

Capítulo 6

Parálisis aislada recurrente del sueño: Fisiopatología, alucinaciones y el factor cultural

Azael Felipe Velázquez Rodríguez

Resumen

Este capítulo describe la parálisis aislada recurrente del sueño (PARS), una parasomnia clasificada dentro del sueño REM. El capítulo explica que la PARS es la incapacidad de realizar movimientos voluntarios al inicio o fin del sueño, manteniendo la conciencia intacta. El propósito es abordar su naturaleza compleja, revisando la epidemiología y las bases neurofisiológicas, las cuales involucran la persistencia de la atonía muscular REM y la desregulación de núcleos del tronco encefálico y el sistema orexina. El contenido detalla las manifestaciones clínicas, como la parálisis y las alucinaciones. El texto también explora el interés cultural del fenómeno, mostrando cómo diversas interpretaciones sobrenaturales moldean la experiencia. Finalmente, se describe que el manejo se centra en la higiene del sueño y la psicoeducación, dada la falta de tratamientos específicos para la interrupción de episodios agudos.

Palabras clave:
Trastornos del sueño;
Sueño REM;
Neurofisiología;
Alucinaciones;
Cultura

Velázquez Rodríguez, A. F. (2025). Parálisis aislada recurrente del sueño: Fisiopatología, alucinaciones y el factor cultural. En J. Jaimes Cienfuegos, & J. Valdez Gaona, (Coords). *Trastornos del sueño: un enfoque diagnóstico y terapéutico.* (pp. 123-134). Religación Press. <http://doi.org/10.46652/religacionpress.380.c764>



Contenido

Parálisis aislada recurrente del sueño

Es la incapacidad de realizar movimientos voluntarios ya sea al inicio, durante o al finalizar el sueño. Durante el episodio de este evento se conserva la conciencia y el recuerdo se conserva intacto, sin embargo, no es posible emitir lenguaje o realizar algún movimiento, la respiración no suele estar alterada, aunque es posible percibir cierta incapacidad de respirar ya que los músculos accesorios (músculos intercostales) de la respiración muestran una leve disminución de su actividad, sin embargo, la respiración diafragmática se mantiene conservada (Carrillo-Mora, 2018).

Los episodios pueden durar desde unos cuantos segundos a varios minutos, y terminan de forma espontánea; suelen ser más frecuentes si se duerme en posición supina; se ha observado que se detienen si se toca o se le llama al paciente. Estos episodios pueden ser tan raros como una sola vez en la vida o tan frecuentes como varias veces al año. Es posible que también aparezcan alucinaciones, táctiles, visuales o auditivas (llamadas alucinaciones hipnagógicas cuando ocurren durante el estado de transición entre la vigilia y el sueño e hipnopómicas cuando ocurren en el estado de transición entre el sueño y la vigilia), lo que provoca ansiedad.

Estas experiencias potencialmente aterradoras se han interpretado en varios contextos culturalmente específicos, con variadas explicaciones espirituales y sobrenaturales que van desde la brujería y los espíritus malévolos hasta los extraterrestres (Hufford, 2005).

Esta condición ha sido conocida desde la antigüedad y hay referencias persas de la edad media (865-925 EC), en donde se señalaba que el “Kabus” (parálisis del sueño) podría ocurrir en individuos tras el consumo de alcohol (Golzari & Ghabili, 2012).

Hace cientos de años, la PS se definía tradicionalmente como “no una pesadilla, sino más bien como la visita nocturna de un ser maligno que amenaza con quitarle la vida a su aterrorizada víctima” (Mason, 2012).

Clasificación

Esta parasomnia se encuentra clasificada en la “Clasificación Internacional de Trastornos del Sueño para la parasomnia”, dentro del apartado “parasomnias usualmente asociadas con sueño de movimientos oculares rápidos”, inciso b: “Parálisis del sueño aislada recurrente” (Fleetham & Fleming, 2014).

Epidemiología

Una revisión sistemática realizada en 2012 encontró que un número ligeramente mayor de mujeres (18,9 %) experimentó Parálisis del sueño a lo largo de su vida que de hombres (15,9 %). No se ha encontrado alguna variación significativa en la incidencia de la Parálisis del sueño por edad de los pacientes.

