



COMILLAS
UNIVERSIDAD PONTIFICIA

ICAI

ICADE

CIHS

FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y
SOCIALES

**Parasomnias relacionadas con el sueño sin
movimientos oculares rápidos: la sexsomnia**

Autora: Ángela Martínez Martínez

Directora: Dra. Noelia Ruiz Herrera

Madrid
2020/2021

Tabla de contenidos

Resumen	4
Introducción.....	5
Marco teórico	7
El sueño	7
<i>Etapas del sueño.....</i>	<i>7</i>
<i>Sueño y psicopatología.....</i>	<i>8</i>
<i>Modelos del sueño</i>	<i>9</i>
Modelos de Regulación del Sueño	9
Modelo de dos procesos	9
Modelo de triple procesador de regulación de la somnolencia/alerta	9
Modelo Comportamental del Sueño.....	10
Modelo Conductual Interactivo.....	10
Trastornos del sueño.....	10
<i>Clasificación según la Academia Estadounidense de Medicina del Sueño.....</i>	<i>10</i>
<i>Clasificación según la Organización Mundial de la Salud.....</i>	<i>11</i>
<i>Clasificación según la Asociación Americana de Psicología</i>	<i>11</i>
Parasomnias.....	11
<i>Clasificación de las parasomnias.....</i>	<i>12</i>
Parasomnias relacionadas con el sueño NREM	12
Parasomnias relacionadas con el sueño REM.....	13
Otras parasomnias	13
Síntomas aislados y variantes normales.....	13
Parasomnias relacionadas con el sueño NREM	13
<i>Despertares confusionales.....</i>	<i>14</i>
<i>Sonambulismo.....</i>	<i>15</i>
<i>Terrores nocturnos</i>	<i>15</i>
<i>Trastorno de la alimentación relacionado con el sueño</i>	<i>15</i>
<i>Factores desencadenantes.....</i>	<i>16</i>
<i>Diagnóstico.....</i>	<i>16</i>
<i>Tratamientos.....</i>	<i>17</i>
Sexsomnia	18
<i>Prevalencia.....</i>	<i>21</i>
<i>Terminología</i>	<i>21</i>
<i>Etiología</i>	<i>22</i>
<i>Evaluación y tratamiento.....</i>	<i>23</i>
<i>Diferencias de género.....</i>	<i>24</i>
Discusión y conclusiones	25
Discusión	25

Conclusiones 27
Referencias 29

Resumen

Mediante el presente trabajo, se busca definir el concepto de parasomnia, así como conocer los diferentes tipos de parasomnias, especialmente las relacionadas con el sueño sin movimientos oculares rápidos. Se va a explicar en qué consisten cada una de ellas, las variables relacionadas con su aparición, su diagnóstico y tratamiento. Además, el objetivo principal es el de abordar la sexsomnia, atendiendo a su prevalencia, terminología, etiología, evaluación, tratamiento y diferencias de género. Para todo ello, se lleva a cabo una revisión bibliográfica. Dentro de las conclusiones, cabe destacar el desconocimiento que existe sobre la sexsomnia. Debido a la escasez de investigaciones sobre la sexsomnia, se proponen futuras líneas de investigación.

Palabras clave: sueño, parasomnias, sexsomnia, parasomnias NREM, comportamiento sexual.

Abstract

The aim of this review is to define the concept of parasomnia, as well as to learn about the different types of parasomnias, especially those related to sleep without rapid eye movements. This review explains what each one of them consist of, the variables related to their appearance, their diagnosis and treatment. In addition, the main objective is to deal with sexsomnia, addressing its prevalence, terminology, etiology, assessment, treatment and gender differences. To this end, a literature review is carried out. Among the conclusions, it is worth highlighting the lack of knowledge about sexsomnia. Due to the scarcity of research on sexsomnia, future lines of research are proposed.

Key words: Sleep, parasomnias, sexsomnia, NREM parasomnias, sexual behaviour.

Introducción

Los humanos dedican a dormir una gran parte de su vida, por ello, es fundamental garantizar un descanso adecuado. Existen distintos tipos de trastornos del sueño que pueden dificultarlo, estando entre ellos las parasomnias.

Las parasomnias son fenómenos físicos e indeseables que suelen ocurrir durante el sueño. Suelen ser episódicas y pueden llegar a suponer un peligro para la persona que lo sufre y para los compañeros de cama (Driver y Shapiro, 1993; Wills y Garcia, 2002).

A la hora de catalogar las distintas parasomnias, este trabajo se ha basado en la *ICSD* [Clasificación Internacional de los Trastornos del Sueño] (3rd ed.; *ICSD-3*; American Academy of Sleep Medicine, 2014) ya que es el manual diagnóstico a nivel internacional que clasifica los trastornos del sueño de forma específica. Según dicha clasificación, las parasomnias se dividen en: las relacionadas con la fase de sueño de no movimiento rápido de los ojos (NREM) o trastornos de *arousal*. Dentro de estas parasomnias están los despertares confusionales, el sonambulismo, los terrores del sueño y el trastorno de la alimentación relacionado con el sueño. Por otro lado, están las relacionadas con la fase de sueño de movimiento rápido de los ojos (REM), las cuales se clasifican en: el trastorno de conducta del sueño REM, la parálisis del sueño aislada y el trastorno de pesadilla. También se encuentra la clasificación de otras parasomnias y, por último, los síntomas aislados y variantes normales (Sateia, 2014).

Las parasomnias relacionadas con el sueño NREM, según la *ICSD-3*, están divididas en: despertares confusionales, el sonambulismo, los terrores nocturnos y el trastorno de la alimentación relacionado con el sueño. Este trabajo se va a centrar en estas parasomnias atendiendo a los factores que pueden desencadenarlas, su diagnóstico y su tratamiento.

Cabe destacar la existencia de una variante de los despertares confusionales, la *sexsomnia*. Consiste en la emisión de conductas sexuales durante el sueño con amnesia parcial o total de lo sucedido tras sufrir un episodio (Dubessy, Leu-Semenescu, Attali, Maranci y Arnulf, 2017; Schenck, 2014)

Dada su novedad, sus posibles implicaciones legales y el gran malestar que puede generar tanto a quienes la sufren como a sus personas cercanas, la *sexsomnia* va a ser el foco central de este trabajo.

