí nacen las nuevas terapias dirigidas al **sistema de vigilia**. La más prominente es una clase de medicamentos llamados **antagonistas de los receptores de orexina (DORAs)**.

¿Orexina qué? La orexina es un neurotransmisor cuya función es mantenernos despiertos.

En las personas con insomnio crónico, el sistema de la vigilia puede estar excesivamente “encendido”. Pues bien, los fármacos DORAs **bloquean esas señales de vigilia**, facilitando que el cerebro entre en modo sueño de forma más natural. En lugar de empujarte a dormir, te dejan de empujar a estar despierta.

El primero de estos fármacos ha llegado recientemente a Europa

Aprobado en 2023 en España, este medicamento desarrollado por un laboratorio suizo se diferencia de los somníferos clásicos en varios aspectos: **no produce resaca ni somnolencia residual al día siguiente**, porque su efecto se concentra en la noche y respeta la arquitectura normal del sueño, facilitando un sueño reparador. Además, **aumenta el tiempo total de sueño nocturno y mejora la capacidad de funcionar al día siguiente**.

Tampoco causa relajación muscular excesiva (importante para evitar caídas nocturnas en personas mayores, por ejemplo) ni altera la memoria o coordinación. **Y algo muy relevante: a diferencia de las benzodiazepinas, se ha visto que no generan adicción porque actúa en un sistema diferente.**

No funciona para todos por igual y está indicado para **insomnio crónico** diagnosticado, bajo receta médica. Pero representa un **nuevo horizonte terapéutico: modula finamente el interruptor del sueño-vigilia.**



Insomnio agudo vs. crónico: No todos los fármacos valen para todo

Insomnio agudo

**De días o pocas semanas
(habitualmente
≤2-4 semanas).**

Puede requerir, en algunos casos, hipnóticos sedantes de acción corta durante el menor tiempo posible y siempre con supervisión médica.

VS.

Insomnio crónico

**Entre ≥3 meses y ≥3
noches/semana.**

Se aborda de forma distinta: la base es la intervención conductual (como la TCC-I) y, si se necesita apoyo farmacológico, se priorizan opciones con mejor perfil a largo plazo —por ejemplo, terapias dirigidas al sistema de vigilia como los DORAs—.



Importante:

Los fármacos pensados para el insomnio agudo (p. ej., benzodiazepinas y “fármacos Z”) **no deben usarse de forma crónica** por el riesgo de **tolerancia, dependencia/adicción, somnolencia residual, caídas** (especialmente en mayores) y **deterioro cognitivo**. Siempre con plan de retirada y revisión periódica con tu médico.

Dicho esto, no demonicemos los fármacos: pueden ser un salvavidas en momentos críticos.

Los **medicamentos “clásicos” para el insomnio** (hipnóticos sedantes) pueden ser muy útiles **en el corto plazo** o en momentos puntuales de insomnio agudo, pero **no son la solución de fondo** ni deberían usarse indefinidamente sin revisar por tu médico.



Fármacos para dormir

¿Por qué podrían ser necesarios?

Cuando ya llevas demasiado sin dormir y está pasando factura a tu calidad de vida.

Si a pesar de haber implementado mejoras en tu higiene del sueño, **el insomnio sigue persistiendo es posible que el problema tenga origen en el equilibrio de los neurotransmisores.** Esto no se puede arreglar solo a base de buenos hábitos y necesitas un apoyo extra.



¿Cómo y cuándo?

Solo cuando sea necesario, siempre con indicación de tu médico, dosis controladas, por tiempo limitado y acompañados de cambios en los hábitos de sueño. Y revisando periódicamente con tu médico el momento para retirar. **¿Sabías que los fármacos tradicionalmente utilizados para el insomnio, las notorias benzodiazepinas, solo se pueden tomar durante 4 semanas?** Esto es porque están indicadas solo para insomnios agudos (puntuales). Además, tienen un potencial adictivo muy alto y, tomadas a largo plazo, pueden aumentar el riesgo de caídas y de deterioro cognitivo.

