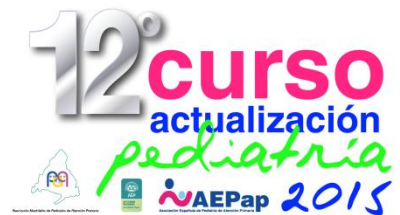


# Taller

## Insomnio infantil en Atención Primaria

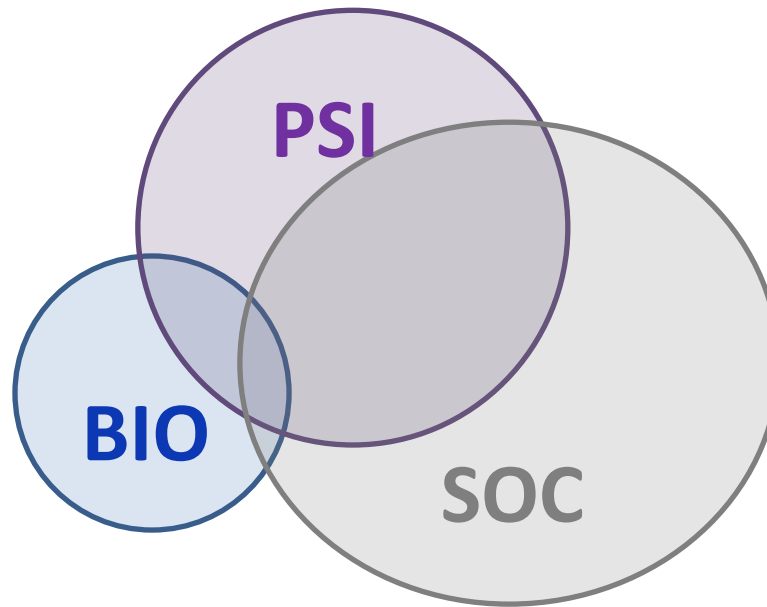
Ramón Ugarte  
Pediatra de AP  
CS Olaguibel. Vitoria-Gasteiz  
rugarte@gmail.com

**Sin conflicto de intereses**



# Definición de insomnio

Sensación subjetiva de dificultad o incapacidad para iniciar y/o mantener el sueño, impidiendo un descanso adecuado.



# Criterios diagnósticos del insomnio

## A. Quejas relacionadas con el sueño.

- ✓ Dificultad para iniciar el sueño.
- ✓ Dificultad para conseguir un sueño continuo.
- ✓ Despertar matutino antes de la hora deseada.
- ✓ Sueño no reparador (o tener un sueño de escasa calidad).

## B. El problema de sueño se produce en circunstancias adecuadas (ausencia de enfermedad/stress).

## C. Se asocia al menos a uno de los siguiente síntomas.

- ✓ Cansancio.
- ✓ Pérdida de memoria, falta de concentración o atención.
- ✓ Problemas sociales.
- ✓ Escaso rendimiento escolar.
- ✓ Irritabilidad o trastorno del ánimo.
- ✓ Somnolencia diurna excesiva.
- ✓ Somatizaciones (cefalea, dolor abdominal, etc.).



# Clasificación del Insomnio

## OWENS Y MINDELL

Conductual

Insomnio de inicio

Insomnio por falta de límites

Combinado

Psicofisiológico

Alteraciones del neurodesarrollo

Trastornos psiquiátricos

Causas médicas

Owens JA. Mindell JA. Pediatric Insomnia. Pediatr Clin North Am, 2011;58:555-69

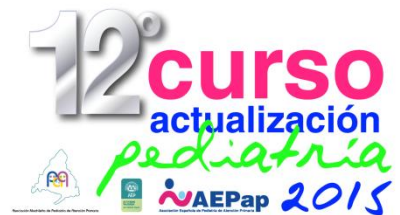
# Clasificación del Insomnio #2

## GPC TRASTORNOS DEL SUEÑO

Higiene de sueño inadecuada

Insomnio conductual

Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos del Sueño en la Infancia y Adolescencia en Atención Primaria. Guías de Práctica Clínica del SNS. UETS Nº 2009/8





# Higiene de sueño inadecuada

## FACTORES

Consumo de alimentos con  
cafeína

Prácticas deportivas poco  
tiempo antes de acostarse

Estimulación lumínica

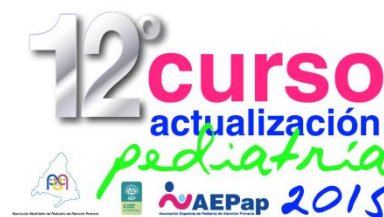
Horarios erráticos

Contenidos violentos

Exceso de ruido ambiental

Tabaquismo pasivo

Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos del Sueño en la Infancia y Adolescencia en Atención Primaria. Guías de Práctica Clínica del SNS. UETS Nº 2009/8



# Higiene de sueño inadecuada

## CRITERIOS DIAGNÓSTICOS #1

**A.** El paciente se queja de insomnio o de somnolencia diurna excesiva

**B.** Al menos está presente alguna de estas condiciones

- |   |   |
|---|---|
| ✓ Siestas diurnas >1 día/semana                             | ✓ Horarios variables de acostarse o levantarse                  |
| ✓ Periodos frecuentes permaneciendo largo tiempo en la cama | ✓ Consumo de alimentos conteniendo cafeína/alcohol              |
| ✓ Hacer deporte antes de acostarse                          | ✓ Usar la cama para actividades distintas a dormir              |
| ✓ Dormitorio con exceso de luz, poco confortable            | ✓ Actividades con altos niveles de concentración/preocupaciones |

# Higiene de sueño inadecuada

## CRITERIOS DIAGNÓSTICOS #2

**C.** Demostrar mediante polisomnografía una o más de las siguientes características

✓ Aumento de latencia de sueño

✓ Eficiencia de sueño reducida

✓ Arousals frecuentes

✓ Despertar precoz

✓ Somnolencia excesiva (TLM)

**D.** Ausencia de enfermedad médica o mental que justifique la situación

**E.** Ausencia de trastorno del sueño que dificulte el inicio o mantenimiento del mismo o cause excesiva somnolencia diurna excesiva.

**Criterio diagnóstico mínimo: A+B**





# Insomnio conductual por asociaciones inapropiadas

## CARACTERÍSTICAS

- A. Conciliar el sueño es un proceso prolongado que requiere condiciones especiales
- B. Las asociaciones para el inicio del sueño son muy problemáticas o muy exigentes
- C. En ausencia de estas condiciones la latencia del sueño es muy prolongada o se altera con facilidad
- D. Los despertares nocturnos requieren la presencia de los padres



# Insomnio conductual por ausencia de límites

## CARACTERÍSTICAS

- A. El niño tiene dificultad para iniciar o mantener el sueño
- B. El niño evita o rechaza ir a la cama a una hora apropiada o rechaza volver a la cama tras despertar nocturno
- C. El cuidador no es capaz de establecer límites adecuados.



# Insomnio secundario

| Trastornos primarios del sueño          | Enfermedades crónicas                   |
|---|---|
| SAHS                                    | Asma y enfermedades atópicas            |
| Síndrome de piernas inquietas           | Enfermedades reumáticas y dolor crónico |
| Retraso de fase de sueño                | Fibromialgia                            |
| Movimientos periódicos de extremidades  | Reflujo gastroesofágico                 |
| Bruxismo                                | Fibrosis quística                       |
|   | Epilepsia                               |
| Enfermedades neurológicas/pisquiátricas | Síndromes genéticos                     |
| Retraso mental                          | Rett                                    |
| Parálisis cerebral                      | Angelman                                |
| TEA                                     | Prader-Willi                            |
| TDAH                                    | Smith-Magenis                           |
| Depresión                               | X-frágil                                |
| Ansiedad/Estrés                         |   |



# Evaluación del insomnio

- Anamnesis.
- Desarrollo del niño. Características normales del sueño según las edades.
- Rendimiento académico.
- Adaptación escolar y social.
- Consumo de medicamentos y tóxicos.
- Examen físico.
- Agenda de sueño.