El desconocimiento sobre la *sexsomnia*, así como la escasez de investigaciones sobre las parasomnias del sueño NREM respecto a otras, empujan a la elaboración de este trabajo mediante el método de revisión bibliográfica.

Mediante el presente trabajo, se busca definir el concepto de parasomnia, describir los principales tipos de parasomnias relacionadas con el sueño NREM, así como explicar la sexsomnia, teniendo en cuenta sus posibles variables de aparición, tratamiento y controversias.

Marco teórico

El sueño

El sueño es una necesidad biológica para todos los humanos. Por lo tanto, una adecuada higiene del sueño es esencial a la hora de tener una buena calidad de vida. La falta de horas de descanso, así como los distintos trastornos del sueño, tienen un impacto negativo en la salud de los seres humanos (Harvey, Murray, Chandler y Soehner, 2011; Tempesta, Salfi, De Gennaro y Ferrara, 2020).

Es importante destacar que en las últimas décadas se ha podido ver una clara disminución en la duración del sueño. Esto, a su vez, lleva a una mayor prevalencia de los trastornos del sueño. Además, los jóvenes son más susceptibles a dicha reducción del tiempo de sueño (Carrillo-Mora, Ramírez-Peris y Magaña-Vázquez, 2013). Antes de adentrarse en los trastornos del sueño, es esencial conocer en qué consiste este.

Diversos estudios (Carrillo-Mora et al., 2013; Velayos, Moleres, Irujo, Yllanes y Paternain, 2007) hablan del sueño como un proceso fisiológico activo y como un estado conductual, en el que existe una notable disminución de la conciencia y de la reacción a estímulos externos. El sueño es un fenómeno reversible (lo cual lo diferencia del coma) que sufre distintos cambios a lo largo de su transcurso. Dichos cambios se pueden dividir en dos grandes estadios: NREM (sin movimientos oculares rápidos) y REM (con movimientos oculares rápidos). Estas abreviaturas hacen referencia a las siglas de los términos en inglés: *non-rapid eye movement* (NREM) y *rapid eye movement* (REM).

Etapas del sueño. Para diferenciar las fases NREM y REM hay que atenderse a las siguientes variables: los movimientos oculares, la actividad eléctrica del cerebro y la tensión muscular (Velayos et al., 2007). No obstante, la actividad eléctrica cerebral es el punto clave para diferenciar las distintas etapas del sueño.

A lo largo del sueño se alternan de forma cíclica las dos fases de tal manera que la etapa NREM es la que aparece en primer momento mientras que la etapa REM se presenta después (Carrillo-Mora et al., 2013).

La fase NREM se divide a su vez en cuatro etapas (N1-N4) que en su conjunto abarcan de media alrededor de 6 horas en un ciclo de 8 horas de sueño. Se caracterizan principalmente por la ausencia de movimientos oculares rápidos y por la disminución de la actividad cerebral. Así mismo, el tono muscular se va reduciendo a lo largo de sus distintas etapas (Velayos et al., 2007).

La fase REM tiene como principal característica la presencia de movimiento rápido de los ojos. Se pierde el tono muscular y existe desincronización del electroencefalograma (EEG), prueba utilizada para medir la actividad cerebral. Esta fase ocupa aproximadamente el 25% del tiempo de sueño (Carrillo-Mora et al., 2013; Velayos et al., 2007).

Sueño y psicopatología. Por otro lado, es importante remarcar que se ha reconocido la relación entre la falta de sueño y la psicopatología, teniendo el sueño un papel indispensable a la hora de tener una buena salud física y psicológica. Así mismo, el sueño está presente en los criterios diagnósticos de muchos trastornos psicológicos. Se suele pensar que la alteración del sueño está en un plano secundario de la psicopatología. Sin embargo, es frecuente que dicha perturbación se superponga al trastorno psicológico “primario” (McLean, 2020).

Los problemas de sueño se deben a diversos motivos, tales como el cambio en los ritmos circadianos, la presencia de patologías, las características individuales y ambientales, etc. Los problemas de sueño están estrechamente ligados con una menor calidad de vida y con el aumento de la mortalidad. Además, cabe destacar que los trastornos del sueño aparecen con mayor frecuencia en aquellas personas que cuentan con menos recursos (Zee et al., 2014).

En cuanto a la prevalencia de trastornos de sueño a nivel global en España, parece ser complicado especificarla por la falta de datos epidemiológicos a nivel de población general. No obstante, Vela-Bueno, Iceta y Fernández (1999) concretan en su estudio que un 22,8% de la población de la ciudad de Madrid tiene algún problema de sueño, pudiendo además afirmar que existe una alta prevalencia de trastornos del sueño en dicha ciudad. Así mismo, una investigación de Ohayon y Sagales (2010) sobre el insomnio en población general española muestra que 3,7% manifestó tener problemas, al menos tres veces por semana, para iniciar el sueño. Otro 3% manifiesta no tener un sueño reparador en al menos tres días de la semana. Así mismo, se muestra que el 6,4% fue diagnosticado con insomnio.

Zee et al., (2014) exponen que la causa más común de la baja calidad de sueño son los trastornos del sueño que afectan a los ritmos circadianos y al curso normal del sueño. Ejemplo de ello serían el insomnio, la narcolepsia y las parasomnias. Cabe destacar

que los trastornos más frecuentes son el insomnio, que afecta a entre un 10 y un 20% de la población y la apnea obstructiva del sueño (AOS) que se da en entre un 5 y un 15% de la población.

En la ciudad de Madrid, el insomnio afecta a un 11,3%, la somnolencia diurna a un 11,6% y la hipersomnia a un 3,2%. La AOS se encontró en 1,1%, aunque es importante tener en cuenta que esta cifra puede diferir con la de otros estudios por la metodología que se usó en esta investigación en población madrileña. De la misma forma ocurre con las parasomnias, que se vieron en un 16,6% de la población (Vela-Bueno et al., 1999).

Por todo lo anteriormente comentado, los problemas de sueño se pueden considerar un grave problema para la salud pública que debe seguir estudiándose para su mejora.

Modelos del sueño. Antes de abordar las distintas clasificaciones sobre los trastornos del sueño, es importante hablar de los distintos modelos para explicar el sueño. En este caso, se tendrán en cuenta los siguientes, tanto por su influencia como porque han servido de inspiración a la hora de describir y proponer modelos nuevos.

Modelos de Regulación del Sueño. Estos tipos de modelo exponen los distintos procesos biológicos que se encargan de la regulación del sueño mediante su interacción.

