



**UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA**

Facultad de Medicina

**¿Es normal el insomnio en los adolescentes? - Abordaje del insomnio en el
adolescente**

Is insomnia normal in teenagers? - Addressing insomnia in adolescents

**Perlas
Clínicas**

en Medicina





¿Es normal el insomnio en los adolescentes? - Abordaje del insomnio en el adolescente Is insomnia normal in teenagers? - Addressing insomnia in adolescents

Juan Manuel Ospina

Médico y Cirujano, Residente de Psiquiatría, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia.

Juan David Palacio Ortiz

Médico Psiquiatra Infantil, Coordinador de la Especialización de Psiquiatría de Niños y del Adolescente, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia.

DOI: <https://doi.org/10.59473/medudea.pc.2025.105>

Guía para el aprendizaje

¿Qué debes repasar antes de leer este capítulo?

- Repasar los aspectos más importantes sobre el sueño en las diferentes etapas del desarrollo, y los criterios diagnósticos.

Objetivos del capítulo:

- Aprender aspectos básicos sobre el abordaje inicial de un adolescente con insomnio.
- Conocer los principales diagnósticos diferenciales del insomnio en adolescentes.
- Aprender aspectos básicos sobre el tratamiento del insomnio en adolescentes.





Palabras clave: Psicofisiología; Duración del Sueño; Higiene del Sueño.

Keywords: Psychophysiology; Sleep Duration; Sleep Hygiene.

Cómo citar este artículo: Ospina JM, Palacio JD. ¿Es normal el insomnio en los adolescentes? - Abordaje del insomnio en el adolescente. [Internet]. Medellín: Perlas Clínicas, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia; 2025 [Acceso día de mes de año]. DOI: <https://doi.org/10.59473/medudea.pc.2025.105>

1. Viñeta clínica

Paciente masculino de 15 años, convive con sus padres. Escolarizado, noveno grado. Es traído a consulta por insomnio de conciliación: “Me demoro 2-3 horas para dormir”. Desde hace 6 meses esto le sucedía ocasionalmente, pero en los últimos 5 meses es la mitad de las noches. No hay un evento precipitante asociado. Hábito de sueño: en semana se acuesta de 10-11 P.M, y se levanta a las 6 A.M. No presenta despertares en la noche, ni tampoco insomnio terminal. Hace siestas para reponer el sueño dos o tres veces por semana, de 90 a 120 minutos de duración. Durante los últimos meses ha disminuido su rendimiento escolar, se nota irritable, y presenta cefaleas matutinas.

Uso de pantallas: 1 a 2 horas de videojuegos/día entre semana y el doble o triple del tiempo los fines de semana. Utiliza el celular en la noche cuando no puede dormir. Otros hábitos: no le gusta hacer ejercicio, y consume hasta 4 gaseosas al día. No consume sustancias psicoactivas, ni vaporizador. La mamá se pregunta si es normal el insomnio en los adolescentes.

Preguntas sobre el caso

- ¿Qué se debe considerar para un buen abordaje del insomnio en los adolescentes?
- ¿Cómo determinar si presenta trastorno por insomnio?
- ¿Qué diagnósticos diferenciales deberían considerarse?

En caso de confirmarse el diagnóstico:





- ¿Qué comorbilidades deberían evaluarse?
- ¿Cuáles intervenciones no farmacológicas podrían ser más efectivas?
- En caso de ser necesario, ¿Cuál sería el tratamiento farmacológico?

Desarrollo

Aspectos básicos sobre el sueño en niños y adolescentes

El sueño es un componente esencial del desarrollo infantil y adolescente, con funciones clave en la consolidación de la memoria, el aprendizaje, la plasticidad cerebral, la regulación de funciones corporales y el bienestar emocional (1).

El sueño se compone de dos estados principales: el sueño de movimientos oculares rápidos (MOR) y el sueño no MOR, este último dividido en tres fases de profundidad creciente. Estas fases se alternan en ciclos de aproximadamente 90 minutos en los adultos, pero su organización madura progresivamente desde la infancia (2). En la **Tabla 1** se muestra la duración promedio de cada grupo. Las variaciones en los patrones de sueño a lo largo de las etapas del desarrollo reflejan las necesidades biológicas y sociales de cada periodo.

Tabla 1. Duración del sueño según los grupos etarios

Edad	Duración (horas)
Recién Nacido	16-18
1 año	15
2 - 3 años	12 - 14
4 - 6 años	11 - 13
7 - 11 años	10 - 11
Adolescencia temprana 12 – 14 años	8 - 9
Adolescencia tardía	7- 8





En el primer año de vida, el sueño está condicionado por la alimentación y se caracteriza por ciclos cortos de sueño-vigilia. A partir de los seis meses, los ciclos de sueño empiezan a estructurarse en un patrón más cercano al del adulto. Durante la infancia temprana (1-3 años), el sueño MOR disminuye progresivamente hasta alcanzar el 25 %, una proporción similar a la del adulto. Sin embargo, el sueño lento sigue siendo predominante, lo que contribuye a procesos restauradores y de consolidación de la memoria. En la edad preescolar y la infancia media, aparecen patrones de sueño más consolidados, aunque pueden surgir trastornos como el insomnio de conciliación o mantenimiento.