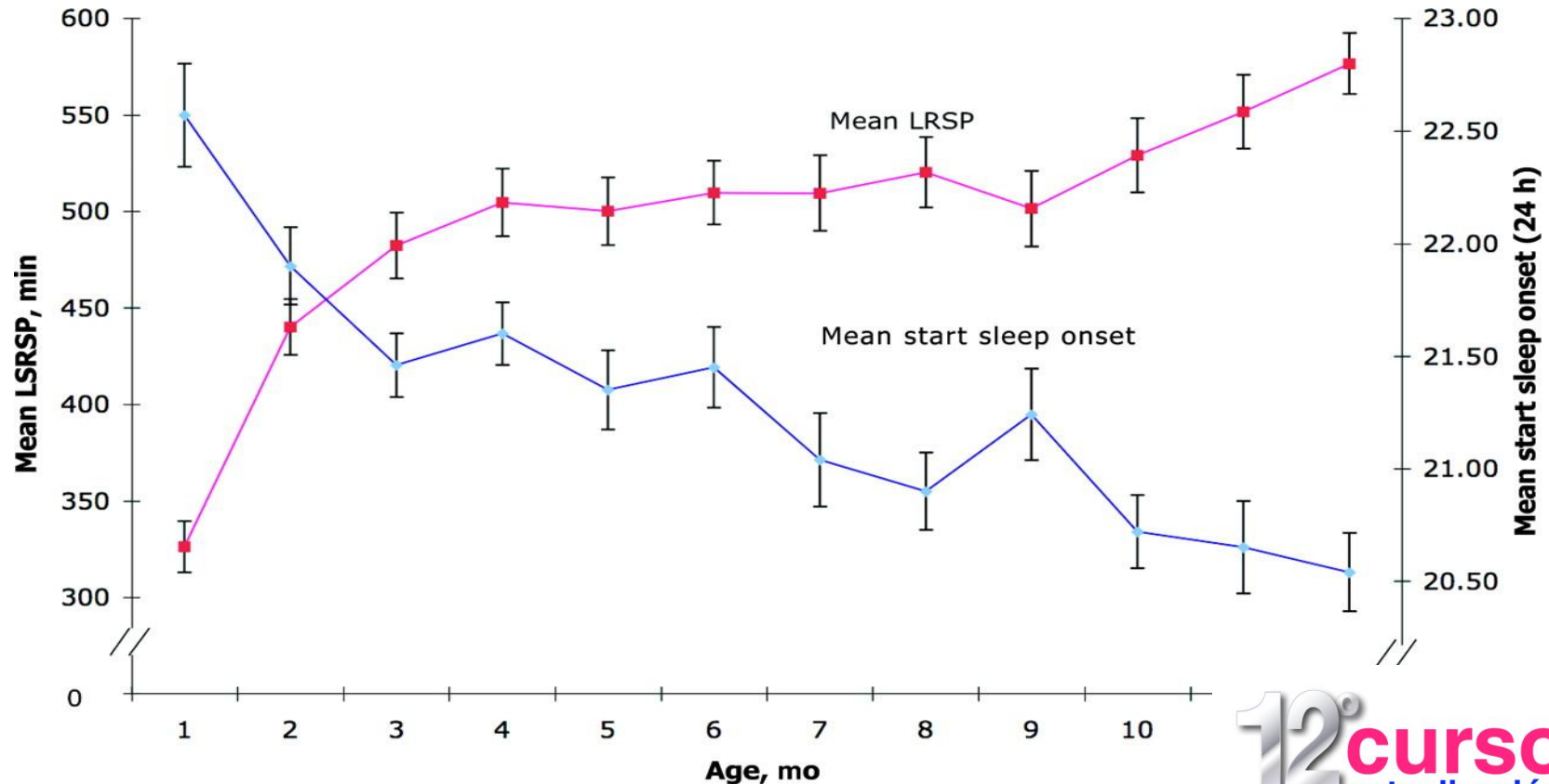
# Autorregulación del sueño

- Se establece en los primeros 3 meses de vida.
- El sueño tiene un patrón más estable y con actividad circadiana a partir de los 6 meses.
- Los condicionantes relacionados con el hábito de dormir es resultado de factores biopsicosociales (alimentación, condicionantes de salud, económicos, culturales, etc.).
- Es importante explicar a las familias las características básicas del sueño del bebé.
- Establecer normas de higiene de sueño y entorno seguro en función de las situación familiar y cultural.