Modelo de dos procesos. Se basa en que el sueño se regula por la interacción de dos procesos: el homeostático (proceso S), responsable de aumentar la inclinación al sueño en la vigilia y, el proceso circadiano (proceso C), que se encarga de alternar los tiempos con alta tendencia al sueño y con baja tendencia al sueño, es decir, de turnar el sueño y la vigilia (Achermann y Borbély, 2003).

Modelo de triple procesador de regulación de la somnolencia/alerta. En este modelo, el sueño se regula por la interacción de tres procesos, dos de ellos los nombrados en el anterior modelo: el homeostático (proceso S) y el circadiano (proceso C). En este modelo se incluye otro: la inercia del sueño (proceso W). Este último consiste en el estado que se tiene en los primeros momentos después de despertarse, el cual se caracteriza porque el estado de alerta y los procesos cognitivos se ven reducidos (Achermann y Borbély, 2003; Marín y Vinaccia, 2005).

Modelo Comportamental del Sueño. Este modelo propuesto por Webb (1988) habla de que la respuesta del sueño se ve influenciada por la interacción de tres variables primarias. Así mismo, en la investigación se muestra que existen otras variables que influyen a las primarias, tales como: el estado del organismo, la etapa evolutiva, las diferencias en cada individuo, etc. Las variables primarias serían: la demanda del sueño (resultado de la suma de los tiempos de vigilia y sueño), el tiempo circadiano del sueño y los facilitadores e inhibidores comportamentales (comportamientos del individuo que ayudan o dificultan que se de la respuesta de sueño).

Modelo Conductual Interactivo. Este modelo presentado por Buela-Casal (1992), es de enfoque conductual y habla de que el sueño es una conducta medible e influida por distintas dimensiones. Es decir, la estructura y el tiempo total de sueño se ven influidos por los siguientes cuatro factores: tiempo circadiano (cuándo se produce el sueño en un ciclo de 24 horas), organismo (factores intrínsecos como la edad, necesidad de dormir, sexo, etc.), ambiente (factores extrínsecos como la luz, ruido, dónde se duerme, etc.) y conducta. Dentro de la dimensión de conducta se puede hablar de aquellas que facilitan el sueño (cenar unas horas antes de irse a dormir, evitar el uso de sustancias activadoras, etc.) y de las que inhiben o dificultan el sueño (falta de rutina, malos hábitos de alimentación, etc.). Considera que es crucial medir estos aspectos tanto para evaluar el sueño como para conocer las causas de un posible trastorno. Por consiguiente, sería importante que este modelo se tuviera en cuenta para llevar a cabo una correcta clasificación de los trastornos del sueño.

Trastornos del sueño

Todas las personas sufren problemas de sueño a lo largo de su vida, existiendo de muy diferentes tipos y de distinta gravedad. Cabe resaltar que en muchas ocasiones constituyen trastornos psicológicos, tanto de forma aislada como siendo asociados a otros trastornos o enfermedades (McLean, 2020). En el presente apartado, se hablará de las diferentes clasificaciones de los trastornos del sueño.

Clasificación según la Academia Estadounidense de Medicina del Sueño. La *ICSD-3* organiza los trastornos del sueño en siete bloques: insomnio, trastornos respiratorios del dormir (TRD), trastornos centrales con hipersomnia, trastornos del ritmo

circadiano (ciclo de sueño y vigilia), parasomnias, trastornos del movimiento durante el sueño y otros trastornos del sueño.

Clasificación según la Organización Mundial de la Salud. El *CIE-11* [Clasificación Internacional de Enfermedades] (Organización Mundial de la Salud, 2019) habla de trastornos de insomnio, trastornos de hipersomnolencia, trastornos respiratorios relacionados con el sueño, movimientos anormales relacionados con el sueño, trastornos de parasomnia, trastornos del ritmo circadiano de sueño y vigilia, otros trastornos del sueño y vigilia sin especificación y de otros trastornos especificados del ciclo de sueño y vigilia. En este manual diagnóstico se agrupan todos ellos como trastornos del ciclo del sueño y la vigilia.

Clasificación según la Asociación Americana de Psicología. El *DSM-5* [Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales] (5th ed.; *DSM-5*; American Psychiatric Association, 2013) recoge estas afecciones como trastornos del sueño-vigilia en seis secciones: trastorno por insomnio, narcolepsia, trastorno de hipersomnolencia, trastornos del sueño relacionados con la respiración, trastornos del ritmo circadiano sueño-vigilia y parasomnias. No obstante, según la anterior edición revisada del manual, el *DSM-IV-TR* [Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales] (4th ed.; *DSM-IV-TR*; American Psychiatric Association, 1994) se clasificaban en trastornos primarios del sueño, trastornos del sueño relacionados con otro trastorno mental, trastorno del sueño debido a una enfermedad médica y trastorno del sueño inducido por sustancias.

Parasomnias

Las parasomnias, son uno de los focos centrales del presente trabajo, y se definen según Driver y Shapiro (1993) como “un grupo de fenómenos físicos episódicos, indeseables y graves que suelen ocurrir durante el sueño o que son acentuados por el sueño” (p. 921). Las parasomnias son agobiantes e incluso pueden ser peligrosas tanto para el que las sufre como para el posible compañero de cama, por lo que es importante tener en cuenta que se pueden diagnosticar y tratar en la mayoría de los casos. El individuo cuando las sufre, a pesar de estar dormido de manera parcial, presenta actividad motora (Wills y Garcia, 2002; Schenck y Mahowald, 2010). Constituyen problemas de salud tanto por su efecto físico como por la reducción de calidad de vida de quién lo sufre y de

sus familiares, considerándose estados patológicos prevaletentes a nivel general (Torres, 2010).

Su prevalencia a lo largo de la vida es muy variable, pudiendo estar entre el 4% y el 67%, dependiendo del tipo de parasomnia. No obstante, se considera que muchas parasomnias se dan con mayor frecuencia de la que se estima (Bjorvatn, Grønli y Pallesen, 2010).

Se considera que las parasomnias pueden estar causadas por estrés, la toma de sustancias que cambian la duración de las fases del sueño (alcohol, antidepresivos, benzodiacepinas, etc.) y un elevado nivel de ansiedad, entre otros factores (Driver y Shapiro, 1993). Suelen presentar comorbilidad con otros trastornos, ejemplo de ello serían la AOS o la narcolepsia (Schenck y Mahowald, 2010).