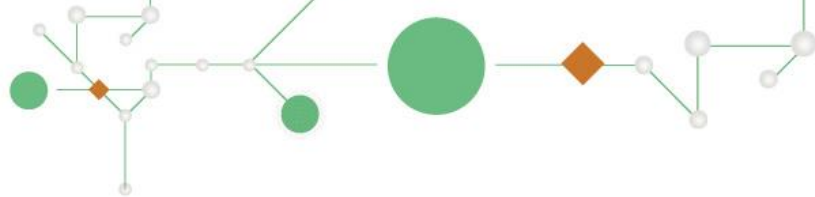
La adolescencia es una etapa marcada por cambios biológicos y sociales que impactan significativamente en el sueño. A nivel fisiológico, se observa un retraso en la liberación de melatonina, lo que produce una fase tardía del inicio del sueño. Esto, sumado a factores externos como las exigencias escolares, el uso de dispositivos electrónicos y las actividades sociales, resulta en horarios de sueño irregulares y una reducción del tiempo total de sueño. Además, el impacto de hábitos como el consumo de bebidas con cafeína y el uso de sustancias legales o ilegales puede exacerbar los problemas de sueño (1,2).

Epidemiología

Los trastornos del sueño son frecuentes en la población pediátrica, y afectan aproximadamente el 25 a 40 % de la población pediátrica (3). Durante los primeros años de vida, las quejas más comunes son insomnio, despertares frecuentes en la noche, parasomnias y sueño alterado por la respiración (como síndrome de apnea-hipopnea obstructiva [SAHOS]). Desde la edad preescolar en adelante, pueden ocurrir los trastornos relacionados con una higiene inadecuada del sueño, y en la adolescencia, con condiciones circadianas (fase retrasada del sueño) o excesivo movimiento durante el sueño (síndrome de piernas inquietas).

En adolescentes, la prevalencia de insomnio está entre el 24 % y el 37 % (4). Las diferencias en las tasas se atribuyen a diferentes metodologías y criterios. Por su parte, los adolescentes con trastornos psiquiátricos (especialmente los relacionados con el neurodesarrollo), tienen





tasas de insomnio más altas. Por ejemplo, hasta el 80 % de los jóvenes con trastorno del espectro autista presentan dificultades para dormir, y un 30-40 % de pacientes con TDAH presentarán insomnio y otros trastornos del sueño (5,6). El trastorno depresivo mayor (TDM), trastorno bipolar y los trastornos de ansiedad presentan dentro de sus síntomas el insomnio de conciliación, incluso muchas veces es un síntoma heraldo. El trastorno por insomnio es un problema silente, y no todos los adolescentes llegan a la consulta. Su presencia genera repercusiones en el rendimiento académico, la regulación de emociones, el desempeño en actividades físicas, la interacción social, el relacionamiento familiar, entre muchas otras (7). De igual forma, el insomnio y el sueño insuficiente han sido descritos como factores de riesgo para el TDM, el consumo de sustancias psicoactivas, y las conductas suicidas (8).

Clasificación de los trastornos del sueño

Existen varios sistemas empleados para clasificar los trastornos del sueño, incluidos: la *Clasificación Internacional de los Trastornos del Sueño, 3.ª Edición (ICSD-3)*, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 5.ª Edición (DSM-5-TR), la Clasificación Internacional de Enfermedades, 11.ª Edición, (ICD-11), y la Clasificación Diagnóstica de Cero a Tres (DC: 0-5) (9–11), **Tabla 2**.

Tabla 2. Clasificación de los trastornos del sueño

ICSD-3	DSM-5- TR
Insomnio	Trastorno de insomnio
Trastornos respiratorios relacionados con el sueño	Trastornos de hipersomnolencia
Trastornos centrales de hipersomnolencia	Narcolepsia
Trastornos del ritmo circadiano	Trastornos respiratorios relacionados con el sueño
Parasomnias	Trastornos del ritmo circadiano
Trastornos del movimiento relacionados con el sueño	Trastorno de excitación del sueño NREM
Otros trastornos relacionados con el sueño	Trastorno de pesadillas
	Trastorno conductual del sueño REM





	Síndrome de piernas inquietas
	Trastorno del sueño inducido por sustancias/medicamentos

*Adaptado de (11) y (9).