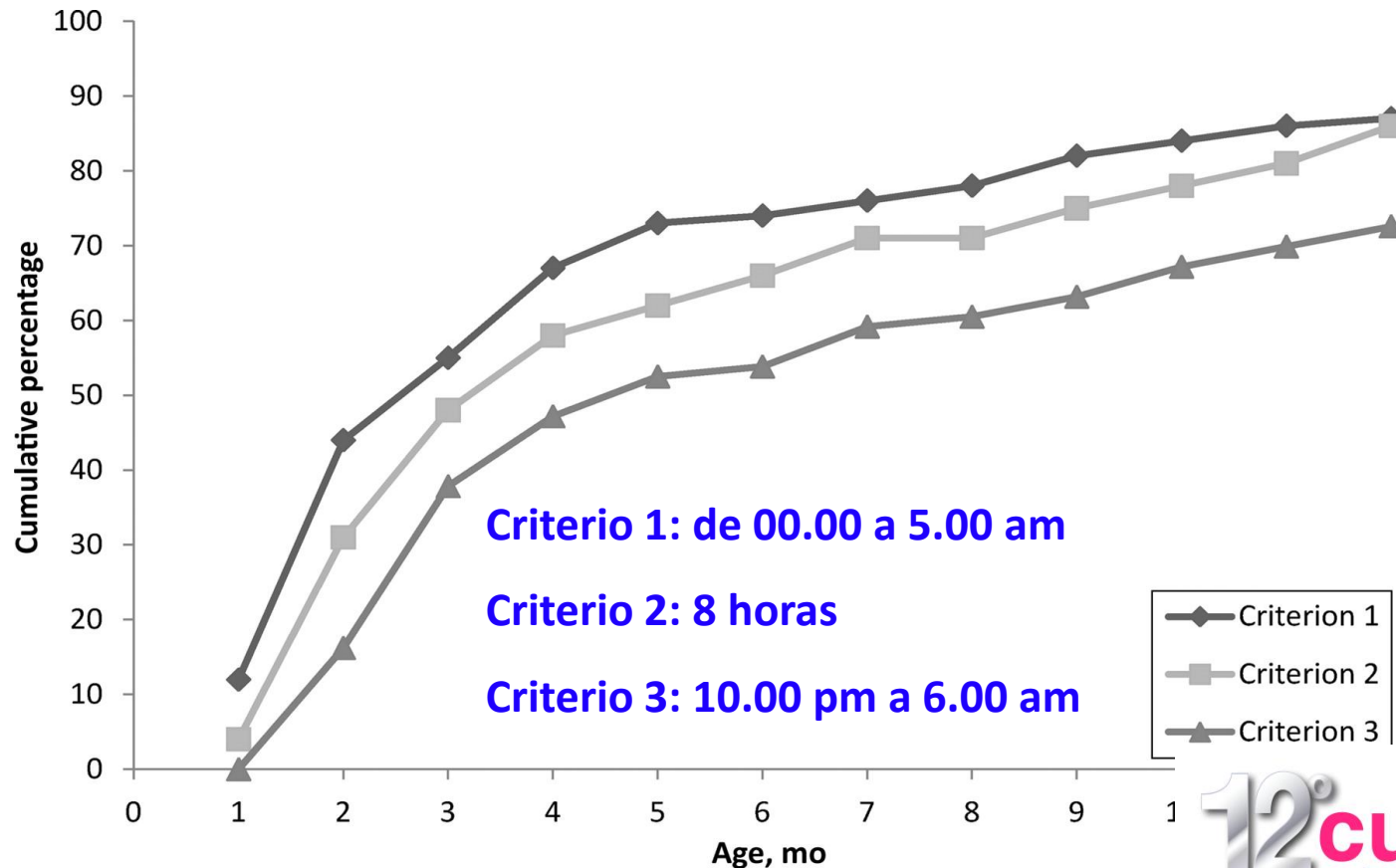


# Periodos largos de sueño nocturno y hora de inicio



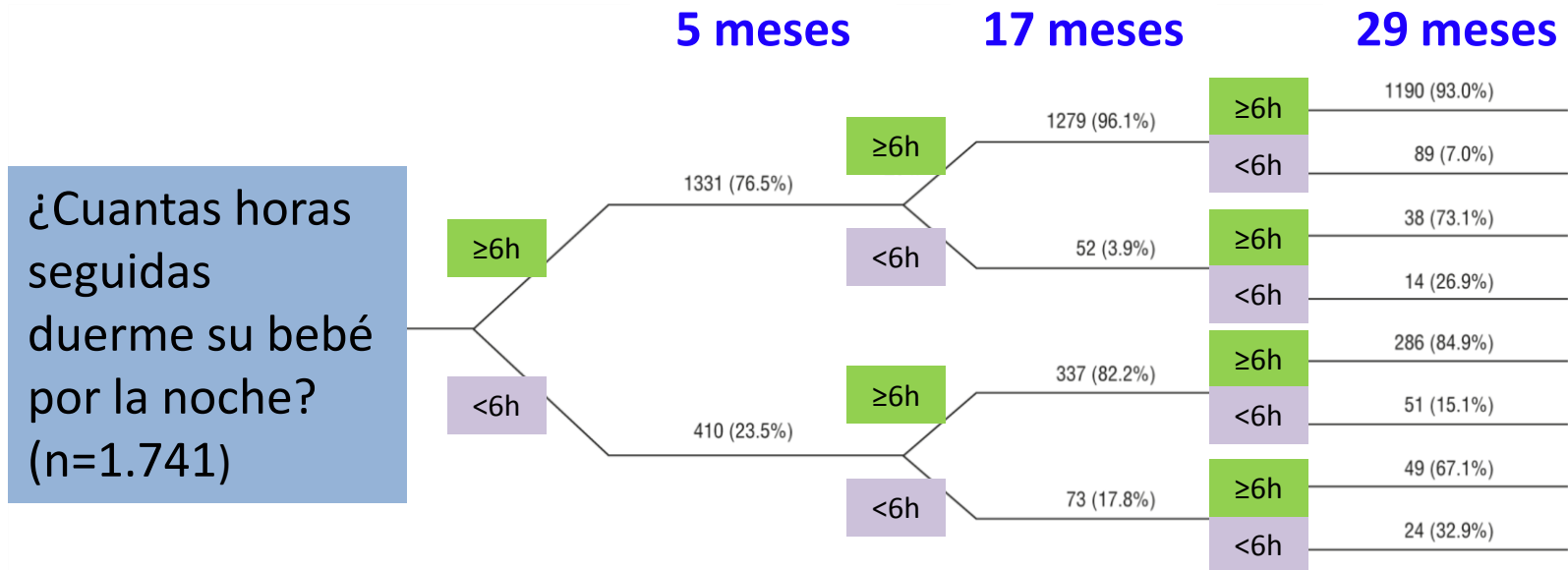
Henderson J M T et al. Pediatrics 2010;126:e1081-e1087

