

disfunciones asociadas con el sueño, las etapas del sueño o los despertares parciales – dysfunctions associated with sleep, sleep stages, or partial arousals

Authored by
memjavad

January 1, 2026

RECOMMENDED CITATION

memjavad (2026). *disfunciones asociadas con el sueño, las etapas del sueño o los despertares parciales – dysfunctions associated with sleep, sleep stages, or partial arousals*. Spanish Psychological Databases. Retrieved from <https://spanish.arabpsychology.com/?p=8011>

Parasomnias: Disfunciones Asociadas al Sueño, a sus Etapas o a los Despertares Parciales

Primary Disciplinary Field(s): Medicina del Sueño, Neurología, Psiquiatría, Psicología Clínica

1. Core Definition

Las parasomnias constituyen un grupo heterogéneo de trastornos del sueño caracterizados por fenómenos físicos o experiencias indeseables que ocurren durante la entrada al sueño, dentro del sueño mismo, o durante los despertares parciales. Estos eventos, que son intrusivos y disruptivos, representan activaciones conductuales, autonómicas o cognitivas inapropiadas que se manifiestan durante la transición entre la vigilia y el sueño, o entre las diferentes etapas del ciclo del sueño. Crucialmente, las parasomnias no se consideran trastornos primarios del proceso de generación del sueño, sino más bien disfunciones del estado de transición o de la disociación de estados, donde elementos de la vigilia, el sueño de movimientos oculares rápidos ([REM](#)) y el sueño de movimientos oculares no rápidos ([NREM](#)) coexisten de manera anómala.

La clasificación moderna, particularmente la establecida por la Clasificación Internacional de Trastornos del Sueño (ICSD-3), organiza las parasomnias en categorías basadas en la etapa del sueño en la que predominantemente ocurren, lo cual es fundamental para el diagnóstico y el manejo clínico. Estas disfunciones abarcan un espectro amplio, desde manifestaciones motoras benignas, como el rechinar de dientes (bruxismo), hasta comportamientos complejos y potencialmente peligrosos, como el [sonambulismo](#) o el trastorno de conducta del sueño REM (TCS-REM). La característica unificadora es la naturaleza involuntaria y, a menudo, la amnesia parcial o total que el individuo experimenta respecto al evento al despertar, lo que subraya la naturaleza disociativa del trastorno.

Es imprescindible distinguir las parasomnias de otros trastornos del sueño, como las disomnias (que afectan la cantidad o el momento del sueño, como el insomnio o la apnea del sueño) o de episodios epilépticos nocturnos, que pueden simular parasomnias motoras. La definición clínica requiere la documentación de una conducta inusual que interrumpe la continuidad del sueño o la transición entre sus etapas. La comprensión etiológica de las parasomnias se centra en la inmadurez del sistema nervioso central en niños (donde muchas parasomnias NREM son comunes y autolimitadas) o en procesos neurodegenerativos o farmacológicos en adultos, que alteran la estabilidad de los mecanismos reguladores del ciclo sueño-vigilia.

2. Etimología y Desarrollo Histórico

El término "parasomnias" proviene del griego, donde el prefijo "para-" significa "al lado de" o "anormal", y "somnus" (latín, adoptado en griego como sufijo) se refiere al sueño. Literalmente,

significa "algo que ocurre anormalmente junto al sueño". Históricamente, las manifestaciones de las parasomnias han sido reconocidas y documentadas desde la antigüedad, aunque a menudo se les atribuían causas sobrenaturales o espirituales. El sonambulismo, por ejemplo, fue objeto de numerosas referencias literarias y médicas tempranas, pero su comprensión neurofisiológica era inexistente. Durante siglos, estos fenómenos fueron tratados bajo el paraguas de la histeria, la locura o, en el peor de los casos, la posesión demoníaca.