La **(ICSD-3)** incluye varias categorías como insomnios, parasomnias, hipersomnias, trastornos respiratorios relacionados con el sueño, trastornos del ritmo circadiano, trastornos del movimiento relacionados con el sueño y otros trastornos del sueño. El **(DSM-5)** es un sistema de clasificación multiaxial que divide los trastornos del sueño en: trastorno de insomnio, trastorno de hipersomnolencia, narcolepsia, trastornos respiratorios relacionados con el sueño, trastornos del sueño-vigilia del ritmo circadiano, parasomnias, síndrome de piernas inquietas (RLS), trastorno de conducta durante el sueño REM, otros trastornos especificados y no especificados de insomnio, otros trastornos especificados y no especificados de hipersomnolencia, y otros trastornos especificados y no especificados del sueño-vigilia. Para lactantes y preescolares se recomienda el uso del sistema de clasificación **De Cero a Tres** (10).

¿Cómo determinar si presenta trastorno por insomnio?

Resulta fundamental tener en cuenta los criterios diagnósticos y un buen abordaje clínico.

Criterios diagnósticos

A continuación, se presentan los criterios diagnósticos para trastorno de insomnio en los dos sistemas de clasificación más importantes para los trastornos de sueño (ICSD-3) (9) y enfermedad mental (DSM-5-TR) (11). Ambos tienen en común el requerimiento de síntomas nocturnos para iniciar o mantener el sueño, así como la presencia de malestar significativo asociado y la duración de mínimo tres días a la semana por mínimo durante tres meses. Es de resaltar que el ICSD-3 menciona explícitamente la necesidad de síntomas diurnos específicos para poder hablar de un trastorno de insomnio. **Tablas 3 y 4.**



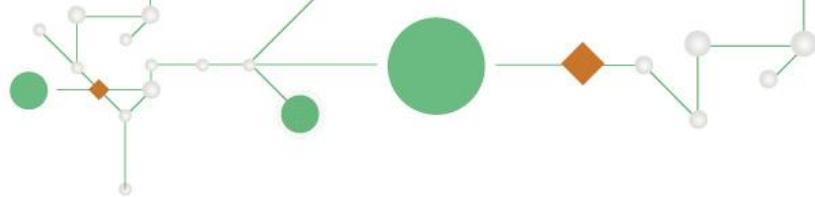


Tabla 3. Criterios Diagnósticos para el Trastorno de Insomnio según el DSM-5-TR

Criterio A Predominante insatisfacción por la cantidad o la calidad del sueño, asociada a uno (o más) de los síntomas siguientes: 1. Dificultad para iniciar el sueño. 2. Dificultad para mantener el sueño, que se caracteriza por despertares frecuentes o problemas para volver a conciliar el sueño después de despertar. 3. Despertar pronto por la mañana con incapacidad para volver a dormir.
Criterio B La alteración del sueño causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral, educativo, académico, del comportamiento u otras áreas importantes del funcionamiento.
Criterio C La dificultad del sueño se produce al menos tres noches a la semana.
Criterio D La dificultad del sueño está presente por un mínimo de tres meses.
Criterio E La dificultad del sueño se produce a pesar de las condiciones favorables para dormir.
Criterio F El insomnio no se explica mejor por otro trastorno del sueño-vigilia y no se produce exclusivamente en el curso de otro trastorno del sueño-vigilia (p. ej. narcolepsia, trastorno del sueño relacionado con la respiración, un trastorno del ritmo circadiano de sueño vigilia, una parasomnia).



Criterio G

El insomnio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia.

Criterio H

La coexistencia de trastornos mentales y afecciones médicas no explica adecuadamente la presencia predominante de insomnio.

Especificar si:

Con trastorno mental concurrente no relacionado con el sueño.

Con otra afección médica concurrente.

Con otro trastorno del sueño.

Episódico: los síntomas duran como mínimo un mes, pero menos de tres meses.

Persistente: los síntomas duran tres meses o más.

Recurrente: dos o más episodios en el plazo de un año.

Modificado de referencia (11).

Tabla 4. Criterios Diagnósticos para el Trastorno de Insomnio según el ICSD-3

Criterio A

El paciente reporta una o más de las siguientes dificultades:

- 1. Dificultad para iniciar el sueño**
- 2. Dificultad para mantener el sueño**
- 3. Despertar temprano por la mañana con incapacidad para volver a dormir**

Criterio B

El insomnio debe estar asociado con uno o más de los siguientes síntomas diurnos:

- 1. Fatiga o malestar general.**
- 2. Dificultad para concentrarse o alteración de la memoria.**
- 3. Alteración del estado de ánimo o irritabilidad.**
- 4. Somnolencia diurna.**





5. **Motivación reducida, energía disminuida o inicio de conductas evitativas.**
6. **Mayor propensión a errores o accidentes, tanto en el trabajo como mientras se conduce.**
7. **Preocupación o insatisfacción por la calidad o cantidad del sueño.**

Criterio C

1. **Las dificultades para dormir ocurren a pesar de que las circunstancias para el sueño sean adecuadas (es decir, tiempo y ambiente adecuados para dormir).**
2. **La alteración del sueño no puede explicarse mejor por otro trastorno del sueño, enfermedad médica, uso de sustancias o medicamentos.**

Criterio D

1. **El insomnio debe ocurrir al menos tres veces por semana.**
2. **Debe estar presente durante un período de al menos tres meses.**

Criterio E

La alteración del sueño debe causar un deterioro significativo en áreas importantes de la vida, como el funcionamiento social, académico, ocupacional o en otras actividades diarias.