Es mucho más frecuente en estudiantes y pacientes psiquiátricos, y la diferencia entre estos dos últimos grupos es sorprendentemente pequeña. Las razones de estas mayores tasas de prevalencia no están claras, pero es posible que ambos grupos experimenten alteraciones regulares del sueño, un factor que aumenta la probabilidad de episodios

Este estudio también encontró que el 7,6 % de la población general, el 28,3 % de los estudiantes y el 31,9 % de los pacientes psiquiátricos experimentaron al menos un episodio de parálisis del sueño. De los pacientes psiquiátricos con trastorno de pánico, el 34,6 % reportó parálisis del sueño a lo largo de la vida. Los resultados también sugieren que las minorías étnicas experimentan parálisis

del sueño a lo largo de la vida con mayor frecuencia que los pacientes caucásicos (Sharpless & Barber, 2011).

Bases neurofisiológicas:

El sueño tiene 2 componentes: el sueño REM (movimientos oculares rápidos) y el NREM (ausencia de movimientos oculares rápidos); la parálisis del sueño ha sido relacionada experimentalmente a los estados REM, particularmente con el inicio y el final del sueño REM. La parálisis del sueño puede ser producida por la hiperactivación de poblaciones neuronales colinoceptivas y/o colinérgicas de REM-on y, se considera más probable, la hipo activación de poblaciones noradrenérgicas o serotoninérgicas de REM-off en el puente. Así, el SP puede reflejar una anomalía en el funcionamiento de los sistemas monoaminérgicos y/o su inhibición de los sistemas colinérgicos (Hishikawa & Shimizu, 1995).

El proceso medular de la parálisis del sueño se basa en la desincronización de los mecanismos cerebrales que regulan el sueño REM, específicamente en la persistencia de la atonía muscular característica del REM mientras la conciencia ya está despierta; hay varios puntos importantes a considerar a partir de esta premisa básica:

Fase REM y Atonía Muscular: durante el **sueño REM**, el cerebro inhibe la actividad motora voluntaria (atonía) para evitar que los pacientes interpreten sus sueños. Esto se logra mediante:

- **Activación del núcleo sublateral dorsal (SLD)** en el tronco encefálico (proyecta señales inhibitorias a las motoneuronas espinales vía GABA/glicina).
- **Desconexión del sistema motor cortical** (la corteza motora no envía señales efectivas a los músculos) (Lu, 2006).

Fallo en la Transición Vigilia-REM: en la PARS (Parálisis aislada recurrente del sueño), hay una transición anómala entre el sueño REM y la vigilia. El cerebro “despierta” (activación de la corteza prefrontal, conciencia recuperada), pero la atonía REM persiste debido a un retraso en la desactivación del núcleo sublateral dorsal (SLD) y a un fallo en la reactivación de los núcleos locus coeruleus (LC) y rafe dorsal (encargados de restaurar el tono muscular al despertar).

Disfunción en los Sistemas de Orexina/Hipocretina: las orexinas (neuropéptidos del hipotálamo) estabilizan los estados de vigilia y sueño. En la PARS, se han observado niveles bajos de orexina (similar a la narcolepsia, pero menos severos) e inestabilidad en la transición entre redes neuronales del sueño y la vigilia (Martínez-Rodríguez & Santamaría, 2017).

Se considera que hay varios circuitos nerviosos involucrados en la parálisis del sueño:

Tronco encefálico: núcleo sublateral dorsal (inducción de atonía), locus coeruleus (noradrenalina para despertar).

Hipotálamo: núcleos de orexina (regulación arousal).

Corteza prefrontal dorsolateral: conciencia durante el episodio (explica la percepción de estar despierto pero paralizado).

Amígdala y corteza cingulada anterior: generación de alucinaciones y miedo (hiperactividad durante la PARS) (Desseilles, 2010).

Unión temporoparietal (TPJ) y el lóbulo parietal superior derecho (SPL). Que causan una alteración funcional del procesamiento multisensorial del cuerpo y del yo en las estructuras cruciales para la construcción de una representación neuronal del cuerpo (Jalal, 2018).

Manifestaciones clínicas:

La parálisis del sueño se asocia frecuentemente con narcolepsia (junto a cataplexia). Los pacientes que experimentan parálisis del sueño también padecen insomnio con una frecuencia mayor que la población general. La atonía muscular en el contexto de un sensorio claro es el único requisito forzoso para los episodios de parálisis del sueño; además se suele acompañar de alucinaciones visuales o auditivas. Estas varían desde sensaciones cinestésicas agradables (flotar en el espacio) hasta episodios con sensación catastrófica, o terrores, por ejemplo, sentir una presencia en la habitación, percibir seres malignos o ver a personas conocidas (Mason, 2012; Sharpless & Kliková, 2019).