Cabe destacar la existencia de diferentes tratamientos para estos trastornos, los cuales varían dependiendo del tipo de parasomnia (Harris y Thorpy, 2010).

Clasificación de las parasomnias. Los sistemas de clasificación como el *DSM-IV-TR*, el *DSM-5* o la *CIE-10* tienen diversas formas de dividir los diferentes tipos de parasomnias, siendo todas ellas válidas.

En este trabajo se utilizará la *ICSD-3* por ser el manual de diagnóstico internacional que clasifica específicamente los trastornos del sueño, siendo este utilizado de forma habitual por clínicos e investigadores del sueño (American Academy of Sleep Medicine, 2014). De acuerdo con la *ICSD-3*, las parasomnias se dividen en tres grupos: las relacionadas con el sueño NREM, las relacionadas con el sueño REM y otras parasomnias. Es decir, según la fase del sueño de la que surgen. También recoge los síntomas aislados y las variantes normales.

Parasomnias relacionadas con el sueño NREM. Son las parasomnias relacionadas con la fase del sueño NREM, también denominadas como trastornos de excitación o *arousal*. Según la *ICSD-3*, dentro de estas parasomnias están los despertares confusionales, el sonambulismo, los terrores nocturnos y el trastorno de la alimentación relacionado con el sueño.

Cabe destacar que existe una menos conocida y no reconocida como categoría única en la *ICSD-3*: la *sexsomnia*, *sleepsex* (sexo dormido) o conducta sexual atípica durante el sueño (Schenck, Arnulf y Mahowald, 2007). La *ICSD-3* la considera una variante de los despertares confusionales.

Parasomnias relacionadas con el sueño REM. Son aquellas parasomnias relacionadas con la fase de sueño REM. Según la *ICSD-3*, existirían dentro de este tipo de parasomnias: el trastorno de conducta del sueño REM (RBD), la parálisis del sueño aislada recurrente y el trastorno de pesadilla.

Mientras que el RBD y la parálisis de sueño se deben a la disociación entre la vigilia y el sueño REM, el trastorno de pesadilla es consecuencia de una alteración emocional que se produce durante el sueño REM. Es frecuente que estas parasomnias sean consecuencia de psicopatologías o de problemas neurológicos (Sateia, 2014).

Otras parasomnias. En este subtipo se encuentran la enuresis del sueño, el síndrome de la cabeza explosiva o de explosión cefálica, las alucinaciones relacionadas con el sueño, la parasomnia debido a un trastorno médico, la parasomnia debida a un medicamento o sustancia y la parasomnia no especificada, tal y como detalla la *ICSD-3*.

Síntomas aislados y variantes normales. Dentro de esta variante recogida por la *ICSD-3*, se destaca la somniloquía, coloquialmente conocida como el hecho de hablar dormido. Es bastante frecuente en población general y puede ocurrir tanto en el transcurso del sueño REM como en el NREM. Así mismo, no suele conllevar problemas graves (Mahowald y Schenck, 2005).

Parasomnias relacionadas con el sueño NREM.

Después de haber hablado de la clasificación de las parasomnias según la *ICSD-3*, se van a desarrollar especialmente las parasomnias relacionadas con el sueño NREM ya que en comparación con las relacionadas con el sueño REM, han sido muy poco estudiadas.

Las parasomnias del sueño NREM se producen cuando un sujeto sale de la fase N3 del sueño NREM, también conocida como la fase de sueño de ondas lentas. No obstante, también pueden darse durante la fase N2, aunque con menor frecuencia (Arnulf et al., 2014; Irfan, Schenck y Howell, 2017). Suele parecer que las personas que se ven afectadas por estos trastornos están despiertas mientras las sufren ya que pueden emitir diferentes conductas como caminar, correr, utilizar objetos, sentarse, etc. No obstante, la pérdida de memoria y la falta de conciencia sobre lo ocurrido, así como los comportamientos inadecuados durante el sueño, sugieren que están parcialmente dormidos (Arnulf et al., 2014).

Hay criterios específicos y definiciones para cada una de las distintas modalidades. No obstante, los criterios generales de la *ICSD-3* para este tipo de parasomnias hablan de amnesia completa o parcial de lo sucedido, episodios frecuentes de despertar parcial y de ausencia de respuesta. Además, es frecuente que una persona cumpla los criterios diagnósticos de varias parasomnias. También es común que los distintos tipos de parasomnias relacionadas con el sueño NREM se den a la vez (Sateia, 2014).

El hecho de que tengan criterios en común lleva a que los tratamientos farmacológicos y psicológicos de todas ellas también tengan similitudes (Schenck y Mahowald, 2010).

Son más comunes en la infancia, reduciendo su aparición a medida que las personas se adentran en la adolescencia y la adultez. Cabe destacar que no suelen ser trastornos graves cuando se dan en niños, pero en adultos es más frecuente que puedan suponer un peligro (Irfan et al., 2017; Schenck, 2014). Schenck (2014) habla de que es muy probable que las parasomnias relacionadas con el sueño NREM sean más frecuentes en población adulta de lo que realmente se reconoce.

Estas parasomnias pueden estar infradiagnosticadas ya que en muchas ocasiones la propia persona puede desconocer que le ocurre por el hecho de que, tras sufrir un episodio, no lo recuerda. Por lo tanto, si la persona vive sola o no comparte cama con nadie, puede pasar toda su vida sin saber que ha sufrido o que sufre de algún tipo de parasomnia relacionada con el sueño NREM.

En los siguientes subapartados, se van a desarrollar brevemente las parasomnias relacionadas con el sueño NREM recogidas en la *ICSD-3*.

Despertares confusionales. Consisten en despertares parciales en los que el individuo se muestra desorientado, con un comportamiento automático y distintos movimientos en la cama. Son más comunes en niños con una prevalencia de aproximadamente el 17%, mientras que en los adultos estaría entre un 3% o un 4% (Irfan et al., 2017). Estos episodios suelen empezar con un grito y durar pocos minutos. También pueden gritar y realizar verbalizaciones con poca coherencia (Ralls y Grigg-Damberger, 2013). Schenck (2014) afirma que suelen tener una duración menor a 5 minutos.