*Adaptado de (9)

Abordaje clínico del insomnio

¿Qué se debe considerar para un buen abordaje del insomnio en los adolescentes?

Dada la alta prevalencia de los trastornos del sueño y especialmente el insomnio en adolescentes, el enfoque y tratamiento de estos pacientes debe realizarse desde el primer nivel de atención. Se recomienda como estrategia de tamizaje el cuestionario BEARS en el cual se indaga por problemas a la hora de ir a dormir, somnolencia diurna excesiva, despertares durante la noche, regularidad y duración del sueño, ronquidos (12). En caso de encontrarse





problemas en alguno de estos dominios, se pasa a un cuestionario más amplio como el SDSC (Escala de trastornos del sueño para niños de Bruni) (10).

El cuestionario SDSC evalúa 10 dominios sobre síntomas relacionados con el sueño, y un grupo de preguntas de evaluación global. Dentro de estos dominios se incluyen:

- a. Insomnio.
- b. Despertares nocturnos.
- c. Miedos o terrores nocturnos.
- d. Somnolencia diurna.
- e. Parálisis del sueño.
- f. Sonambulismo.
- g. Respiración irregular o dificultad para respirar durante el sueño.
- h. Movimientos durante el sueño.
- i. Otros problemas relacionados.

Para un buen abordaje es importante realizar una anamnesis completa en la cual se debe indagar sobre los siguientes aspectos (13,12):

- Edad de comienzo de los síntomas.
- Descripción del sueño durante las 24 horas (¿Cómo?, ¿Cuánto?).
- Higiene del sueño.
- ¿Problemas de conducta?
- ¿Rendimiento escolar?
- ¿Qué pasa durante la noche y qué pasa durante el día?
- Historia familiar de trastorno del sueño.
- Asociado a un problema transitorio puntual (nacimiento de hermano, nueva niñera).
- Asociado a un problema crónico (asma, dermatitis atópica).
- Afectación de otras funciones biológicas.





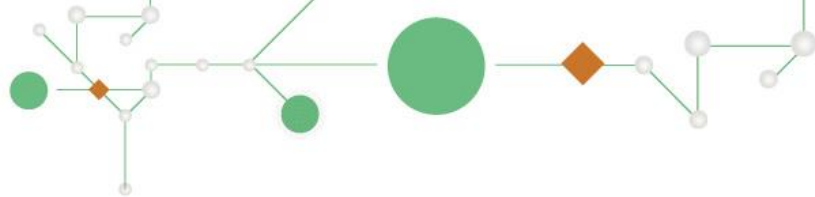
- ¿Tiene una clínica típica? SAHOS, síndrome piernas inquietas.
- Uso de fármacos y sustancias psicoactivas

¿Qué diagnósticos diferenciales deberían considerarse?

La evaluación del insomnio en adolescentes requiere un enfoque detallado para diferenciarlo de otros trastornos del sueño y condiciones psiquiátricas o médicas subyacentes (12,14,15). La **Tabla 5** menciona algunas condiciones.

Tabla 5. Diagnóstico Diferencial del Insomnio en Adolescentes

Diagnóstico por considerar	Descripción
1. Higiene del sueño deficiente	Se debe verificar la lista de las medidas de higiene, para detectar algunas conductas y factores ambientales que puedan explicar la presentación del insomnio. Revisar entre muchos otros: uso excesivo de pantallas, horarios irregulares de sueño, siestas prolongadas, falta de actividad física, patrones mal adaptativos, características del ambiente que no favorecen el sueño (ruido, luz, temperatura, etc.).
2. Trastornos psiquiátricos	Se debe evaluar la presencia de síntomas ansiosos o depresivos que puedan conformar un diagnóstico, con lo cual el insomnio sería sólo un síntoma de un trastorno psiquiátrico. Los trastornos de ansiedad cursan con insomnio inicial o terminal, de igual manera uno de los síntomas asociados al TDM es el cambio en el patrón de sueño (insomnio o incapacidad para mantener el sueño). De igual manera los pacientes con TEA y TDAH presentan frecuentemente insomnio.
3. Uso de sustancias	Aquí se incluyen no sólo las ilegales, sino también legales como la cafeína, nicotina, alcohol y estimulantes que