Dentro de los síntomas que presentan los pacientes se encuentran: Parálisis (100%), Intentar hablar pero sentir que no se puede hacer (58.69%), sentir que pueden morir (37.3%), sentimientos eróticos/sexuales (4.86%), alucinaciones cinéticas (como sentir el cuerpo cayendo, flotando, girando, volando etc.), alucinaciones táctiles (como presión en el pecho u otra parte del cuerpo, sensaciones de hormigueo, asfixia, sentir frío, sentir que le están tocando, sensación de vibración, dolor, etc.), alucinaciones auditivas (sonidos inusuales, escuchar un discurso poco claro o balbuceo, escuchar pasos), alucinaciones visuales (ver a un ser en la habitación, ya sea humanas o no humanas) (Sharpless & Kliková, 2019).

Perspectivas Culturales y Psicológicas

Los relatos de las alucinaciones que acompañan a la parálisis del sueño han estado presentes en relatos culturales de todo el mundo, relatos en donde se habla de ataques nocturnos de incubos/sucubos, posesiones espirituales, ataques de viejas brujas, visitas fantasmales y abducciones alienígenas (Adler, 1994).

En estos relatos, una presencia terrible y maligna en forma de una entidad vampírica, demonio, espíritu o bruja se sienta sobre el pecho de la víctima y sofoca o estrangula al durmiente indefenso. Algunas de las referencias históricas más conocidas, en la cultura occidental, a espíritus de este tipo son griegas: *pan-ephialtes* (pan que salta sobre), *graia y mora* (monstruo, ogro, espíritu, etc.); romanas: *íncubo* (el que presiona o aplasta) y *lamia*; alemanas: *mar/mare, hexendrucken* (presión de bruja) y *Alldruck* (presión de elfo); checas: *muera*; polacas: *zmora*; rusas: *kikimora*; francesas: *cauchemar*; inglés antiguo: *maere y hagge*; nórdico antiguo: *mara*; irlandés antiguo: *mar/more*; y español: *pesadilla*. (Cheyne et al., 1999).

En todo el mundo aparece la parálisis del sueño y, dependiendo del contexto cultural, las alucinaciones se hacen presentes como una entidad que es temida en dicha población, por ejemplo, en Brasil, la *pisadiera* les aplastaba el pecho a los habitantes de esa región, en Camboya las alucinaciones se asociaron con traumas pasados como los Jemeres rojos. Asimismo, en poblaciones contemporáneas de Estados Unidos, estas alucinaciones se asocian a abducciones extraterrestres (Johnson, 2023).

La parálisis del sueño no solo es un fenómeno neurofisiológico, sino una experiencia moldeada por factores culturales y psicológicos. Las creencias sobrenaturales (como posesiones o abducciones) aumentan el distrés postepisodio, especialmente en contextos donde estas narrativas están arraigadas. Además, el miedo durante el episodio y la ansiedad basal del individuo amplifican el impacto emocional posterior.

El estilo cognitivo analítico actúa como factor protector, reduciendo tanto la adhesión a explicaciones paranormales como el malestar asociado. Esto sugiere que las intervenciones deben considerar no solo la educación sobre las bases biológicas de la parálisis del sueño, sino también trabajar con los marcos interpretativos culturales y la regulación emocional del paciente.

La parálisis del sueño emerge como una experiencia donde lo biológico y lo cultural se entrelazan: la atonía muscular y las alucinaciones son universales, pero su interpretación y consecuencias psicológicas varían según el contexto. Esto exige abordajes clínicos sensibles a las diferencias individuales y culturales en su manejo (Cheyne & Pennycook, 2013).

Tratamiento

Actualmente, no se dispone de intervenciones farmacológicas ni conductuales con eficacia demostrada para interrumpir un episodio agudo de parálisis del sueño. Los abordajes terapéuticos se centran en el manejo de los factores predisponentes (psicofisiológicos y ambientales), aunque sin protocolos estandarizados para su interrupción inmediata. Un estudio controlado reportó resultados promisorios con la Terapia de Meditación de Foco Atencional + Relajación Muscular Progresiva (MR), mostrando reducción en frecuencia e intensidad de episodios (Jalal, 2016).