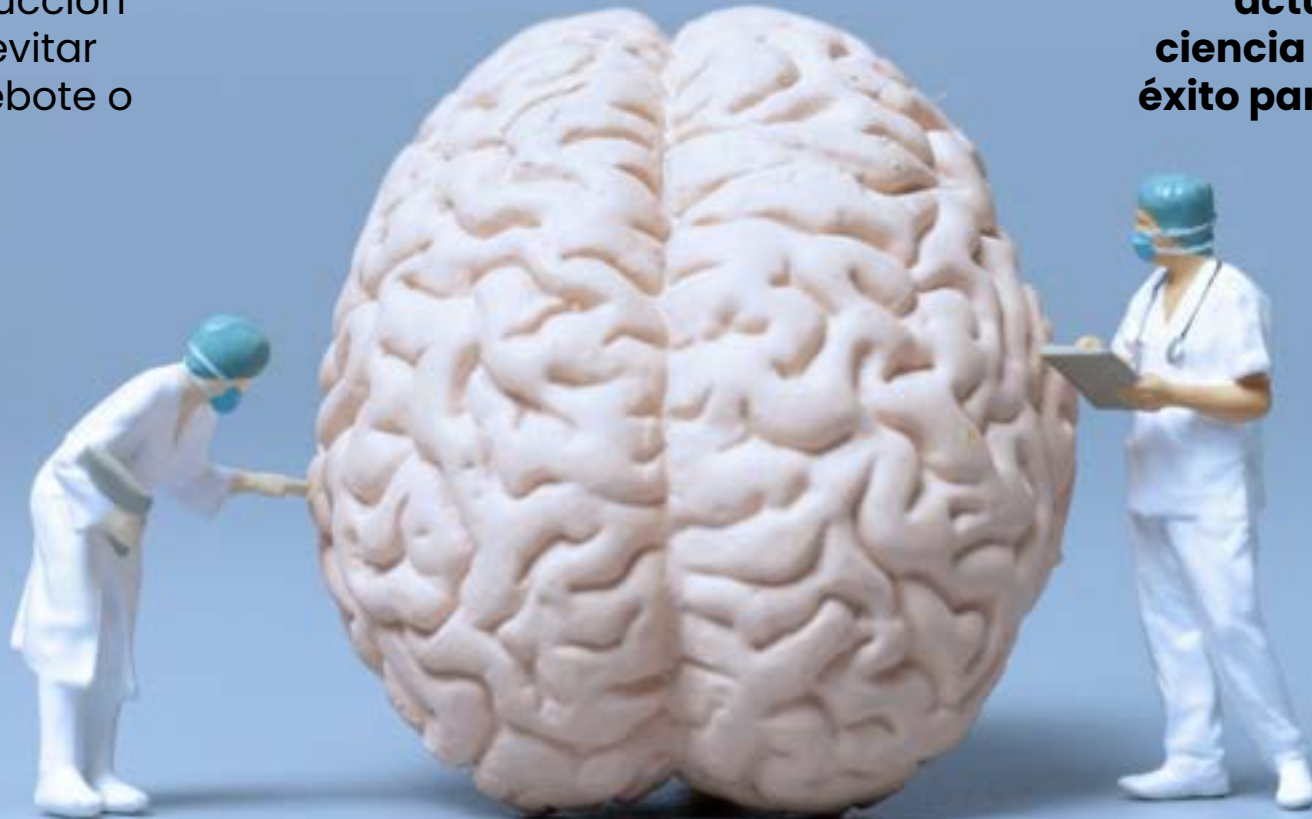


Habla con tu médico para decidir el tratamiento más adecuado para ti

Si llevas mucho tiempo con pastillas para dormir (benzodiazepinas o fármacos Z) y **quieres dejarlas, no lo hagas de golpe:** consúltalo con tu médico, pues habrá que hacer una reducción gradual para evitar insomnio de rebote o malestar.

Lo importante: hay opciones farmacológicas, pero deben usarse siguiendo las indicaciones de tu médico.

Y afortunadamente, las opciones están evolucionando para ser más seguras y específicas. Pero recuerda, **un abordaje integral, personalizado y actualizado con la ciencia es la receta de éxito para tu insomnio.**





¡Mereces volver a dormir bien!