	interfieren sobre la arquitectura del sueño. Se incluye también los vaporizadores con nicotina, y destilado de cannabis. La abstinencia de cannabis produce insomnio.
4. Medicaciones y enfermedades	Algunas medicaciones producen como efecto secundario el insomnio. Deben considerarse B-adrenérgicos, estimulantes, corticosteroides, anticonvulsivantes, antidepresivos, entre otros. Enfermedades que cursan con síntomas como el dolor crónico o prurito, entorpecen el buen dormir. Igualmente, algunos trastornos respiratorios y gastrointestinales. Otras enfermedades son epilepsia de lóbulo frontal, deficiencia de hierro, enuresis, etc.
5. Insomnio psicofisiológico	Algunos pacientes presentan preocupación excesiva sobre el sueño, que conduce a una rumiación continua sobre el tema, con la consecuente hiperactivación e imposibilidad para conciliar el sueño. Los pensamientos negativos o catastróficos sobre el insomnio y sus consecuencias perpetúan esta conducta.
6. Trastornos de Sueño	
Síndrome de apnea-hipoapnea obstructiva de sueño (SAHOS)	El SAHOS puede presentarse con despertares frecuentes y sueño fragmentado. Algunos factores de riesgo para este son obesidad, hipertrofia de amígdalas, y antecedentes familiares.
Síndrome de piernas inquietas (SPI)	El SPI se caracteriza por la necesidad de mover las piernas durante el reposo y el sueño, y puede causar dificultades para conciliar y mantener el sueño.
Retraso de la fase de sueño (RFS)	Los trastornos del ritmo circadiano, como el RFS en adolescentes se manifiesta por dificultad para conciliar el sueño en el horario convencional en los días escolares. A diferencia del insomnio los jóvenes con el trastorno pueden





dormir cuando se les permite fines de semana o en vacaciones.

*Adaptado de (12,14,15)

Consideraciones en los adolescentes

Hay múltiples factores (cambios neurobiológicos, psicológicos y sociales) que convierten a los adolescentes en un grupo etario especialmente vulnerable a experimentar privación de sueño, así como sus consecuencias en salud mental.

Dentro de los cambios neurobiológicos que ocurren en la adolescencia destacan una reducción global en la duración del sueño, con una disminución del sueño de ondas lentas y un leve aumento del sueño de movimientos oculares rápidos. Los cambios en los ritmos circadianos endógenos están asociados con las modificaciones del ciclo sueño-vigilia que ocurren durante la adolescencia, los ritmos de melatonina se retrasan con la pubertad, los niveles de cortisol aumentan y siguen un ritmo más plano, hay un retraso en el ritmo de la temperatura corporal asociado a una preferencia vespertina en los adolescentes, el uso generalizado de tecnología durante la noche puede amplificar aún más la desregulación de la melatonina entre población joven. La acumulación de presión del sueño es más lenta en los adolescentes maduros en comparación con los niños prepúberes o en etapas tempranas de la pubertad (7,16).

Los factores psicológicos y sociales pueden intensificar aún más las modificaciones en los horarios de sueño durante la adolescencia, dentro de estos tenemos: la presión social de los compañeros, el rechazo a seguir las normas sociales o familiares, el aumento de la autonomía en la decisión de las rutinas para acostarse (17).



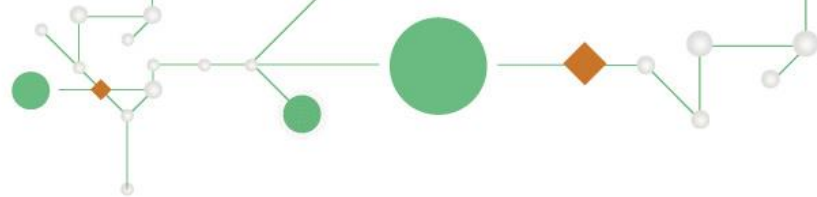


Algunos de estos factores pueden actuar como predisponentes: la reactividad del sueño es la tendencia a exhibir problemas de sueño ante eventos estresantes, como rasgos de personalidad se describen el neuroticismo, sensibilidad a la ansiedad, perfeccionismo, tendencia a internalizar los problemas.

Dentro de los factores precipitantes se encuentran eventos estresantes de la vida con valencia emocional negativa.

Como factores perpetuadores se describen: pasar demasiado tiempo en cama, un horario de sueño y vigilia irregular, siestas diurnas, el condicionamiento clásico (si la habitación y la cama del paciente con insomnio se condicionan a la activación y ansiedad), preocupación y rumiación, sesgos cognitivos (17).





Viñeta clínica (desenlace)

En la primera consulta se identificaron dificultades con la higiene del sueño como el uso de pantallas al final del día, siestas extensas, consumo de bebidas con cafeína, entre otras. Se dieron recomendaciones sobre la higiene del sueño al joven y a su madre acompañante en la consulta. En la segunda consulta, se revisó que el cumplimiento de estas medidas había sido parcial, por lo tanto, parte de la consulta se invirtió en motivar al paciente para llevar a cabo cambios conductuales. De igual manera se revisaron posibles trastornos psiquiátricos, y otras comorbilidades posibles que explicaran la presencia del insomnio. Al ser el insomnio un diagnóstico clínico, y al no tener indicios de otros trastornos del sueño como trastornos del ritmo circadiano, ni tampoco síntomas de otras posibles comorbilidades, se recomendó al paciente realizar algunas medidas no farmacológicas como la terapia cognitiva conductual en insomnio. El paciente regresa a la consulta después de 3 meses reportando mejoría del insomnio, por lo cual no fue necesario avanzar con propuestas farmacológicas. Véase a continuación los diferentes apartados.