Dada la comorbilidad frecuente con otros trastornos del sueño, las intervenciones en higiene del sueño constituyen la primera línea de manejo preventivo. Este enfoque implica la modificación de conductas y condiciones ambientales que optimizan la arquitectura del sueño, incluyendo:

- Regulación circadiana: mantener horarios regulares de sueño-vigilia (incluyendo días no laborables)
- Optimización del entorno: control de estímulos lumínicos/ acústicos y uso de superficies de descanso ergonómicas
- Rutinas pre-sueño: eliminación de actividades estimulantes (exposición a pantallas, consumo de psicoactivos como cafeína/ etanol) en las 2-4 horas previas al sueño

Estas medidas buscan estabilizar los mecanismos neurofisiológicos del ciclo sueño-vigilia, particularmente en la transición REM, donde ocurre la parálisis.

Conclusión

La parálisis aislada recurrente del sueño constituye un trastorno del sueño REM caracterizado por una desconexión temporal entre los mecanismos de vigilia y la atonía muscular propia de esta fase. Su fisiopatología involucra principalmente una desregulación en los núcleos del tronco encefálico (SLD y locus coeruleus) y alteraciones en el sistema orexina/hipocretina, lo que explica tanto la parálisis como las frecuentes alucinaciones asociadas.

Desde el punto de vista clínico, su manifestación varía según factores individuales y culturales, donde las interpretaciones sobrenaturales pueden exacerbar el distrés. Si bien no existe un tratamiento farmacológico específico, el manejo se centra en intervenciones conductuales como la higiene del sueño y técnicas de relajación, junto con abordajes psicoeducativos para modificar las creencias disfuncionales.

En conjunto, la parálisis aislada del sueño representa un claro ejemplo de cómo los fenómenos neurofisiológicos interactúan con componentes psicológicos y culturales, requiriendo un enfoque integral para su adecuado manejo clínico.

Referencias

- Adler, S. R. (1994). Ethnomedical pathogenesis and Hmong immigrants' sudden nocturnal deaths. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 18(1), 23–59. <https://doi.org/10.1007/BF01384876>
- Brooks, P. L., & Peever, J. H. (2008). Glycinergic and GABA-mediated inhibition of somatic motoneurons does not mediate rapid eye movement sleep motor atonia. *Journal of Neuroscience*, 28(14), 3535–3545. <https://doi.org/10.1523/JNEUROSCI.5023-07.2008>
- Carrillo-Mora, P., Barajas-Martínez, K. G., Sánchez-Vázquez, I., & Rangel-Caballero, M. F. (2018). Trastornos del sueño: ¿qué son y cuáles son sus consecuencias? *Revista de la Facultad de Medicina (México)*, 61(1), 6–20.
- Cheyne, J. A., Rueffer, S. D., & Newby-Clark, I. R. (1999). Hypnagogic and hypnopompic hallucinations during sleep paralysis: Neurological and cultural construction of the night-mare. *Consciousness and Cognition*, 8(3), 319–337. <https://doi.org/10.1006/ccog.1999.0404>
- Cheyne, J. A., & Pennycook, G. (2013). Sleep paralysis postepisode distress. *Clinical Psychological Science*, 1(2), 135–148. <https://doi.org/10.1177/2167702612466656>
- Desseilles, M., Dang-Vu, T. T., & Maquet, P. (2010). Functional neuroimaging in sleep, sleep deprivation, and sleep disorders. En G. J. Siegel, R. W. Albers, S. T. Brady, & D. L. Price, (eds.). *Basic neurochemistry* (pp. 71–94). Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-0-444-52006-7.00006-X>
- Fleetham, J. A., & Fleming, J. A. (2014). Parasomnias. *Canadian Medical Association Journal*, 186(8), 273–280. <https://doi.org/10.1503/cmaj.120808>
- Golzari, S. E., & Ghabili, K. (2012). Alcohol-mediated sleep paralysis: The earliest known description. *Sleep Medicine*, 14(3), 298. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2012.09.014>
- Hishikawa, Y., & Shimizu, T. (1995). Physiology of REM sleep, cataplexy, and sleep paralysis. *Advances in Neurology*, 67, 245–271.
- Hufford, D. J. (2005). Sleep paralysis as spiritual experience. *Transcultural Psychiatry*, 42(1), 11–45. <https://doi.org/10.1177/1363461505050709>