# “Dormir bien” en el primer año de vida

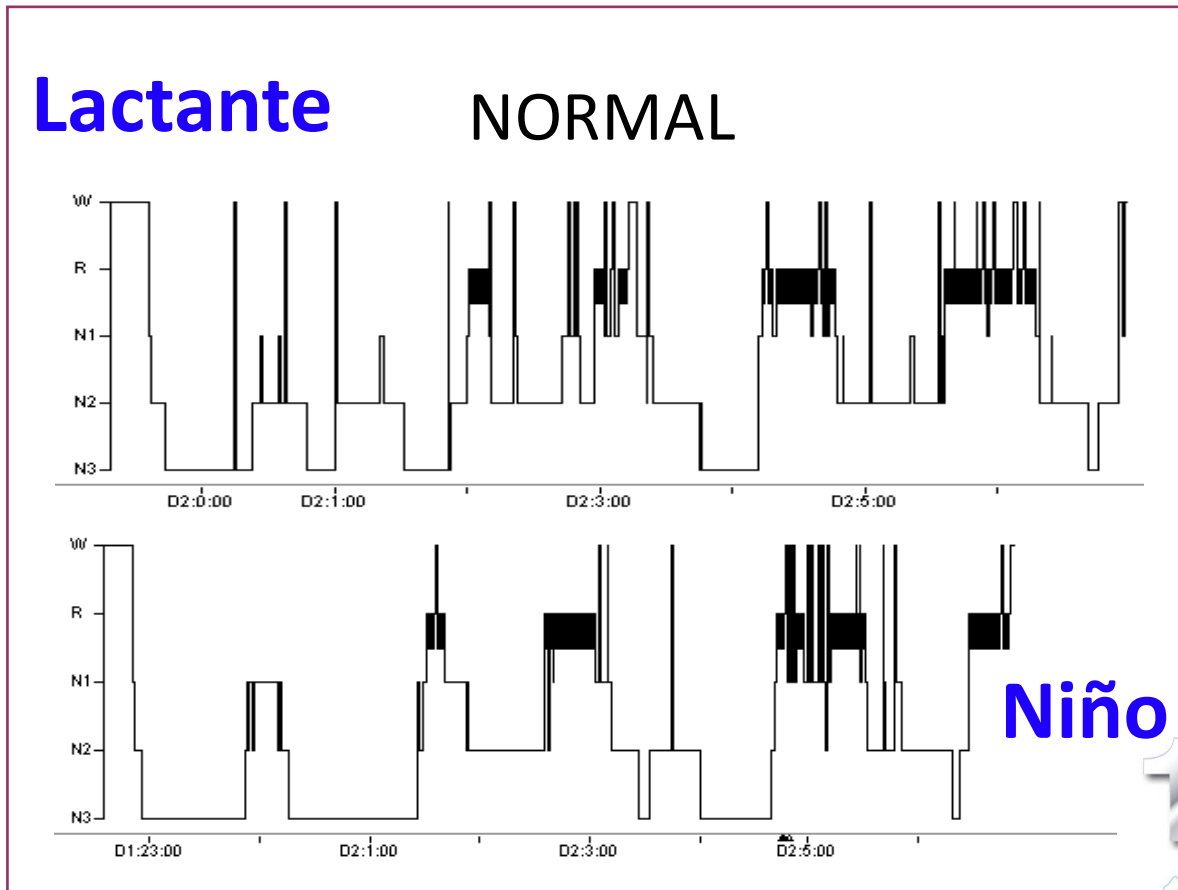


Henderson J M T et al. Pediatrics 2010;126:e1081-e1087

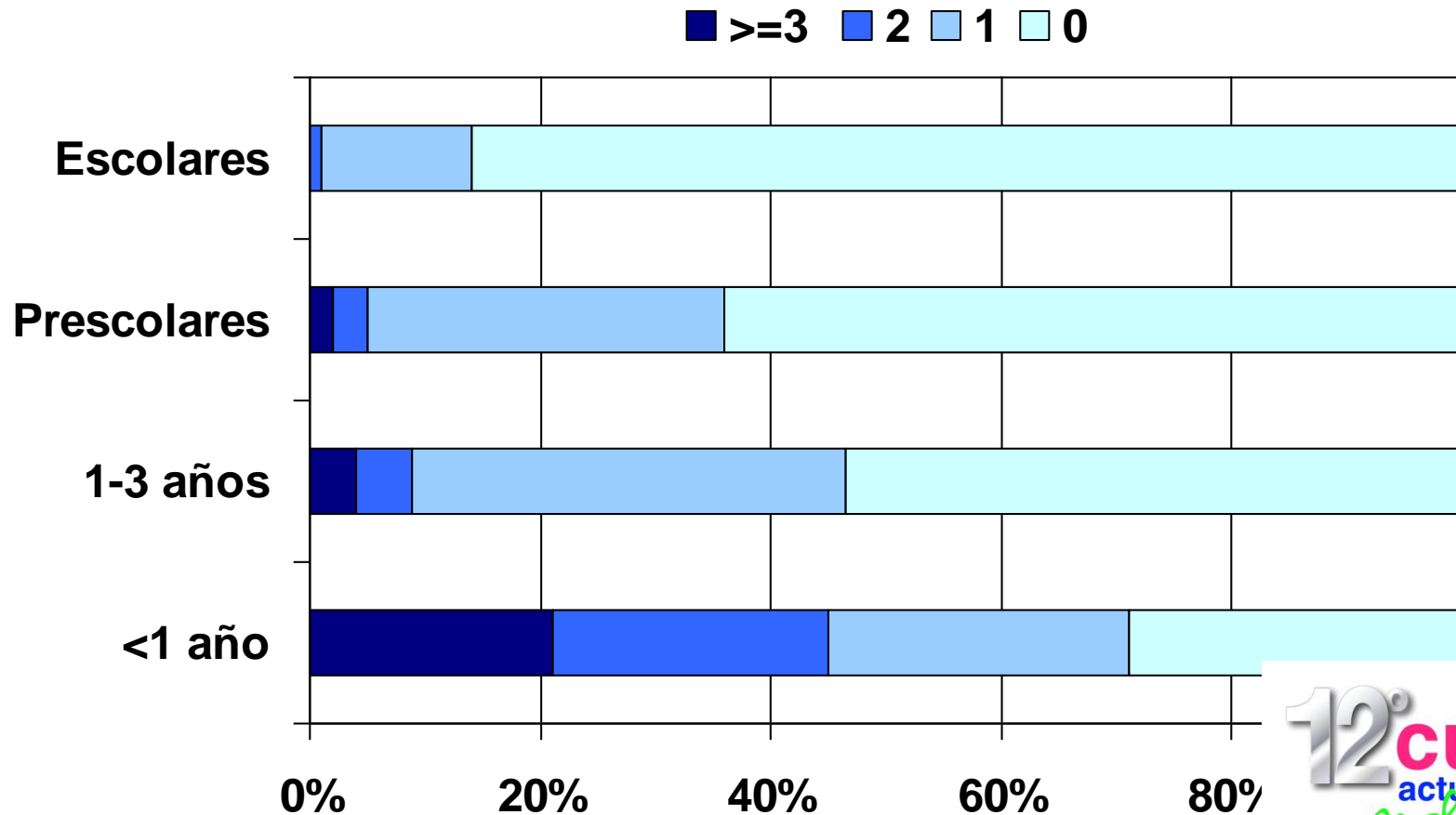
# Evolución del sueño



# Hipnograma en lactante y niño mayor



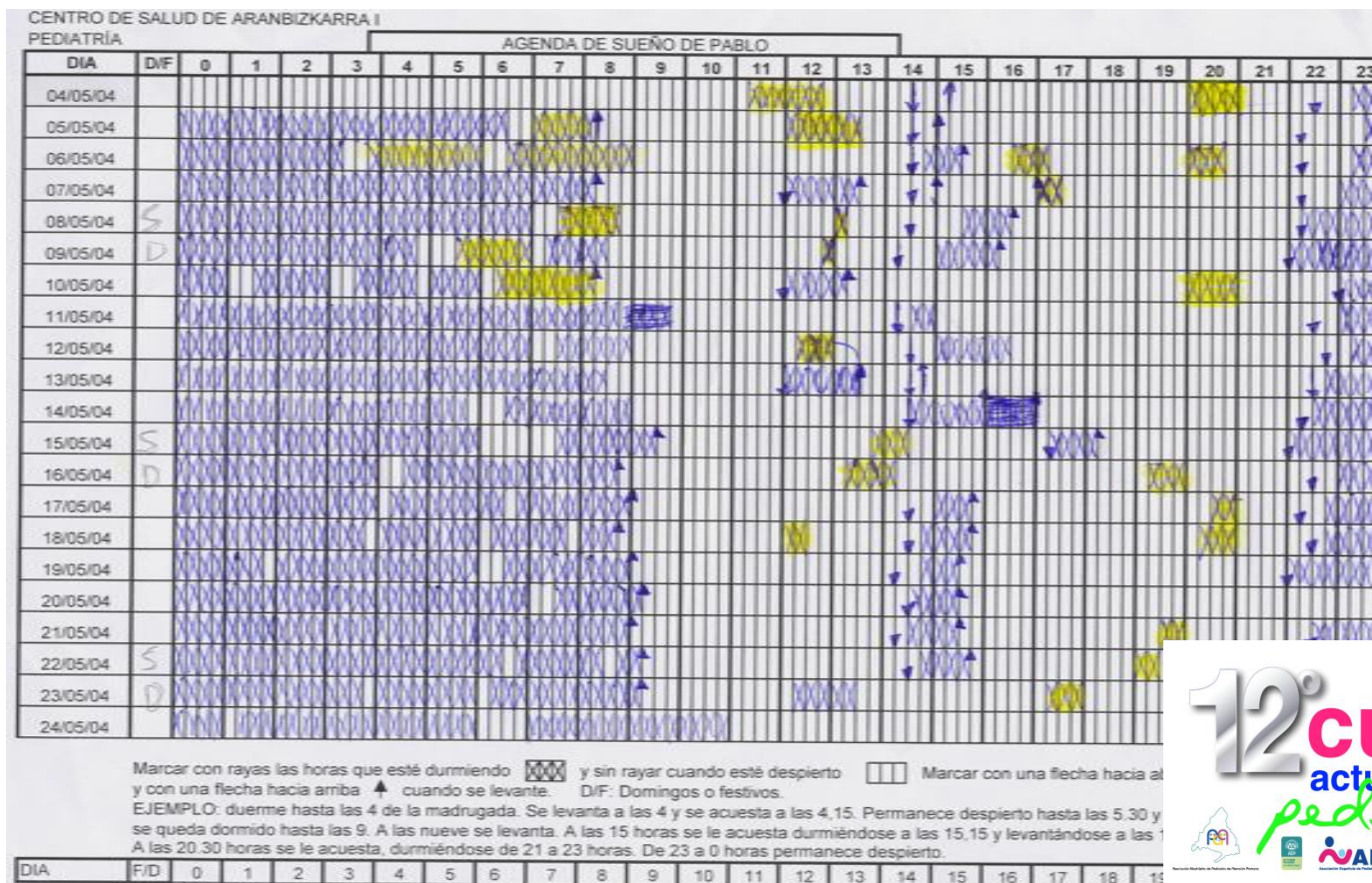
# Despertares nocturnos reclamando la atención de los padres



National Sleep Foundation. 2004



# Agenda de sueño



# Insomnio por higiene de sueño deficiente

## Tratamiento

- ✓ Horarios estables.
- ✓ Rutina a la hora de acostarse.
- ✓ Habitación confortable, con escaso ruido ambiental.
- ✓ Alimentación adecuada.
- ✓ Ejercicio diario pero no poco antes de acostarse.
- ✓ Ausencia de televisión y dispositivos electrónicos en la habitación.
- ✓ Respetar las siestas en niños pequeños.



# Tratamiento. Higiene de sueño

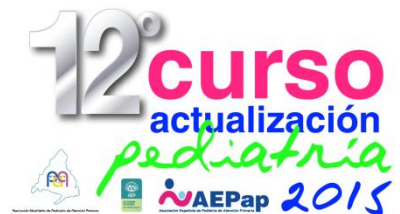
Programa de Salud Infantil. C.S. de Olaguibel



## Higiene de sueño

### Recién nacido a 6 meses

- Establecer una rutina previa a la hora de acostarle: baño, masaje, nana o cualquier otra actividad rutinaria y tranquila que debe finalizar en la habitación de los padres que es el lugar donde debe dormir el bebé.
- Es importante que el bebé permanezca despierto mientras come.
- La alimentación debe ser lo más rutinaria posible y siempre con la frecuencia que demande el bebé.
- Después de cada toma es importante mantener al bebé despierto para que eructe.
- Cambiarlo después de la toma.
- Acostarle despierto para que aprenda a dormirse solo. No acostarle dormido. Si aprende a dormirse en brazos, meciéndolo o tomando el pecho, va a exigir esa costumbre en todos los despertares nocturnos (¡que son normales!). Sepa reconocer el **sueño activo** (el bebé duerme pero puede hacer muecas y gruñidos, a veces con los ojos entreabiertos y moviéndolos) y déjenle dormir.
- Durante las tomas del día hacerlo con luz natural, hablándole, cantándole y estimulándole para que sea más fácil mantenerle despierto. A la noche dar la toma a oscuras y con menos estímulos que se le dan durante el día.
- En los niños con **cólicos** estos habrán desaparecido a los 3 meses.
- No fumar nunca en casa.
- Respetar los consejos sobre entorno seguro para el bebé. [Ver](#).



<https://pediaguibel.wordpress.com/higienesueno>





# Tratamiento del insomnio conductual

- ✓ Rutina a la hora de acostarle adecuando a su edad.
- ✓ Mantener la rutina todos los días de la semana.
- ✓ Aprovechar las condiciones de oscuridad para facilitar el sueño.
- ✓ Establecer actividades rutinarias (aseo, cena y intercambio afectivo) previas al sueño.
- ✓ Verbalizar que pronto se va a acostar para dormir.
- ✓ Realizar técnicas de extinción gradual en función del temperamento del niño y de la aceptación de la familia.

Meltzer LJ. Behavioral Sleep Medicine (2010), 8:3,172-189



# Intervenciones conductuales en el tratamiento del insomnio

- ✓ Extinción estandar.
- ✓ Extinción gradual.
- ✓ *Bedtime fading*.
- ✓ Rutinas positivas.
- ✓ Despertares programados.
- ✓ Refuerzo positivo.
- ✓ Educación familiar.





# Tratamiento cognitivo conductual

## Cómo se enseña un hábito



ELEMENTOS  
EXTERNOS

+

ACTITUD DE  
LOS PADRES



ELEMENTOS  
EXTERNOS

+

ACTITUD DE  
LOS PADRES



# Técnica para enseñar un hábito

## Elementos externos

- ✓ Poster.
- ✓ Móvil.
- ✓ "Osito".
- ✓ Chupetes (si lo usa).

## Actitud de los padres

- ✓ Seguridad.
- ✓ Voz suave.
- ✓ No oyen ni ven nada.
- ✓ Siempre repiten lo mismo.

El niño no debe salir de su habitación: Si sale de su cama, usar una barandilla en la puerta para limitar el espacio.



# Estrategia cognitivo conductual

## HABITO DE COMER

*Elementos externos:*

-plato, vaso, cuchara, agua, leche, etc..

Se realiza en el comedor o cocina

## HABITO “AFECTIVO”

*Elementos externos:*

-besos, caricias, canciones, cuentos.