Sonambulismo. Esta parasomnia se caracteriza porque el individuo tiene actividad motora, mostrando confusión y viendo amenazas dónde probablemente no las hay. Las actividades que realiza son de temática muy variada, desde tan solo levantarse de la cama hasta llegar a salir de la casa. Es frecuente la amnesia total o parcial tras sufrir un episodio. Se ven signos de actividad del sistema nervioso simpático, ejemplo de ello serían las taquicardias. Así mismo, es frecuente que solo se produzca un episodio a lo largo de una noche, y suele ocurrir la primera vez que el individuo sale de la fase N3 del sueño (Ralls y Grigg-Damberger, 2013).

Irfan et al. (2017) consideran que el sonambulismo puede estar relacionado con una mayor duración en la fase N3. Además, hablan de que está asociado a otros trastornos como la AOS, y que puede ser motivado en cierto modo por medicamentos hipnótico-sedantes que aumentan el sueño de ondas lentas.

Es cierto que es más frecuente en niños, pero en adultos se puede ver en un 2% aproximadamente. Se suele dar en adultos cuando lo han sufrido en la infancia y, además, al mirar su historiar familiar, es frecuente que otros familiares también hayan sido sonámbulos (Ralls y Grigg-Damberger, 2013). Arnulf et al. (2014) hablan de una prevalencia similar en adultos, siendo esta de entre el 2,5% y el 4%.

Terrores nocturnos. Son episodios de miedo en los que la persona puede gritar o llorar de manera inconsolable durante el sueño. Estos gritos pueden ir seguidos de actividad motora. Ejemplo de ello sería salir corriendo o golpearse con una pared (Irfan et al., 2017; Mahowald y Schenck, 2005). Puede parecer que la persona está despierta cuando realmente no es así, ya que está dormido parcialmente y percibiendo mal el entorno (Schenck, 2014). Asimismo, hay un aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo (Schenck y Mahowald, 2010). Su prevalencia en adultos es del 2,2% (Irfan et al., 2017).

Trastorno de la alimentación relacionado con el sueño. Se caracteriza por la presencia de episodios en los que la persona estando dormida y, por tanto, parcialmente inconsciente, ingiere alimentos de forma inadecuada. Suele tener consecuencias negativas ya que se puede llegar a tomar grandes cantidades de comida, teniendo efectos negativos en la salud física del individuo. Ejemplos de ello serían: el desarrollo de diabetes, lesiones por manipulación de alimentos estando dormido, el aumento de peso, etc. (Harris y Thorpy, 2010). Además, la ingesta suele ser de alimentos con un elevado nivel de

kilocalorías y altos en carbohidratos. Cabe destacar que su causa no es el tener hambre durante el sueño ya que los alimentos se ingieren de manera compulsiva e involuntaria (Howell y Schenck, 2010). La prevalencia en población general es muy variable, pudiendo hablar desde el 0,5% hasta el 5%. En población con trastornos de la conducta alimentaria puede llegar al 17% (Irfan et al., 2017; Schenck y Mahowald, 2010).

Factores desencadenantes. Tras haber comentado en qué consisten las parasomnias relacionadas con el sueño NREM, así como hablar de los diferentes tipos, el presente apartado se va a centrar en las posibles variables relacionadas con su aparición.

Driver y Shapiro (1993) destacan que todos aquellos factores que aumentan la duración del sueño de ondas lentas van a llevar a que las parasomnias relacionadas con el sueño NREM se manifiesten con mayor frecuencia. Alguno de estos factores serían la ingesta de alcohol, la privación del sueño y algunos psicofármacos como los antidepresivos o las benzodiazepinas. Además, otras afecciones como la epilepsia, las migrañas o la AOS, se ven correlacionados con la aparición de estas parasomnias. También han visto que este tipo de parasomnias se da con mayor frecuencia en niños, lo cual puede estar relacionado con que esta población tiene una duración de la fase NREM superior a la de los adultos.

Se considera que los niños son más vulnerables a sufrirlas, porque, además, todavía no han desarrollado totalmente la regulación del sueño y la vigilia. Así mismo, hay una alta prevalencia del antígeno leucocitario humano (HLA) DQB1*05:01 y de los alelos HLA DQB1*04 en varias parasomnias del sueño NREM. Por consiguiente, esto último se considera un factor genético que predispone la aparición de estos tipos de trastornos (Irfan et al., 2017).

Schenck y Mahowald (2010) también hablan de que estas parasomnias están relacionadas con medicamentos hipnótico-sedantes, la privación del sueño y otros trastornos, destacando de nuevo la AOS.

Diagnóstico. Por otro lado, normalmente para realizar el diagnóstico es necesario hacer una exploración amplia teniendo en cuenta la historia clínica del paciente. Es importante descartar otros posibles trastornos y ver si la persona en concreto toma algún tipo de medicamento que pueda interferir en la duración del sueño NREM (Irfan et al., 2017). Mahowald y Schenck (2005) consideran que generalmente con una buena

exploración es suficiente. Hay que tener en cuenta la información que nos pueda aportar alguien que comparta cama o casa con el paciente ya que con la amnesia que se tiene tras sufrir una parasomnia, es complicado que el individuo pueda abarcar todos los aspectos necesarios. Así mismo, es muy importante eliminar posibles variables causantes antes de determinar un diagnóstico.

Si es necesario, se puede realizar una evaluación polisomnográfica (PSG). Esta prueba registra durante el sueño diferentes aspectos del paciente: la respiración, la actividad cerebral mediante una electroencefalografía (EEG), la actividad eléctrica del corazón usando un electrocardiografía (EEG) y el movimiento de los ojos a través de un electrooculografía (EOG). Así mismo, se registra la actividad eléctrica del triángulo suprahioides (formado por algunos músculos del cuello) mediante una electromiografía (EMG). No obstante, en caso de considerarse necesario también se podrían medir otras variables como, por ejemplo, la actividad electrodérmica. También se puede incluir un video si se requiere observar las conductas que tiene el sujeto durante la noche, en ese caso se hablaría de una videopolisomnografía (VPSG) (Peraíta-Adrados, 2005). Estas evaluaciones se reservan para los casos en los que se desea realizar un diagnóstico diferencial (ya que se ve una posible asociación con otros trastornos psicológicos o problemas médicos) o para cuando las parasomnias son especialmente peligrosas, perturban a otras personas o el individuo tiene somnolencia a lo largo del día (Howell y Schenck, 2010; Ralls y Grigg-Damberger, 2013; Schenck, 2014).