- Jalal, B. (2016). How to make the ghosts in my bedroom disappear? Focused-attention meditation combined with muscle relaxation (MR therapy)—A direct treatment intervention for sleep paralysis. *Frontiers in Psychology*, 7. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.00028>
- Jalal, B. (2018). The neuropharmacology of sleep paralysis hallucinations: Serotonin 2A activation and a novel therapeutic drug. *Psychopharmacology*, 235(11), 3083–3091. <https://doi.org/10.1007/s00213-018-5042-1>
- Johnson, C. (2023). Sleep paralysis: A brief overview of the intersections of neurophysiology and culture. *American Journal of Psychiatry Residents' Journal*, 18(4), 2–5. <https://doi.org/10.1176/appi.ajprj.2023.180401>
- Lu, J., Sherman, D., Devor, M., & Saper, C. B. (2006). A putative flip-flop switch for control of REM sleep. *Nature*, 441(7093), 589–594. <https://doi.org/10.1038/nature04767>
- Martínez-Rodríguez, J. E., & Santamaría, J. (2017). Narcolepsia e hipersomnia idiopática. *Neurología*, 32(5), 288–296. <https://doi.org/10.1016/j.nrl.2016.02.027>
- Mason, P. H. (2012). Sleep paralysis: night-mares, nocebos, and the mind-body connection, by Shelley R. Adler. *Anthropology & Medicine*, 19(2), 255–257. <https://doi.org/10.1080/13648470.2012.675042>
- Sharpless, B. A., & Barber, J. P. (2011). Lifetime prevalence rates of sleep paralysis: A systematic review. *Sleep Medicine Reviews*, 15(5), 311–315. <https://doi.org/10.1016/j.smrv.2011.01.007>
- Sharpless, B. A., & Kliková, M. (2019). Clinical features of isolated sleep paralysis. *Sleep Medicine*, 58, 102–106. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2019.03.007>

Recurrent Isolated Sleep Paralysis: Pathophysiology, Hallucinations, and the Cultural Factor

Parálisia Isolada Recorrente do Sono: Fisiopatología, Alucinações e o Fator Cultural

Azael Felipe Velázquez Rodríguez

Universidad Autónoma del Estado de México | Toluca | México

<https://orcid.org/0009-0008-6102-191X>

afvelazquezr@uaemex.mx

azaelvel@yahoo.com.mx

Docente de Biología celular y tisular desde hace 18 años en diversas universidades, presidente de academia de Biología del Desarrollo, jefe del Laboratorio de Histología

Facultad de Medicina, UAEMéx.

Abstract

This chapter describes recurrent isolated sleep paralysis (RISP), a parasomnia classified within REM sleep. The chapter explains that RISP is the inability to perform voluntary movements at the onset or offset of sleep while maintaining intact consciousness. The purpose is to address its complex nature by reviewing the epidemiology and neurophysiological bases, which involve the persistence of REM muscle atonia and dysregulation of brainstem nuclei and the orexin system. The content details the clinical manifestations, such as paralysis and hallucinations. The text also explores the cultural interest in the phenomenon, showing how diverse supernatural interpretations shape the experience. Finally, it describes that management focuses on sleep hygiene and psychoeducation, given the lack of specific treatments for interrupting acute episodes.

Keywords: Sleep Disorders; REM Sleep; Neurophysiology; Hallucinations; Culture.

Resumo

Este capítulo descreve a parálisia isolada recorrente do sono (PIRS), uma parassomia classificada dentro do sono REM. O capítulo explica que a PIRS é a incapacidade de realizar movimentos voluntários no início ou no fim do sono, mantendo a consciência intacta. O objetivo é abordar sua natureza complexa, revisando a epidemiologia e as bases neurofisiológicas, que envolvem a persistência da atonia muscular do sono REM e a desregulação dos núcleos do tronco cerebral e do sistema de orexina. O conteúdo detalha as manifestações clínicas, como a parálisia e as alucinações. O texto explora também o interesse cultural do fenômeno, mostrando como diversas interpretações sobrenaturais moldam a experiência. Finalmente, descreve-se que o manejo se centra na higiene do sono e na psicoeducação, dada a falta de tratamentos específicos para a interrupção de episódios agudos.

Palavras-chave: Transtornos do sono; Sono REM; Neurofisiologia; Alucinações; Cultura.