Se realiza en la sala de estar (duración 10’)

## HABITO DEL SUEÑO

*Elementos externos:*

-póster, móvil, osito, chupetes

Se realiza en su habitación

1. CONTAR CON LA ACEPTACIÓN DE LOS PADRES. ¡NO IMPONER
2. NO MEZCLAR ELEMENTOS DE UN HÁBITO CON OTRO



# Tiempos de espera Ferber/Estivill

## Extinción gradual

| DÍA | DESPERTAR #1 |     | DESPERTAR #2 |     | DESPERTAR #3 |     | DESPERTAR #4 Y SUC. |     |
|-----|--------------|-----|--------------|-----|--------------|-----|---------------------|-----|
|     | FER          | EST | FER          | EST | FER          | EST | FER                 | EST |
| 1   | 3            | 1   | 5            | 3   | 10           | 5   | 10                  | 5   |
| 2   | 5            | 3   | 10           | 5   | 12           | 7   | 12                  | 7   |
| 3   | 10           | 5   | 12           | 7   | 15           | 9   | 15                  | 9   |
| 4   | 12           | 7   | 15           | 9   | 17           | 11  | 17                  | 11  |
| 5   | 15           | 9   | 17           | 11  | 20           | 13  | 20                  | 13  |
| 6   | 17           | 11  | 20           | 13  | 25           | 15  | 25                  | 15  |
| 7   | 20           | 13  | 25           | 15  | 30           | 17  | 30                  | 17  |

Los tiempos pueden ser modificados según la aceptación de los padres pero siempre en sentido creciente



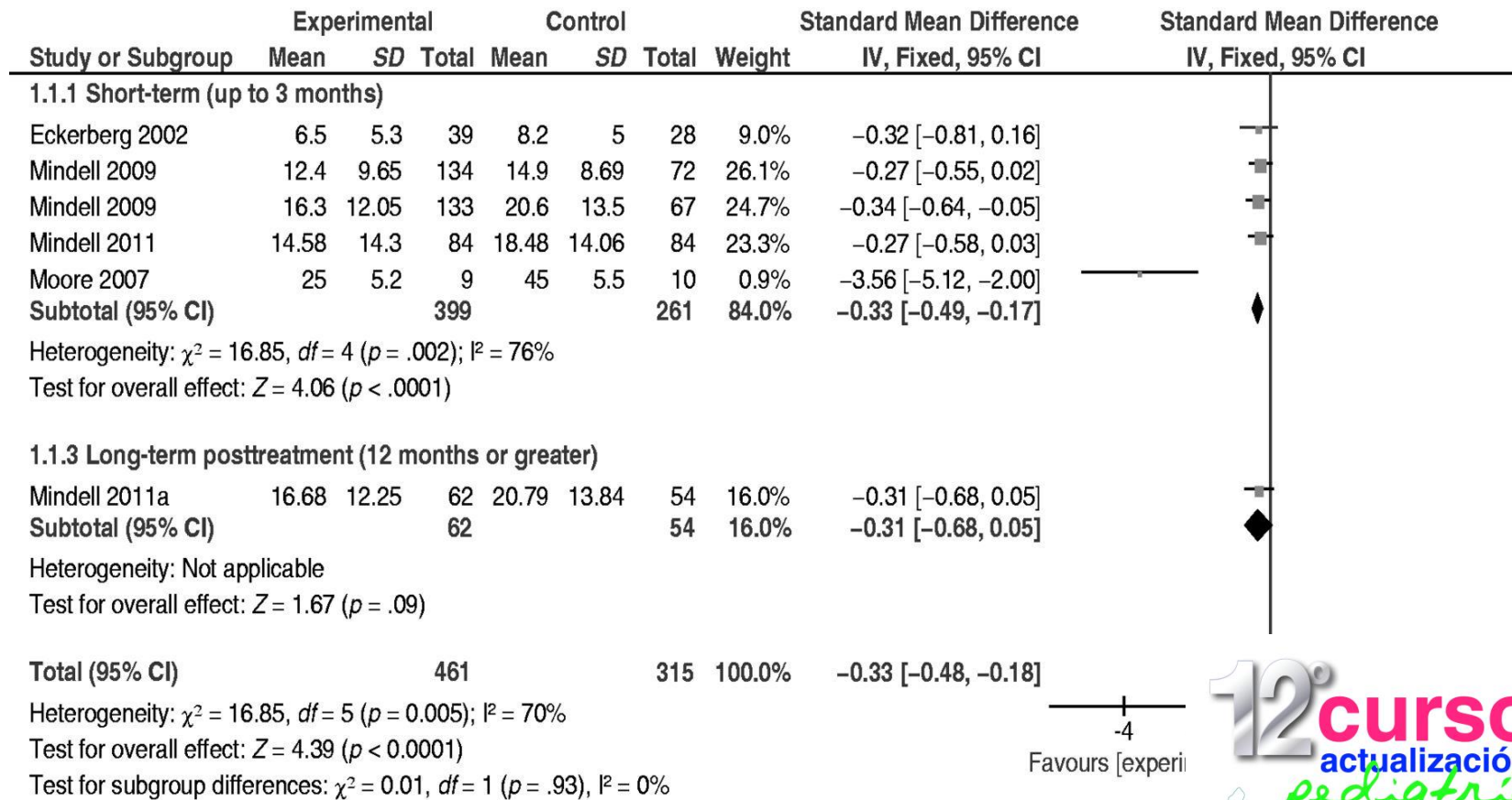
# Eficacia del tratamiento conductual del insomnio en lactantes

- Revisión de 52 estudios
  - ✓ El tratamiento conductual produjo mejoría clínicamente significativa, fiable y con cambios duraderos (mejoría en el 80% de los niños) en el rechazo a acostarse y en despertares nocturnos.
  - ✓ Otros efectos secundarios positivos.
    - ✓ Mejor comportamiento diurno en niños.
    - ✓ Mayor bienestar en padres y cuidadores.
  - ✓ El 94% de los estudios concluyó que la intervención fue eficaz.
  - ✓ No se identificaron efectos adversos.