El desarrollo histórico significativo comenzó con el advenimiento de la [electroencefalografía](#) (EEG) en el siglo XX y el descubrimiento de las etapas del sueño (NREM y REM) en la década de 1950. Este avance permitió a investigadores como Aserinsky y Kleitman establecer una base neurofisiológica para el ciclo del sueño. Fue a partir de este marco que los trastornos conductuales nocturnos pudieron ser correlacionados con etapas específicas. Inicialmente, las parasomnias se clasificaron de manera vaga, pero la publicación de la primera Clasificación Internacional de Trastornos del Sueño (ICSD) en 1990 formalizó el campo, separando claramente las parasomnias (fenómenos disruptivos) de las disomnias (problemas de iniciación/mantenimiento).

La evolución de la clasificación ha sido crucial. La ICSD-2 (2005) y la actual ICSD-3 (2014) refinaron la categorización, enfatizando la distinción neurofisiológica. Por ejemplo, la identificación del Trastorno de Conducta del Sueño REM (TCS-REM) como una parasomnia distinta y, más importante aún, su reconocimiento como un pródromo significativo de enfermedades [sinucleinopatías](#) (como la enfermedad de Parkinson y la demencia con cuerpos de Lewy), ha elevado las parasomnias de meras curiosidades clínicas a marcadores biológicos de riesgo neurodegenerativo. Este desarrollo histórico subraya la transición de una comprensión puramente conductual a una perspectiva neurocientífica integral.

3. Clasificación y Características Clave

La clasificación de las parasomnias se basa principalmente en la fase del sueño de la que emergen o con la que están asociadas, lo que ayuda a determinar la etiología y el tratamiento. Las tres categorías principales son las parasomnias asociadas al sueño NREM, las asociadas al sueño REM, y otras parasomnias que no están estrictamente ligadas a una etapa específica.

Las [parasomnias NREM](#), también conocidas como trastornos del despertar, son las más comunes y típicamente ocurren durante la transición del sueño de ondas lentas (etapas N3). Son ejemplos clásicos de disociación de estados, donde la función motora y autonómica se activa, mientras que la conciencia y la memoria permanecen en un estado de sueño profundo. Se caracterizan por la amnesia del evento al despertar, la dificultad para despertar completamente al individuo durante el episodio, y la aparición más frecuente en la primera mitad de la noche, cuando el sueño N3 es más predominante. Los principales subtipos incluyen:

Terrores Nocturnos (Pavor Nocturnus): Despertares abruptos con gritos de pánico, intensa activación autonómica (taquicardia, sudoración) y miedo extremo. El individuo es inconsolable y no recuerda el evento.

Sonambulismo (Sleepwalking): Comportamiento motor complejo que va desde sentarse en la cama hasta caminar, realizar tareas domésticas o incluso conducir. El riesgo de lesión es significativo.

Despertar Confusional (Confusional Arousals): Despertar parcial caracterizado por desorientación, habla incoherente y comportamiento lento o inapropiado, sin el pánico asociado a los terrores nocturnos.

Las parasomnias asociadas al [sueño REM](#) se distinguen porque ocurren durante la fase donde típicamente se produce la parálisis muscular (atonía) que evita la actuación de los sueños. El fallo de este mecanismo de atonía es el sello distintivo de esta categoría. El trastorno más relevante es el Trastorno de Conducta del Sueño REM (TCS-REM).

Trastorno de Conducta del Sueño REM (TCS-REM): Caracterizado por la verbalización y actuación de los sueños debido a la pérdida de la atonía muscular. Los movimientos son a menudo violentos o protectores. Es crucialmente importante porque, en adultos, el TCS-REM idiopático es un fuerte predictor de futuras sinucleinopatías.

Parálisis del Sueño: Incapacidad de moverse o hablar al despertar o al quedarse dormido, mientras se mantiene la conciencia. A menudo se acompaña de [alucinaciones](#) hipnagógicas o hipnopómpicas.

Pesadillas (Nightmares): Sueños vívidos y angustiosos que provocan el despertar completo y la capacidad de recordar los detalles del sueño. Ocurren típicamente en la segunda mitad de la noche, durante el sueño REM prolongado.