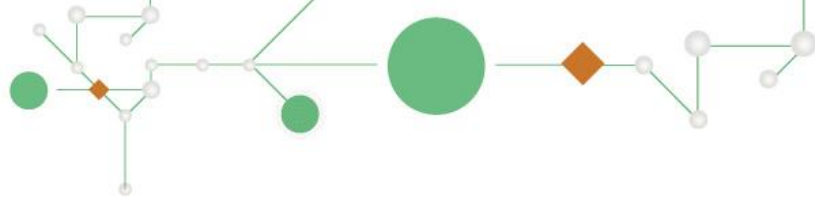
¿Qué comorbilidades deberían evaluarse?

Las comorbilidades se deben sospechar según el cuadro clínico de cada paciente. En el caso de este joven con trastorno de insomnio se deben evaluar diferentes comorbilidades médicas, neurológicas, psiquiátricas y de otro tipo (12,15), **Tabla 6**.

Tabla 6. Comorbilidades asociadas al Insomnio Juvenil

Psiquiátricas	Médicas	Neurológicas	Otras comorbilidades
Trastorno depresivo mayor (TDM)	Asma y enfermedades respiratorias crónicas	Epilepsias	Uso problemático de tecnologías y redes sociales





Trastorno de ansiedad (TAG, fobias, TOC)	Enfermedades gastrointestinales (RGE, colon irritable)	Migrañas	Trastorno por consumo de sustancias (alcohol, cannabis, estimulantes)
Trastorno bipolar	Dolor crónico (cefalea tensional, fibromialgia)	Parálisis cerebral	Problemas de regulación emocional
Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH)	Obesidad y síndrome metabólico	Traumatismo craneo encefálico (TCE)	Trastornos del ritmo circadiano
Trastorno del espectro autista (TEA)	Síndrome de fatiga crónica	Síndrome de piernas inquietas	Factores psicosociales (acoso escolar, problemas familiares)
Trastorno de estrés postraumático (TEPT)	Enfermedades autoinmunes (lupus, artritis juvenil)	Narcolepsia	Ritmo de vida irregular (estudio, Jet-Lag social)
Trastornos de la conducta y oposiciónista y desafiante	Trastornos Endocrinos (hipotiroidismo, diabetes tipo uno)	Trastornos del desarrollo neurológico	Trastorno de comportamiento alimentario nocturno
Psicosis y esquizofrenia	Alergias severas		Trastorno de la conducta alimentaria

¿Cuáles intervenciones no farmacológicas podrían ser más efectivas?

En todos los pacientes como medida preventiva y terapéutica, se deben enseñar a todos los pacientes los hábitos de higiene del sueño (18,19), **Tabla 7**.



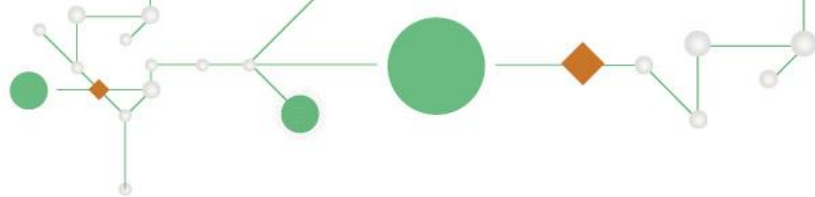


Tabla 7. Hábitos de higiene de sueño

Recomendación	
1	Establecer un horario regular para irse a dormir y despertarse.
2	Si tiene la costumbre de tomar siestas, no exceder los 45 minutos de sueño diurno.
3	Evitar la ingestión excesiva de alcohol 4 horas antes de acostarse, y no fumar.
4	Evitar bebidas con cafeína 6 horas antes de acostarse (café, té gaseosas, chocolate).
5	Evitar los alimentos pesados, picantes o azucarados 4 horas antes de acostarse. Un refrigerio ligero antes de acostarse es aceptable.
6	Hacer ejercicio regularmente, pero no justo antes de acostarse.
7	Usar ropa de cama cómoda y acogedora.
8	Encontrar una configuración de temperatura de sueño cómoda y mantener la habitación bien ventilada.
9	Bloquear todo el ruido que distrae y elimine la mayor cantidad de luz posible.
10	Reservar la cama para dormir y el sexo, evitando su uso para el trabajo o la recreación general.

*Adaptado de (18,19)

La primera línea de manejo para el insomnio en adolescentes es la terapia cognitivo conductual, consiste en una serie de intervenciones conductuales y cognitiva que se aplican gradualmente, a continuación, se exponen algunos de sus elementos (18,19).

Psicoeducación: incluye temas como el desarrollo típico del sueño y las duraciones recomendadas, los ritmos circadianos, la presión homeostática del sueño, la arquitectura del sueño, las asociaciones constructivas del sueño, la participación de los padres en el contexto del sueño.