Tratamientos. En la mayoría de los casos las parasomnias del sueño NREM no necesitan ningún tratamiento. No obstante, si un experto las concibe como un trastorno importante que impacta en la calidad de vida del individuo, se puede requerir de una combinación de fármacos con psicoterapia (Harris y Thorpy, 2010; Schenck, 2014).

El tratamiento farmacológico, tal y como se ha comentado previamente, se reserva para los casos más graves y/o frecuentes. Esos casos serían en los que se pone en riesgo la vida o integridad de quién lo sufre o de quién le rodea. Se pueden utilizar benzodiazepinas para reducir el sueño de ondas lentas (Harris y Thorpy, 2010; Howell y Schenck, 2010; Schenck, 2014).

Howell y Schenck (2010) ponen atención al hecho de que las benzodiazepinas ayuden en este tipo de parasomnias, ya que, como se ha hablado anteriormente, este tipo de fármacos también pueden llevar a su aparición, aumentando la duración del sueño NREM. Por lo tanto, es un poco contradictorio.

Cabe destacar que la evidencia de los tratamientos es algo débil, ya que los estudios difieren notablemente en su metodología, basándose en muchas ocasiones en informes de casos. Existen algunas investigaciones más rigurosas, pero tienen el problema de contar con una muestra pequeña (Schenck y Mahowald, 2010).

Además, diversos estudios (Harris y Thorpy, 2010; Howell y Schenck, 2010; Schenck, 2014) muestran que:

Más allá del tratamiento farmacológico y la terapia a manos de un psicólogo, se utilizan diferentes estrategias. Entre ellas se puede destacar: la psicoeducación sobre el diagnóstico, explicando posibles causas, que suelen reducirse con el tiempo, etc. En el caso de que sea el niño el que tiene parasomnia, es importante transmitirles tranquilidad a los padres, dándoles información sobre el diagnóstico, ya que tienden a asociarlo a traumas u psicopatologías de corte más grave.

Es muy importante el factor de la seguridad en las personas con este tipo de trastornos. Por ello, se recomienda evitar dirigirse a los individuos cuando están sufriendo un episodio, así como evitar colocar cualquier objeto con el que se puedan hacer daño. Se orienta a dormir en una cama separada de aquella persona que sufre parasomnia. De esta manera, se quiere buscar la seguridad. Así mismo la higiene del sueño es importante ya que se ha visto cierta correlación de la falta de sueño con este trastorno.

En el caso de que se considere como consecuencia clara de otras psicopatologías como la depresión, el estrés o la ansiedad, se puede recurrir a psicoterapia para tratar esos problemas. Estas causas suelen estar más atribuidas a adultos. No obstante, cabe destacar que se está hablando de forma general. Habría que tener en cuenta las necesidades y condiciones específicas de cada individuo. El objetivo final es mejorar su calidad de vida.

Sexsomnia

La sexsomnia consiste en la emisión de conductas sexuales que surgen del sueño NREM. Los comportamientos sexuales pueden ir dirigidos hacia uno mismo, un compañero de cama u otras personas, independientemente de su edad, lo cual puede tener consecuencias psicológicas y legales desfavorables (Schenck, 2014; Shapiro, Trajanovic y Fedoroff, 2003). Estos comportamientos sexuales son muy diversos, abarcando una gran variedad de prácticas (penetración, sexo oral, sexo anal, verbalizaciones con connotación sexual, masturbación, etc.) (Ebrahim, 2006; Schenck et al., 2007).

Cabe destacar que pueden darse diferentes conductas sexuales a lo largo del sueño y no todas ellas implican tener esta parasomnia. Ejemplo de ello sería la tumescencia peneana nocturna (TPN), la polución nocturna o la lubricación vaginal.

Las personas que sufren sexsomnia casi nunca lo recuerdan y pueden sentirse avergonzadas, viviéndolo con culpabilidad y llegando incluso a sentir rechazo hacia sí mismos. También se ven asociados sentimientos de depresión y ansiedad (Ariño, Iranzo, Caig y Santamaria, 2014; Guilleminault, Moscovitch, Yuen y Poyares, 2002). Dubessy et al. (2017) informan de un caso en el que una paciente se había planteado el suicidio tras tener problemas conyugales como consecuencia de sufrir sexsomnia.

A pesar de que normalmente exista amnesia de lo ocurrido, en algunas ocasiones se ha dado una recuperación parcial o total de los hechos. Por otro lado, aunque sea más frecuente que los episodios se den por la noche, se ha informado de algunos casos en los que la sexsomnia se ha dado durante la siesta diurna (Dubessy et al., 2017).

Existe controversia alrededor de esta cuestión, abriendo un tema dentro del ámbito forense ya que varias personas han sido juzgadas por abusos sexuales tanto de menores como de adultos (Ariño et al., 2014; Dubessy et al., 2017). Se considera que los episodios de sexsomnia que terminan constituyendo delitos violentos o sexuales son una minoría. En algunas ocasiones para eximirse de una condena, algunas personas pueden admitir sufrir sexsomnia cuando realmente no es así. Para evitar estas situaciones, se recalca la importancia de evaluar correctamente la posible sexsomnia (Grøndahl, Hrubos-Strøm y Ekeberg, 2017). No obstante, Mohebbi, Holoyda y Newman (2018) en su análisis de ocho casos muestran que solo uno fue inimputable.

La sexsomnia normalmente tiene una connotación negativa tanto para la persona que lo sufre como para aquellos que comparten cama con los primeros, especialmente cuando estos últimos sufren agresiones sexuales. No obstante, también existen algunos casos en los que se ve como algo agradable ya que ven a su pareja sexual de una forma que no suelen ver, porque en ocasiones son más complacientes que cuando están despiertos y están más desinhibidos, etc. (Dubessy et al., 2017; Schenck et al., 2007).

Es un trastorno del sueño poco reconocido, por lo que es esencial que los profesionales relevantes la conozcan y comprendan. Existen muy pocos informes

describiendo estos comportamientos sexuales durante el sueño, por lo que la etiología del trastorno todavía no es clara (Andersen, Poyares, Alves, Skomro y Tufik, 2007).

Cabe destacar que la primera investigación que habló sobre la *sexsomnia* fue en el año 1986 (Wong, 1986). Así mismo, la *sexsomnia* no fue incluida en la *ICSD* hasta su segunda edición (*ICSD-2*). A partir de ese momento, empezó a ser un foco de estudio, ya que hasta entonces se había quedado en un segundo plano dentro de las parasomnias (Trajanovic y Shapiro, 2013). A pesar del incremento de investigaciones sobre la *sexsomnia*, en el año 2019 solo había 115 casos reportados dentro de la literatura científica (Contreras, Richardson y Kotagal, 2019).