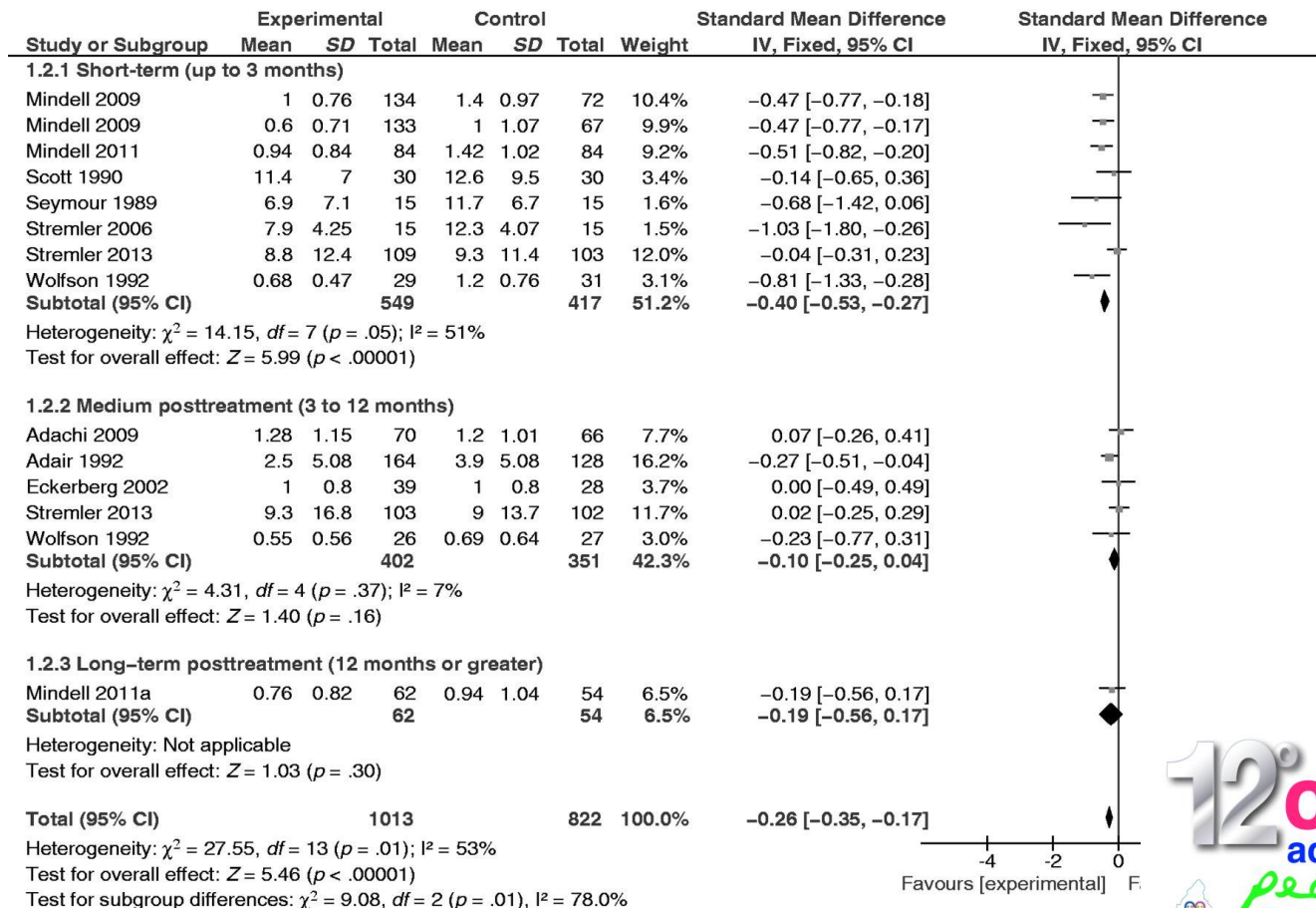




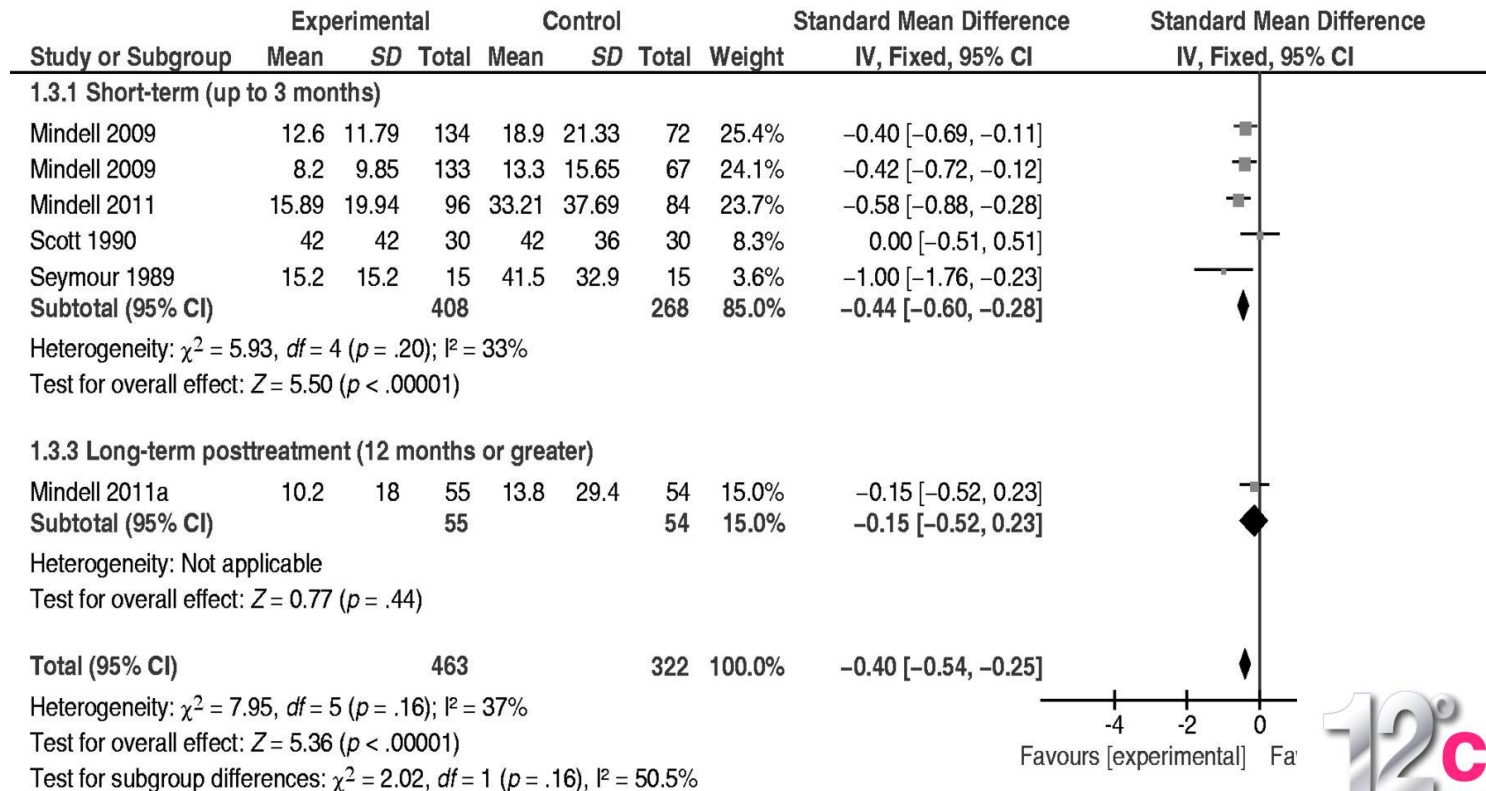
# Eficacia de la terapia cognitivo-conductual. Latencia de sueño.



# Eficacia de la terapia cognitivo-conductual. Frecuencia despertares.



# Eficacia de la terapia cognitivo-conductual. Duración despertares.





# Insomnio psicofisiológico

- ✓ Niños mayores.
- ✓ Miedos.
- ✓ Ansiedad/Stress.
- ✓ Tratamiento:
  - ✓ Descartar alteraciones psicopatológicas.
  - ✓ Relajación.



# Insomnio secundario a trastornos del sueño

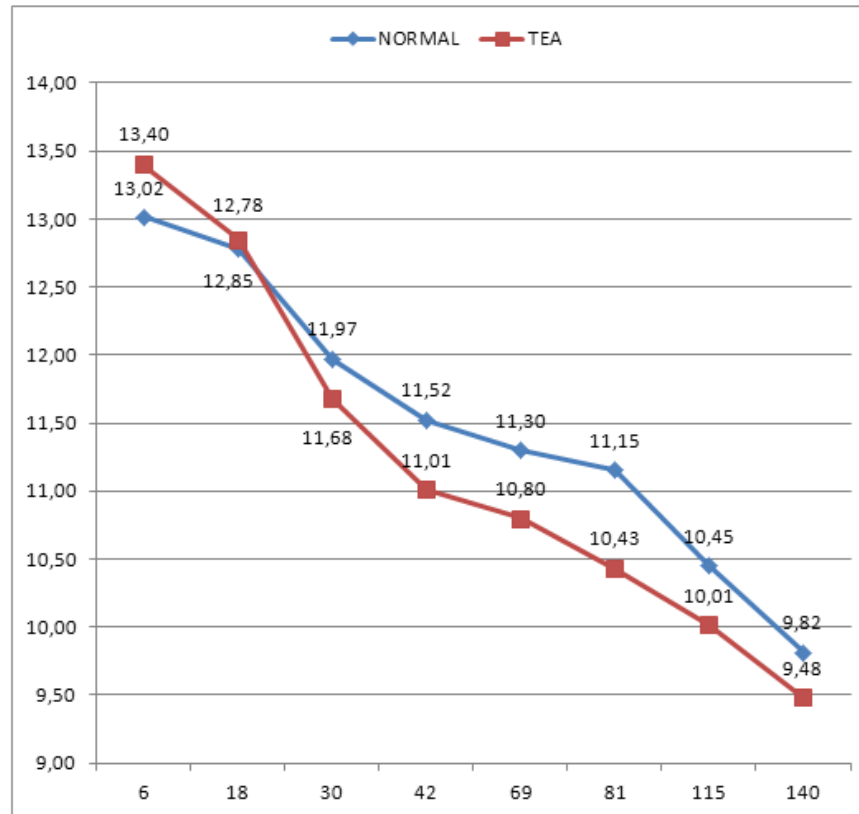
- Parasomnias
- SAHS
- SPI
- Retraso de fase de sueño