Después de este recorrido, esperamos que tengas más claro algo fundamental: **no tienes por qué resignarte a pasar malas noches y malos días eternamente.**

El sueño es un pilar básico de tu salud y bienestar, y en la menopausia **sigue siendo igual de crucial**, aunque a veces se tambalee.

Muchas veces pensamos “no voy a ir al médico solo porque no duermo”, pero el **insomnio crónico no es una exageración: afecta al ánimo, al rendimiento y a la vida diaria.**

El primer paso es acudir a tu médico de cabecera o ginecólogo.

Conoce tu historia clínica y podrá orientarte: descartar problemas como tiroides o apnea del sueño, darte pautas de higiene del sueño o recomendarte terapias específicas. No tengas miedo de insistir y de poner el tema sobre la mesa: **tu descanso importa, y mucho.**

Si no encuentras respuestas, busca un especialista en sueño (neurólogo, psiquiatra o neurofisiólogo). También un especialista en menopausia o endocrinólogo puede ayudarte si los síntomas hormonales están detrás de tu mal dormir.



Cada caso es distinto: a veces basta con un ajuste sencillo, otras con ir probando hasta dar con la solución adecuada. **Lo importante es no resignarse ni normalizar el insomnio como “cosas de la edad”.**



insomnia womanhood

Si tienes insomnio crónico, pide ayuda.

Recupera tus noches y también tus días.

Es hora de redefinir
el insomnio crónico
Haz clic aquí para
más información



Bibliografía

Entrambasaguas et al., The prevalence of insomnia in Spain: A stepwise addition of ICSD-3 diagnostic criteria and notes. *Sleep Epidemiology* 2023, 3:100053.
(A raíz del dato: alrededor del 14% de la población padece insomnio crónico con repercusión diurna).

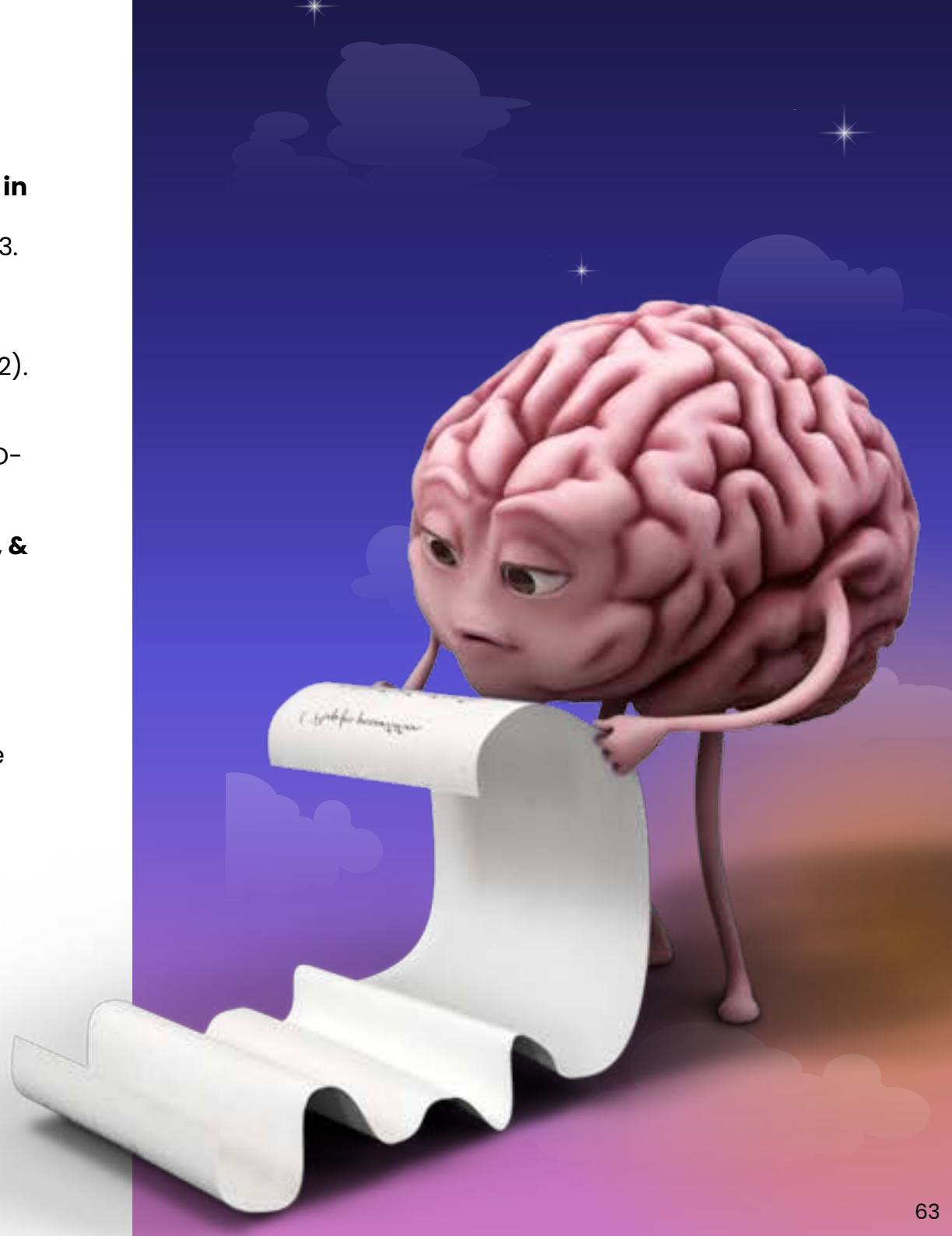
American Academy of Sleep Medicine (AASM). (2022). International Classification of Sleep Disorders (3ª ed., Text Revision). Darien, IL: AASM.
<https://aasm.org/wp-content/uploads/2022/05/ICSD-3-TR-Insomnia-Draft.pdf>