Promoción de rutinas de sueño positivas: Fortalecer las asociaciones entre los estímulos que favorecen el sueño y el inicio de este. Aumentar la predictibilidad de los horarios de sueño y, de este modo, regular no sólo las respuestas conductuales y emocionales al contexto del sueño, sino también los ritmos circadianos del niño.





Control de estímulos: dentro de los que se incluyen, ir a dormir cuando se tenga sueño. Evitar realizar actividades distintas a dormir en el dormitorio tanto como sea posible. Salir del dormitorio si no se logra conciliar el sueño.

Restricción de sueño: Regularizar y sincronizar los ritmos circadianos. Garantizar que la presión homeostática del sueño sea lo suficientemente elevada al intentar dormir, de manera que el tiempo en la cama se dedique principalmente a dormir en lugar de estar despierto.

Terapias de extinción: Fomentar la autorregulación al reducir la participación de los padres. Son empleadas principalmente en niños menores.

Técnicas cognitivas: buscan reevaluar las creencias erróneas relacionadas con el sueño a través de la reestructuración cognitiva.

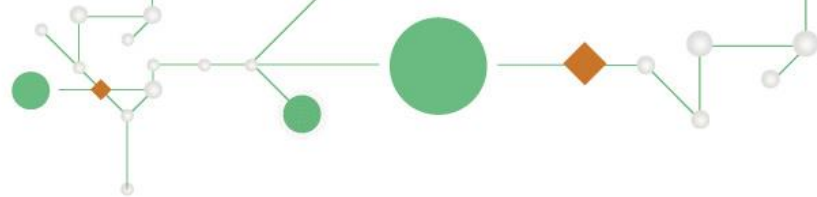
Técnicas de relajación: Relajación muscular progresiva, respiración diafragmática, mindfulness.

En caso de ser necesario, ¿Cuál sería el tratamiento farmacológico?

Es importante recordar que la primera línea de manejo serán las medidas de higiene de sueño y la terapia cognitivo conductual para insomnio. Sin embargo, hay situaciones en las que es necesario iniciar un manejo farmacológico, entre ellas: no respuesta a medidas no farmacológicas, comorbilidad con trastornos del ánimo, trastornos de ansiedad, trastornos del neurodesarrollo. No hay ningún psicofármaco aprobado por la FDA para el insomnio en población infanto-juvenil. Existen algunas pautas en la prescripción de fármacos para el insomnio.

- Usarse por corto tiempo (< 4 semanas).





- Individualizado: El medicamento debe ser seleccionado con base en las características del insomnio, el paciente y el entorno.
- Momento del día en que se administra: El tiempo de administración es importante: el medicamento es menos efectivo si se administra en el pico circadiano de alertamiento.
- Monitorizar estrechamente los efectos adversos.
- Tener en cuenta que el fármaco puede exacerbar los trastornos comórbidos.
- Estar alerta a potenciales interacciones.
- Indague por uso de hipnóticos o naturistas automedicados.

Existe evidencia de que la melatonina produce una disminución del tiempo de latencia de sueño y un aumento del tiempo total de sueño en niños y adolescentes con insomnio crónico. La elección de otras opciones farmacológicas debe realizarse teniendo en cuenta el perfil individual del paciente, así como sus comorbilidades, **Tabla 8**.

Tabla 8. Fármacos empleados en insomnio en adolescentes

Medicamento	Dosis para insomnio	Efectos adversos
Melatonina	1-3 mg 30 minutos antes de dormir.	Potencialmente mareos Cefalea Nauseas
Hidroxicina	50 – 100 mg /día	Somnolencia Fatiga Mareo Boca seca Estreñimiento Retención urinaria
Difenhidramina	25-50 mg	Somnolencia Fatiga





		Mareo Boca seca Estreñimiento Retención urinaria
Trazodona	25-50 mg	Sedación Somnolencia Mareo Boca seca Hipotensión ortostática Priapismo
Quetiapina	12,5-25 mg	Somnolencia Sedación Hipotensión dosis dependiente. Su uso a largo plazo puede inducir efectos adversos metabólicos como ganancia de peso, hiperglicemia, dislipidemia. En dosis altas puede inducir síntomas extrapiramidales: temblor, rigidez, bradicinesias, distonías, acatisia.
Clonidina	50-150 microgramos	Pocos datos sobre su seguridad a largo plazo en población pediátrica. Somnolencia. Sedación. Hipotensión. Retención urinaria. Boca seca.

Adaptado de (20)



Mensajes indispensables

- Los trastornos del sueño en niños y adolescentes son frecuentes, especialmente el insomnio juvenil.
- Múltiples factores genéticos y ambientales están involucrados en este tipo de trastorno.
- El abordaje clínico es clave y suficiente en la mayoría de los casos para llegar a un diagnóstico.
- En el abordaje se incluyen preguntas claves sobre el sueño como también el funcionamiento en el día.
- Se recomienda como estrategia de tamizaje el cuestionario BEARS en el cual se indaga por problemas a la hora de ir a dormir, somnolencia diurna excesiva, despertares durante la noche, regularidad y duración del sueño, ronquidos.
- Es importante recordar que la primera línea de manejo serán las medidas de higiene de sueño y la terapia cognitivo conductual para insomnio.