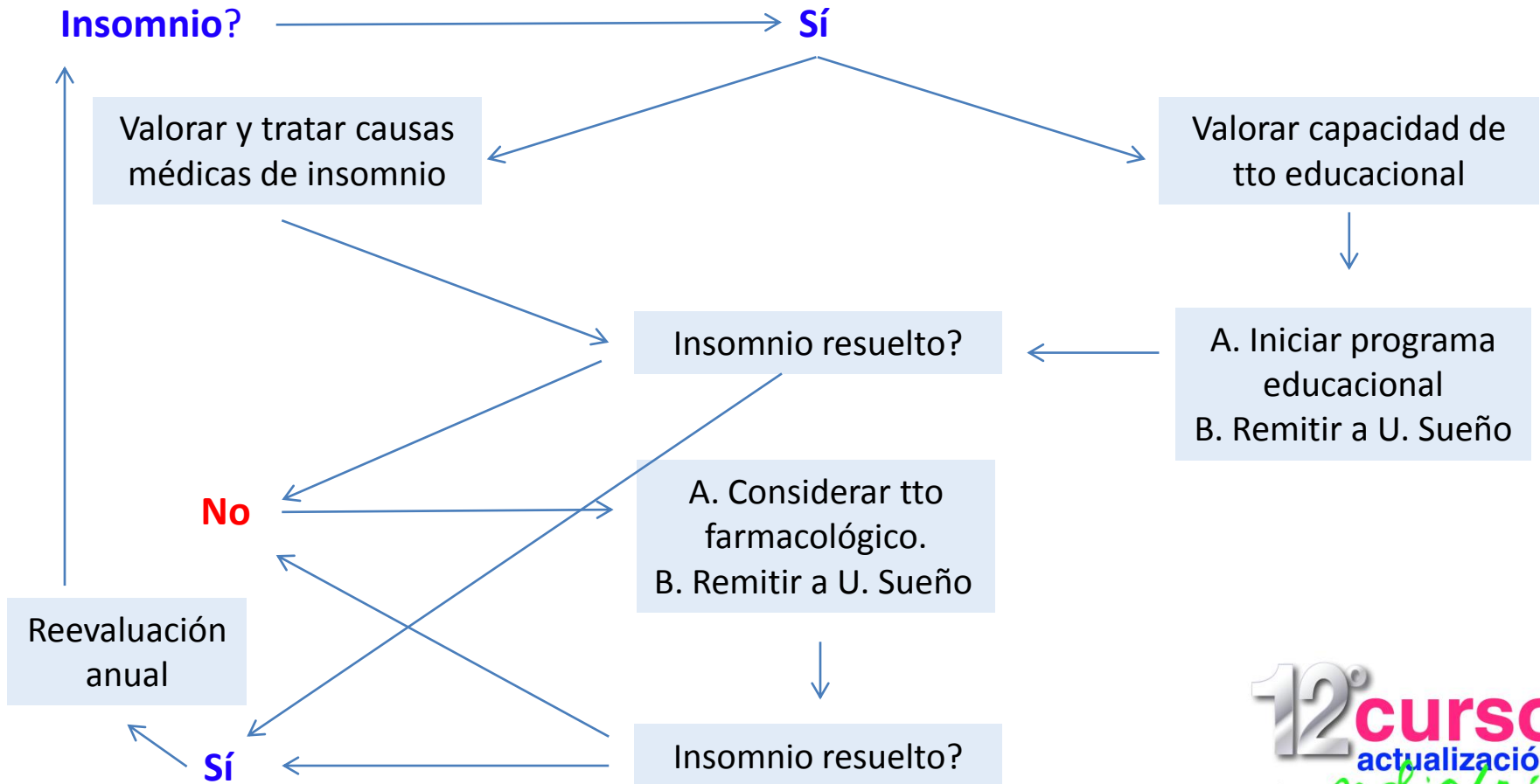
# Sueño en niños con trastorno del espectro autista (TEA)

Tiempo en horas



meses

# TEA e insomnio



# Medicación. Principios generales

- ✓ La medicación es en muy pocas ocasiones la primera elección o la única estrategia de tratamiento.
- ✓ Siempre mejorar la higiene de sueño.
- ✓ Combinar con terapia conductual aumenta la eficacia a largo plazo y disminuye los efectos secundarios.
- ✓ El tratamiento debe basarse en la valoración clínica y ajustarse lo mejor posible a las propiedades del medicamento.
- ✓ Objetivos del tratamiento:
  - ✓ Realistas, claramente definidos y medibles.
  - ✓ Acordados con la familia.
  - ✓ Deben tener un plan de seguimiento.
- ✓ Iniciar con las dosis más bajas e incrementar progresivamente las dosis si fuera preciso.
- ✓ Usar durante el menor tiempo posible.

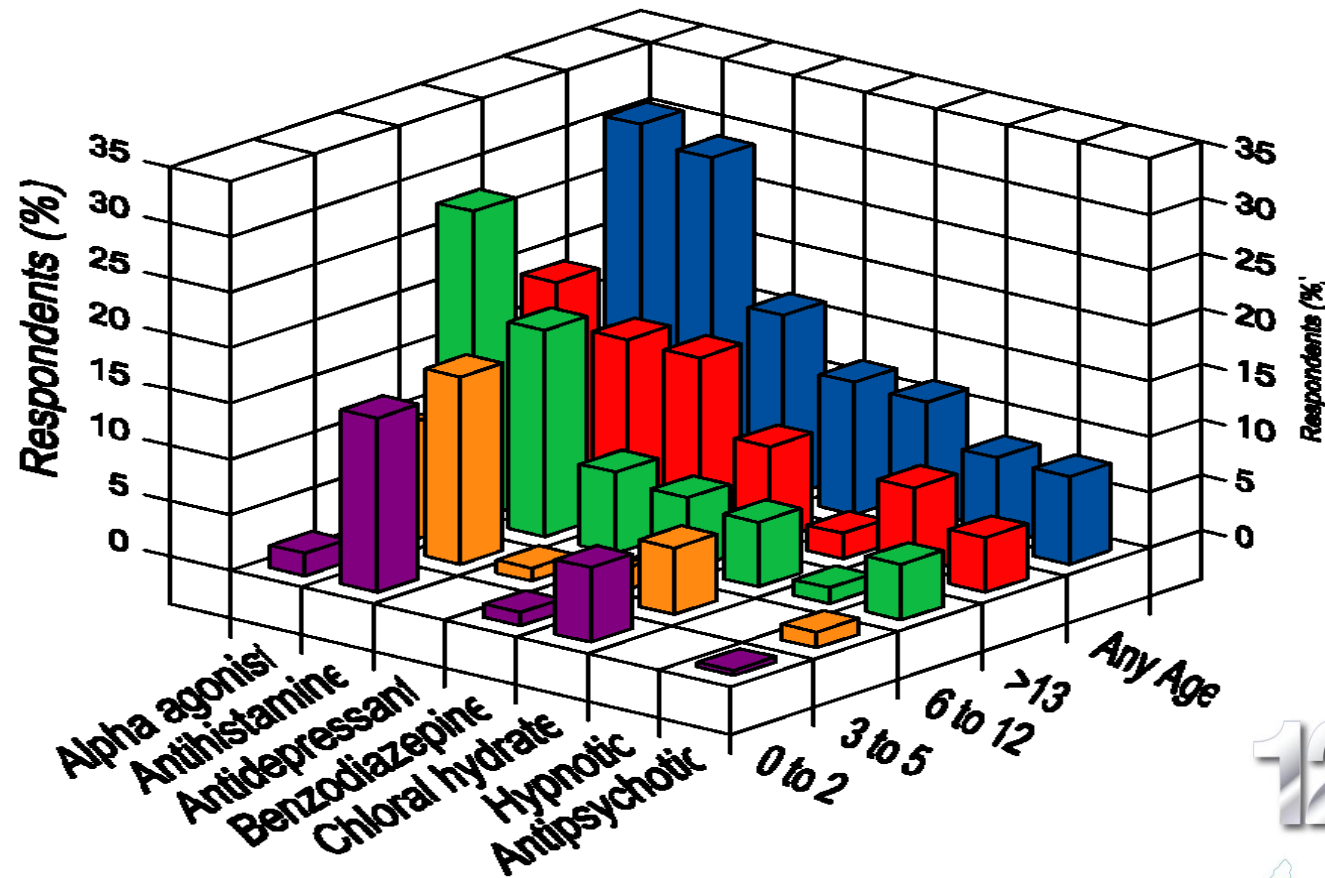


# Uso de medicamentos para el insomnio infantil (USA)

- ✓ El 25% de los primeros bebés habían recibido “sedantes” antes de los 18 meses (Ounstead, 1977).
- ✓ El 35% de los menores de 1 años habían recibido tratamiento por problemas de sueño; el 23,2% de los que tenían entre 2-5 años; sobre todo antihistamínicos (Trott, 1995).
- ✓ El 49% de los pediatras recomendaban antihistamínicos OTC y el 15% con receta para problemas de sueño en niños de 0-2 años (Owens).



# USA: Prescripción de medicamentos para el insomnio





# Melatonina. Estudios Pediátricos

- ✓ Aumento de la duración y/o calidad del sueño en situaciones especiales (ceguera, retraso mental, S. Rett, S. Angelman)
- ✓ Niños con patrones irregulares de sueño/vigilia y retraso de fase:
  - Variabilidad entre individuos
  - Generalmente bien tolerado
  - Alguna mejoría en funcionamiento diurno
  - Sin eficacia a largo plazo.
  - Seguro



# GPC. Melatonina

## Melatonina

|   |  |
|---|--|
| ✓ | No hay evidencia para recomendar el uso de la melatonina en niños menores de 6 años.   |
| ✓ | La Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) no tiene autorizada la melatonina para el insomnio pediátrico; si bien los resultados obtenidos en los ensayos en niños entre 6 y 12 años con insomnio crónico de inicio, y que no responden a intervenciones educativas con higiene de sueño e intervenciones psicológicas, sugieren que una vez sea aprobada, se puede valorar la utilización de melatonina a dosis de 0,05mg/kg, administrada al menos de 1 a 2 horas antes de la hora deseada para acostarse. |
| ✓ | La melatonina debe ser químicamente pura y administrarse siempre a la misma hora y bajo un adecuado control por parte del pediatra, o del médico especialista en trastornos de sueño, valorándose su retirada según evolución clínica. Si por cualquier circunstancia (olvido, fiesta) no se puede administrar a esa hora se debería suprimir la dosis de ese día.   |
| ✓ | Se recomienda a los profesionales que pregunten a los padres sobre cualquier tipo de melatonina adquirida en tienda o herbolario para evitar el uso de melatonina de origen animal y/o dosis no controladas.   |

Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos del Sueño en la Infancia y Adolescencia en Atención Primaria. Guías de Práctica Clínica del SNS. UETS Nº 2009/8



# Melatonina. Consenso 2010

## Recomendaciones para su uso en la edad pediátrica:

La melatonina se recomienda, en ocasiones, para facilitar el inicio del sueño cuando éste está dificultado por alteración del ritmo vigilia-sueño.