Es probable su infradiagnóstico como consecuencia de la vergüenza de los pacientes a hablar de ello y por el desconocimiento por parte de los profesionales sobre este fenómeno. Dicha vergüenza también lleva a que no busquen ayuda y, por tanto, no reciban ningún tipo de tratamiento. Para ayudar a su diagnóstico y posterior tratamiento, así como para normalizar la situación de las persona que lo sufren, se propone que cuando se hagan evaluaciones sobre el sueño de un individuo, se hagan algunas cuestiones relativas a la *sexsomnia* (Andersen et al., 2007; Guilleminault et al., 2002).

Por otro lado, tal y como se ha comentado en los anteriores apartados, es una parasomnia del sueño NREM, considerada por la *ICSD-3* como una variante de los despertares confusionales. Algunos autores como Ebrahim (2006) han hablado de ella como un tipo de sonambulismo. Esto se debe a que al explorar las posibles causas y factores precipitantes de este trastorno y, por tanto, explorar la historia del paciente, se ha observado que han sufrido episodios con sonambulismo antes de tener *sexsomnia*. Así mismo, porque también se ha visto que familiares de esos pacientes también han tenido sonambulismo.

No obstante, no se considera una variante de sonambulismo ya que las personas que sufren *sexsomnia* no suelen salir de la cama cuando se da un episodio, pudiendo de esa manera, encajar más con ser un subtipo de despertar confusional (Dubessy et al., 2017).

En el metaanálisis de Schenck (2015), se muestra que en el 6,5% de los casos reportados de *sexsomnia* en la literatura entre 1986 y 2015, esta se veía relacionada con el sonambulismo. El 93,9% no salió de la cama cuando tuvieron un episodio de

sexsomnia, estando entonces asociada con despertares confusionales. Asimismo, el 14,3% de los casos se vieron conectados con la AOS.

Prevalencia. Su prevalencia es aún desconocida, no obstante, Bjorvatn et al. (2010) pudieron estimarla a nivel general a través de un estudio transversal en Noruega. Los resultados mostraron que un 7,1% de los sujetos habían tenido al menos una vez un episodio de sexsomnia, que un 2,7% tuvieron por lo menos un episodio en los últimos tres meses y que un 0,4% tenían episodios de forma frecuente que ocurrían mínimo una vez por semana.

Cabe remarcar que la sexsomnia se da con mayor frecuencia en hombres adultos (Dubessy et al., 2017; Mohebbi et al., 2018; Muza, Lawrence y Drakatos, 2016). En el metaanálisis de Schenck (2015) se muestra que en los casos reportados en la literatura entre 1986 y 2015, el 75,5% eran hombres, frente al 24,5% que fueron mujeres.

Además, es frecuente que se presente en población adulta. No obstante, en la literatura científica se ha informado de tres casos de adolescentes (Contreras et al., 2019).

Así mismo, Dubessy et al. (2017) consideran que no es que sea una parasomnia poco frecuente, sino que lo que no es habitual es que los pacientes hablen de ello si no es un profesional el que les pregunta. Por esa razón, es importante incluir preguntas sobre comportamientos sexuales durante el sueño a la hora de evaluar este último.

Terminología. Hay que tener en cuenta los diversos conceptos relacionados con la sexsomnia. Por un lado, estarían los “comportamientos sexualizados durante el sueño”, que son conductas que podrían tener connotación sexual, pero que al producirse durante el sueño no la tienen. Además, suelen ser de corta duración. Ejemplo de ello sería un sujeto que se toca una ingle o que levanta la pelvis mientras está dormido. Por otro lado, estarían los “comportamientos sexuales durante el sueño” que serían todos aquellos que también se podrían tener en una relación sexual típica durante la vigilia. Aquí también se incluirían los comportamientos sexualizados durante el sueño. Por tanto, el término “sexsomnia” abarcaría el tener comportamientos sexuales durante el sueño, pero dentro de un episodio de parasomnia relacionada con el sueño NREM.

Los términos de *sleepsex* y sexsomnia son los que utilizan los clínicos de manera más coloquial, siendo el último el más usado. Muchos autores hablan de ella como comportamiento sexual durante el sueño, ya que así abarcan varios aspectos de la sexualidad relacionados con el sueño. Por ello, en mucha literatura científica se puede

observar como hablan de *SBS sleep behaviour in sleep* (comportamiento sexual durante el sueño) en vez de *sexsomnia* o *sleepsex* (Trajanovic y Shapiro, 2013).

Otros autores hablan de la *sexsomnia* como “conducta sexual durante el sonambulismo” (Ebrahim, 2006). También se ha hablado de la *sexsomnia* como “comportamiento sexual anormal o atípico durante el sueño” (Andersen et al., 2007; Guilleminault et al., 2002). No obstante, Trajanovic y Shapiro (2013) proponen que se dejen atrás los conceptos de “anormal” o “atípico” ya que estigmatizan al individuo que sufre *sexsomnia*.

Etiología. Tal y como se ha comentado previamente, la etiología es desconocida. No obstante, sí se han encontrado puntos en común de los diferentes casos vistos en la literatura.

Se han visto algunos factores precipitantes como el trabajo por turnos (por la privación del sueño y la alteración del ritmo del sueño y la vigilia). Así mismo, se ha considerado que un factor que predispone el tener *sexsomnia* es la inmadurez cerebral durante el sueño (Shih-Bin Ye y Schenck, 2016). También se ha visto comorbilidad de la *sexsomnia* con el síndrome de la AOS y otras parasomnias (Contreras et al., 2019; Della Marca et al., 2009). La relación del síndrome de la AOS con la *sexsomnia* no se conoce. No obstante, Meira e Cruz y Soca (2016) consideran que puede ocurrir porque los cambios en la respiración a lo largo del sueño pueden conducir a que se den unos niveles de *arousal* que precipiten el sufrir *sexsomnia*.

Dubessy et al. (2017) hablan de otros posibles factores que pueden desencadenar la *sexsomnia*: estrés, insuficiente actividad sexual diurna, reencuentro con la pareja sexual y de cama después de un viaje y la ingesta de alcohol antes de ir a dormir. Así mismo, muestran un caso en el que un sujeto hablaba de que el consumo de cannabis evitaba tener un episodio de *sexsomnia* mientras que para otro sujeto funcionaba como precipitante.