Qaseem, A., Kansagara, D., Forcica, M. A., Cooke, M., & Denberg, T. D. (2016). Management of chronic insomnia disorder in adults: A clinical practice guideline from the American College of Physicians. *Annals of Internal Medicine*, 165(2), 125–133.
<https://www.acpjournals.org/doi/10.7326/M15-2175>

Sociedad Española de Neurología (SEN). (2024, 14 de marzo).
<https://www.sen.es/saladeprensa/pdf/Link435.pdf>

Morin, C. M., & Jarrin, D. C. (2022). Epidemiology of insomnia: Prevalence, course, risk factors, and public health burden. *Sleep Medicine Clinics*, 17(2), 173–191.
<https://doi.org/10.1016/j.jsmc.2022.03.003>

Entrambasaguas, M., Romero, O., Guevara, J. A. C., Ibáñez, V., & Segarra, M. (2023). The prevalence of insomnia in Spain: A stepwise addition of ICSD-3 diagnostic criteria and notes. *Sleep Epidemiology*, 3, 100053. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2022.100053>



Bibliografía

Baker, F. C., Willoughby, A. R., Sassoon, S. A., Colrain, I. M., & de Zambotti, M. (2015). Insomnia in women approaching menopause: Beyond perception. *Psychoneuroendocrinology*, 60, 96–104. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2015.06.005>

Mignot, E., Mayleben, D., Fietze, I., Léger, D., Zammit, G., Bassetti, C. L. A., ... & Roth, T. (2022). Safety and efficacy of daridorexant in patients with insomnia disorder: Results from two multicentre, randomised, double-blind, placebo-controlled, phase 3 trials. *The Lancet Neurology*, 21(2), 125–139. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(21\)00436-1](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(21)00436-1)

Kishi, T., Koebis, M., Sugawara, M., Kawatsu, Y., Matsuda, Y., Okuya, M., ... & Iwata, N. (2024). Orexin receptor antagonists in the treatment of insomnia associated with psychiatric disorders: A systematic review. *Translational Psychiatry*, 14(1), 374. <https://doi.org/10.1038/s41398-024-03087-4>

Riemann D, Espie CA, Altena E, et al. (2023). The European Insomnia Guideline: An update on the diagnosis and treatment of insomnia 2023. J Sleep Res., 32(6):e14035. doi:10.1111/jsr.14035