Otras parasomnias incluyen la Enuresis Nocturna, el Bruxismo del Sueño, y las Alucinaciones Aisladas del Sueño. Estas se clasifican aparte porque su fisiopatología no se limita estrictamente a la disociación NREM o REM, o porque su etiología es multifactorial. La comprensión detallada de estas características es vital para el diagnóstico diferencial, especialmente para descartar epilepsia nocturna o trastornos psiquiátricos que puedan manifestarse durante el sueño.

4. Fisiopatología y Mecanismos Subyacentes

La fisiopatología de las parasomnias se centra en la inestabilidad de los límites entre los estados de vigilia, NREM y REM, un fenómeno conocido como disociación de estados de sueño. En las parasomnias NREM, el evento principal es un despertar incompleto. El cerebro no logra pasar completamente al estado de vigilia, quedando atrapado en un estado híbrido: la corteza (responsable de la conciencia y la memoria) permanece en un estado similar al sueño N3, mientras que los centros subcorticales y el sistema motor (responsables de la activación

autonómica y el movimiento) se activan a un nivel similar al de la vigilia.

Este despertar incompleto es facilitado por diversos factores desencadenantes, que actúan como "activadores" del despertar. Estos incluyen la privación del sueño, el estrés, la fiebre, el consumo de alcohol o sedantes, y la presencia de otros trastornos del sueño que fragmentan el descanso, como la apnea obstructiva del sueño. La predisposición genética también juega un papel crucial; existe una alta concordancia familiar para las parasomnias NREM, sugiriendo un componente hereditario significativo en la regulación de la profundidad del sueño.

En contraste, la fisiopatología del TCS-REM implica una disfunción del tallo cerebral, específicamente en las vías que median la atonía muscular. Normalmente, durante el sueño REM, las neuronas del núcleo subcoeruleus liberan neurotransmisores que inhiben las neuronas motoras espinales, resultando en parálisis. En el TCS-REM, esta inhibición falla o está significativamente disminuida, permitiendo la activación motora en respuesta a la actividad onírica. Dado que el sueño REM es controlado por estructuras del tronco encefálico, la aparición de TCS-REM en adultos mayores suele ser un indicio temprano de una disfunción sinucleinopática que afecta progresivamente estas regiones, lo que le confiere una importancia pronóstica única dentro de la medicina del sueño.

5. Significación Clínica e Impacto

Las parasomnias tienen una significación clínica considerable, afectando tanto la calidad de vida del paciente como la de sus compañeros de cama, y planteando riesgos de seguridad. El impacto más inmediato de las parasomnias, especialmente las NREM y el TCS-REM, es el potencial de [lesiones](#). Los pacientes con sonambulismo pueden caerse, chocar contra objetos o incluso salir de casa, poniéndose en peligro grave. De manera similar, los episodios de TCS-REM a menudo resultan en lesiones tanto para el paciente (caídas de la cama, fracturas) como para la pareja (golpes accidentales).

Más allá de las lesiones físicas, las parasomnias contribuyen a la fragmentación del sueño, lo que puede llevar a somnolencia diurna, fatiga crónica y deterioro cognitivo. El impacto psicológico también es relevante, ya que los episodios pueden generar vergüenza, ansiedad anticipatoria (miedo a dormir) y deterioro de las relaciones interpersonales debido a la alteración del sueño de la pareja. En el ámbito pediátrico, aunque las parasomnias NREM suelen ser benignas y autolimitadas, pueden ser motivo de gran angustia familiar e intervención médica.

Además, la significación de las parasomnias como marcadores de otras enfermedades es fundamental. Como se mencionó, el TCS-REM idiopático es uno de los predictores más fuertes para el desarrollo futuro de trastornos neurodegenerativos como la enfermedad de Parkinson (EP) o la Atrofia Multisistémica (AMS). Esto ha posicionado el diagnóstico de TCS-REM como un punto de entrada crucial para las investigaciones de neuroprotección, permitiendo la identificación de

pacientes en riesgo años o incluso décadas antes de la aparición de los síntomas motores de la EP. Por lo tanto, el diagnóstico preciso de una parasomnia en un adulto no es solo un tratamiento sintomático, sino también una evaluación de riesgo neurológico.