Bibliografía

1. Goel P, Goel A. Exploring the Evolution of Sleep Patterns From Infancy to Adolescence. Cureus. 2024;17;16(7):e64759. doi: 10.7759/cureus.64759.
2. Galland BC, Taylor BJ, Elder DE, Herbison P. Normal sleep patterns in infants and children: A systematic review of observational studies. Sleep Medicine Reviews. 2012. p. 16: 213-222.
3. Agostini A, Centofanti S. Normal Sleep in Children and Adolescence. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am. 2021;30(1):1-14. doi: 10.1016/j.chc.2020.08.011.
4. Arnesen I, et al. Insomnia in adolescent epidemiological studies: To what extent can the symptoms be explained by circadian factors? Chronobiol Int. 2025;15:1-12. doi: 10.1080/07420528.2024.2444677. Epub.
5. Loram G, Ling M, Silk T, Sciberras E. Associations Between ADHD, Sleep Problems, and Mental Health Symptoms in Adolescents. J Atten Disord. 2023;27(6):635-642.



- doi: 10.1177/10870547231155871. Epu.
6. Mazurek MO, Petroski GF. Sleep problems in children with autism spectrum disorder: Examining the contributions of sensory over-responsivity and anxiety. *Sleep Med.* 2015;16:270–9.
 7. Dimitriou D, Le Cornu Knight F, Milton P. The Role of Environmental Factors on Sleep Patterns and School Performance in Adolescents. *Front Psychol.* 2015;6(December):1–9.
 8. Yan C, Zheng W, Du Y, Li Y, Wang M, Qu M. The Relationship Between Insufficient Sleep and Depressive Symptoms in Chinese Adolescents: A National Survey of Contributing Factors. *Nat Sci Sleep.* 2025;10;17:55-67. doi: 10.2147/NSS.S491714. PMID: 39810.
 9. Mayer G, Rodenbeck A, Geisler P, Schulz H. International classification of sleep disorders: overview of the changes in ICSD-3. *Somnologie-schlafforsch und Schlafmedizin.* 2015;19, 116-125.
 10. Kahn M. Insomnia in Infancy, Childhood, and Adolescence. *Sleep Med Clin.* 2023;Jun;18(2):135-145. doi: 10.1016/j.jsmc.2023.01.001.
 11. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed., text rev.). 2022. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>.
 12. Gonzalez J, Garcia A, Toro M. Enfoque del paciente con insomnio. (Internet) Medellín Perlas Clínicas, Fac Med Univ Antioquia; 2024;(Acceso 11 Feb 2025). DOI: <https://doi.org/10.5947>.
 13. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre trastornos del Sueño en la Infancia y Adolescencia en Atención Primaria. Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos del Sueño en la Infancia y Adolescencia en Atención Primaria. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Unidad de Evaluación de tecnologías Sanitarias. 2011. Guías de Práctica Clínica en el SNS: ES N.º 2009/8.
 14. Nunes ML, Bruni O. Insomnia in childhood and adolescence: clinical aspects, diagnosis, and therapeutic approach. *J Pediatr (Rio J).* 2015;





15. Martinez-Castro N, Rota-VI B. Adicciones conductuales: enfoque a uso problemático de las tecnologías de la información y comunicación, una mirada desde la patología dual. (Internet) Medellín Perlas Clínicas, Fac Med Univ Antioquia; 2023;(Acceso 11 Feb 2025). DOI: <https://doi.org/10.5947>.
16. Uccella S, Cordani R, Salfi F, Gorgoni M, Scarpelli S, Gemignani A, et al. Sleep Deprivation and Insomnia in Adolescence: Implications for Mental Health. *Brain Sci.* 2023;13(4):569. <https://doi.org/10.3390/brainsci1304056>.
17. Morin C, Drake C, Harvey A, Krystal A, Manber R, Riemann D, et al. Insomnia disorder. *Nat Rev Dis Prim.* 2015;Sep 3;1:15026. doi: 10.1038/nrdp.2015.26.
18. Baranwal N, Yu P, Siegel N. Sleep physiology, pathophysiology, and sleep hygiene. *Prog Cardiovasc Dis.* 2023;Mar-Apr;77:59-69. doi: 10.1016/j.pcad.2023.02.005.
19. Samantha J, et al. Umbrella Review and Meta-Analysis: The Efficacy of Nonpharmacological Interventions for Sleep Disturbances in Children and Adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2025;64, (3) 329-345, <https://doi.org/10.1016/j.jaac.20>.
20. Lihabi A. A literature review of sleep problems and neurodevelopment disorders. *Front Psychiatry.* 2023;14:01-08. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2023.1122344>.