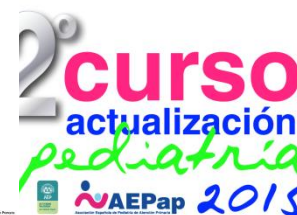
Por grupos de edad sus recomendaciones son:

- a) Niños menores de 6 meses: No se recomienda su utilización.
- b) Niños de 6 a 12 meses de edad:

| Edad              | Uso                  | Observaciones    |
|-------------------|----------------------|------------------|
| <6 meses          | No recomendada       |                  |
| 6-12 meses        | Regulador circadiano | Máximo 4 semanas |
| 1-3 años          | Regulador circadiano | Seguro 3 meses   |
| Mayores de 3 años | Regulador circadiano | Seguro 3 años    |

está demostrada. No se disponen datos de seguimiento sobre su seguridad y ausencia de efectos secundarios a más largo plazo.

Su utilización debe estar indicada y supervisada por su médico pediatra o por un médico experto en sueño. Este debe indicar y controlar la duración de la recomendación.



# Melatonina y alteraciones del neurodesarrollo

**Table 3| Primary and secondary sleep outcomes in study of effect of melatonin on sleep problems in children with neurodevelopmental disorders. Figures are means (SD)**

|                           | Melatonin      |              |              |              | Placebo        |              |              |              |                         |
|---------------------------|----------------|--------------|--------------|--------------|----------------|--------------|--------------|--------------|-------------------------|
|                           | No of children | Baseline     | Week 12      | Change       | No of children | Baseline     | Week 12      | Change       | Adjusted difference     |
| <b>Sleep diary</b>        |                |              |              |              |                |              |              |              |                         |
| Total sleep (min)         | 51             | 530.8 (64.8) | 571.3 (72.0) | 40.5 (71.8)  | 59             | 545.5 (66.0) | 558.0 (68.9) | 12.5 (52.5)  | 22.4 (0.5 to 44.3)*     |
| Sleep onset latency (min) | 54             | 102.0 (72.6) | 54.8 (51.9)  | -47.2 (64.4) | 59             | 102.1 (57.7) | 92.4 (63.0)  | -9.7 (49.6)  | -37.5 (-55.3 to -19.7)† |
| <b>Actigraphy</b>         |                |              |              |              |                |              |              |              |                         |
| Total sleep (min)         | 30             | 434.2 (72.3) | 449.9 (73.8) | 15.7 (63.6)  | 29             | 412.3 (83.2) | 420.6 (82.9) | 8.3 (52.0)   | 13.3 (-15.5 to 42.2)    |
| Sleep onset latency (min) | 24             | 126.8 (71.5) | 68.4 (41.0)  | -58.3 (53.7) | 25             | 107.8 (54.9) | 104.1 (59.5) | -3.71 (47.4) | -45.3 (-68.8 to -21.9)† |
| Sleep efficiency‡ (%)     | 30             | 65.4 (11.3)  | 70.23 (11.3) | 4.8 (9.8)    | 28             | 63.3 (12.3)  | 64.83 (11.7) | 1.56 (9.5)   | 4.03 (-0.6 to 8.7)      |

\*P<0.05.

†P<0.001.

‡No of minutes spent sleeping in bed/total No of minutes spent in bed)×100.



# Farmacoterapia del insomnio en niños

| Medications  |                     |                   |  |                                      |   |
|--|---------------------|-------------------|--|--------------------------------------|---|
| Drug   | Dose                | Half-life (hours) | Side effects   | Tolerance/withdrawal                 | Safety profile  |
| Clonazepam   | 0.01 mg/kg          | 19–60             | Daytime sedation, cognitive changes, anterograde amnesia                         | Yes                                  | Abuse, respiratory depression   |
| Flurazepam   | 15–30 mg            | 48–120            |  |                                      |   |
| Quazepam   | 7.5–30 mg           | 48–120            |  |                                      |   |
| Temazepam  | 15–30 mg            | 3–25              |  |                                      |   |
| Estazolam  | 1–2 mg              | 8–24              |  |                                      |   |
| Triazolam  | 0.125–0.25 mg       | 8–24              | Gastrointestinal, dizziness, daytime sedation<br>Fluctuation with blood pressure | Yes                                  | Liver toxicity, respiratory depression  |
| Chloral hydrate  | 50 mg/kg            | 10                |  |                                      |   |
| Clonidine  | 0.05–0.3 mg         | 6–24              |  |                                      |   |
| Guanfacine   | 0.5–2 mg            | 24                |  |                                      |   |
| Zolpidem   | 5–10 mg             | 2–4               |  |                                      |   |
| Zaleplon   | 5–10 mg             | 1–2               | Dizziness anticholinergic<br>↓REM<br>Daytime sedation<br>Daytime sedation        | Usually no<br><br><br>No<br>Possible | Little experience in children<br><br><br>Priapism<br>Cardiac<br>Worsens seizures<br>Anticholinergic |
| Eszopiclone  | 1–3 mg              | 4–6               |  |                                      |   |
| Trazadone  | 25–50 mg            | 30–120            |  |                                      |   |
| Amitryptiline  | 0.5–2 mg/kg         | 4–8               |  |                                      |   |
| Melatonin  | 3–9 mg              | 30–50             |  |                                      |   |
| Diphenhydramine  | 1 mg/kg             | 4–6               |  |                                      |   |
| Hydroxyzine  | 0.6 mg/kg           | 6–24              |  |                                      |   |
| Selected herbal preparations used for insomnia in children   |                     |                   |  |                                      |   |
| Name   | Mechanism of action |                   | Dosage   | Sleep effect                         | Comments  |
| Valerian   | Binds BZD receptors |                   | 2–3 g t.i.d.   | ↓SOL, ?↑SWS, improves SE             | Toxicity rare   |
| Chamomile  | Binds BZD receptors |                   | 1–3 g t.i.d.   | ? ↓SOL                               | Hypertensive effect   |
| Kava   | CNS depressant      |                   | 60–120 mg/day  | Improves SE                          | Weak anxiolytic   |
| Lavender   | CNS depressant      |                   | Essential oil inhalation   | Improves SE                          | Potentiates effects of alcohol  |
| ?, questionable; BZD, benzodiazepine; CNS, central nervous system; REM, rapid eye movement; SE, sleep efficiency; SOL, sleep-onset latency; SWS, slow wave sleep; t.i.d., three times a day. |                     |                   |  |                                      |   |



# Farmacoterapia e insomnio infantil

| Fármaco        | Tipo                                   | Mecanismo de acción                   | Vida media | Absorción Pico máx.       | Efecto sobre el sueño                             |
|----------------|--|---------------------------------------|------------|---------------------------|---|
| Difenhidramina | Antihistamínicos                       | Agonistas receptores H1               | 4-6 h      | Rápida. Pico máximo 2-4 h | Disminuye latencia de sueño                       |
| Clorfeniramina |  |                                       | 4-6 h      |                           |   |
| Hidroxicina    |  |                                       | 6-24 h     |                           |   |
| Melatonina     | Hormona                                | Regulador circadiano. Hipnótico débil | 30-50 min  |                           | Disminuye latencia de sueño. Regulador circadiano |
| Clonazepam     | Benzodiazepinas (BZD)                  | Unión receptores GABA                 | 30-40      |                           | Suprime NREM                                      |
| Flurazepam     |  |                                       | 2-100      | 30m-13h                   |   |
| Triazolam      |  |                                       | 2-6        | 60-120                    |   |
| Zolpidem       | Análogo BZD                            | Similar a BZD                         | 2-3 h      | 90 m                      |   |
| Zaleplon       |  |                                       | 1 h        | 60 m                      |   |
| Eszopiclona    |  |                                       | 5-6 h      | 60 m                      |   |
| Ramelteón      | Agonista sintético receptor melatonina |                                       | 1-2 h      | 45 m                      | Disminuye latencia de sueño                       |
| Clonidina      | Alfa agonista                          | Receptores adrenérgicos               | 6-24 h     | 2-4 h                     | Disminuye latencia de sueño, REM y NREM           |
| Trazodona      | Antidepresivo atípico                  |                                       |            | 30-120 m                  | Menor latencia de sueño y REM. Aumenta NREM       |