6. Diagnóstico y Enfoques Terapéuticos

El diagnóstico de las parasomnias se basa principalmente en una historia clínica detallada, idealmente complementada por informes de testigos presenciales (compañeros de cama o familiares). Sin embargo, la herramienta diagnóstica definitiva, especialmente cuando hay riesgo de lesión o sospecha de otras patologías (como epilepsia), es la [polisomnografía](#) (PSG) con videocámara. La PSG permite documentar el evento, correlacionándolo con la etapa específica del sueño y descartando actividad epiléptica.

En la PSG, una parasomnia NREM se diagnostica por un despertar incompleto que emerge del sueño N3, mientras que el TCS-REM se confirma por la presencia de actividad motora tónica o fásica excesiva durante el sueño REM, en ausencia de la atonía normal. El diagnóstico diferencial es clave para distinguir las parasomnias de las convulsiones nocturnas, que a menudo son más estereotipadas, más breves y presentan hallazgos específicos en el EEG.

El tratamiento de las parasomnias varía según la categoría y la gravedad. Para las parasomnias NREM en niños, el enfoque suele ser no farmacológico, centrándose en la higiene del sueño, la reducción de los factores desencadenantes (como la privación del sueño) y, ocasionalmente, el "despertar programado" para interrumpir el ciclo de sueño N3. En adultos con parasomnias NREM frecuentes o peligrosas, se pueden utilizar benzodiazepinas o antidepresivos tricíclicos.

El tratamiento estándar para el TCS-REM es el clonazepam, un agonista GABAérgico que reduce la actividad motora durante el sueño REM. Sin embargo, debido a las preocupaciones sobre el uso a largo plazo de benzodiazepinas, también se están explorando alternativas como la melatonina, que ha demostrado eficacia en algunos casos, especialmente en pacientes ancianos con riesgo de caídas. Además, dado el vínculo neurodegenerativo, el manejo del TCS-REM incluye la monitorización neurológica a largo plazo.

7. Debates y Críticas

A pesar de los avances en la medicina del sueño, varios debates persisten en el campo de las parasomnias. Uno de los principales puntos de discusión es la superposición y la etiología compartida entre las parasomnias NREM y la epilepsia nocturna del lóbulo frontal (ENLF). A veces, es extremadamente difícil distinguir clínicamente entre un sonambulismo complejo y una convulsión motora nocturna, lo que requiere una PSG exhaustiva y, a menudo, la monitorización neurofisiológica prolongada. Algunos investigadores sugieren que podría existir un espectro fisiopatológico donde los "trastornos del despertar" representan una forma de hiperexcitabilidad

cortical o subcortical que comparte mecanismos con la epilepsia.

Otro debate significativo se centra en la naturaleza de la conciencia durante las parasomnias NREM. Aunque tradicionalmente se asume que el individuo es inconsciente y amnésico, investigaciones recientes utilizando técnicas de imagen cerebral y EEG de alta densidad sugieren que puede haber focos de actividad cortical localizada y conciencia parcial (o procesamiento cognitivo limitado) durante los episodios de sonambulismo. Esta noción desafía el modelo clásico de disociación total y plantea preguntas sobre la responsabilidad legal y moral de los actos cometidos durante estos estados.

Finalmente, existe una crítica metodológica respecto a la dependencia de la ICSD-3 en la clasificación categórica, que puede no reflejar la realidad clínica de los pacientes que a menudo presentan síntomas de múltiples parasomnias o trastornos mixtos (por ejemplo, bruxismo coexistente con terrores nocturnos). La investigación futura se orienta hacia una comprensión dimensional de los trastornos del sueño, reconociendo la inestabilidad de los estados de sueño como un factor de riesgo general, en lugar de tratar cada parasomnia como una entidad completamente aislada.

Further Reading

[American Academy of Sleep Medicine. International Classification of Sleep Disorders, 3rd Edition \(ICSD-3\).](#)

[Wikipedia: Parasomnia.](#)

[National Institutes of Health \(NIH\): Parasomnias: Clinical Features and Management.](#)

[Parkinson's Foundation: REM Sleep Behavior Disorder \(RBD\).](#)