Cankardas y Schenck (2020) concretan que la *sexsomnia* no está relacionada con un alto nivel de deseo sexual, privación a la hora de mantener relaciones sexuales o con psicopatologías. Además, las personas sin *sexsomnia* mostraron mayor número de abusos sexuales en el pasado que aquellos con *sexsomnia*, por lo tanto, no se considera que el trauma sea un factor predisponente. Asimismo, se observó que la muestra con *sexsomnia* tenía una mayor tasa de problemas de salud física (ej. obesidad, asma, síndrome del ovario poliquístico) en comparación con el grupo de personas sin *sexsomnia*.

Por otro lado, Guilleminault et al. (2002) muestran en su estudio la gran prevalencia de psicopatología en los sujetos con sexsomnia. No obstante, no se ha podido concretar si esa relación es causal o una mera coincidencia.

En otro orden de cosas, Shih-Bin Yeh y Schenck (2016) proponen que se investigue la relación de los trastornos del ritmo circadiano (excluyendo las alteraciones por el trabajo con turno rotativo) con la aparición de la sexsomnia.

Evaluación y tratamiento. Guilleminault et al. (2002) plantean que cuando haya una posible sexsomnia, especialmente en aquellos casos en los que la persona que lo sufre y/o su pareja de cama pueden estar en peligro, es importante llevar a cabo una evaluación extensa. Para ello, hay que preguntar sobre si hay amnesia tras sufrir un episodio, por trastornos psicológicos actuales y en el pasado tanto de la persona que lo sufre como de sus familiares, medicación, adicciones, hábitos de sueño, historia médica individual y familiar, frecuencia e intensidad con la que suceden. Así mismo, sería muy beneficioso poder hablar con el compañero de cama o algún miembro familiar que haya podido ver algún episodio de sexsomnia, ya que van a poder aportar datos muy valiosos (tipo de conducta, momento de la noche, etc.).

En cuanto al tratamiento, al igual que con muchas parasomnias relacionadas con el sueño NREM, es frecuente el uso de clonazepam. También se ha utilizado, aunque con menor frecuencia, la terapia psicológica con enfoque cognitivo-conductual (Contreras et al., 2019; Dubessy et al., 2017; Guilleminault et al., 2002).

Cabe destacar que a pesar de que el tratamiento farmacológico que más se ha utilizado haya sido con clonazepam, este puede ser contraproducente en algunas ocasiones ya que puede aumentar los trastornos respiratorios del sueño como la AOS. Además, muchos pacientes no siguen el tratamiento farmacológico (Dubessy et al., 2017).

Mioč et al. (2018) muestran un caso en el que el tratamiento con clonazepam no funcionó. La paciente comenzó a asistir a terapia de inoculación del estrés y ayudó de tal manera que se redujo el número de episodios.

En otras ocasiones, se ha utilizado CPAP (presión positiva continua en las vías respiratorias) con éxito. Puede ser otra muestra de la relación de la sexsomnia con la AOS, ya que es frecuente utilizar CPAP para los casos de este último trastorno (Schenck, 2015; Shih-Bin Yeh y Schenck, 2016).

Khawaja, Hurwitz y Schenck (2017) muestran un caso de un hombre que se quejaba de AOS al que, tras hacer preguntas concretas sobre comportamientos sexuales, se le diagnosticó *sexsomnia*. Le pudieron tratar exitosamente la *sexsomnia* y la AOS mediante el uso de CPAP. Este caso también resalta la importancia de la evaluación de aspectos pertinentes a la *sexsomnia*, para así poder detectarla y tratarla. Así mismo, se refleja otro caso en el que se ve una posible comorbilidad de la AOS y la *sexsomnia*.

Meira E Cruz y Soca (2016) exponen la situación de un paciente con el que también se utiliza otro tratamiento frecuentemente usado para la AOS: un dispositivo de avance mandibular (DAM). El paciente presentaba *sexsomnia* y AOS. Con el uso de este tratamiento, remitieron ambos.

Por otro lado, se puede incluir psicoeducación en el tratamiento ya que es esencial informar sobre los posibles factores desencadenantes, con el fin de evitarlos (privación del sueño, consumir alcohol antes de dormir, etc.). Así mismo, se recomienda al paciente no dormir con otras personas, tanto por la seguridad de estas como por la de las propias personas que lo sufren (Dubessy et al., 2017).

Diferencias de género. En la revisión reciente de Zwerling, Keymeulen y Krychman (2021) se ha concretado que trastornos del sueño como la *sexsomnia* afectan a la función sexual de las mujeres, reduciendo el deseo sexual, aumentando el dolor vaginal y causando preocupación por su propia sexualidad, entre otros aspectos. Así mismo, hacen hincapié en la escasez de estudios sobre la salud sexual y el sueño, especialmente en la población de mujeres.

Cankardas y Schenck (2020) muestran la importancia de realizar estudios sobre la *sexsomnia* atendiendo a factores de género ya que los efectos y experiencias de la *sexsomnia* fueron diferentes según si el sujeto era un hombre o una mujer. Las mujeres sentían mayores sentimientos de vergüenza y culpabilidad, lo cual se considera que puede estar relacionado con los roles de género. También se ha visto que normalmente en las parejas heterosexuales, es la mujer la que acude a un especialista a pedir ayuda sobre la *sexsomnia*. Por lo tanto, se concluye que el hombre tiene menor problema con tener este trastorno. No obstante, remarcan el hecho de que el estudio se realizó con población turca, por lo que consideran que puede haber diferencias culturales (ej. roles de género más tradicionales, religión) que lleven a que la mujer reporte más el problema allí que en

países occidentales. Así mismo, se mostró que al contrario de lo que esperaban, las mujeres sin *sexsomnia* tenían mayores problemas sexuales que aquellas con *sexsomnia*.

Discusión y conclusiones

Discusión

El objetivo de esta revisión bibliográfica ha sido describir las diferentes parasomnias relacionadas con el sueño NREM, así como abordar la *sexsomnia*.

En relación con parasomnias relacionadas con el sueño NREM, se puede afirmar que su etiología es desconocida. No obstante, se conocen algunas variables que influyen en su aparición, como el consumo de sustancias que puedan alterar los ritmos del sueño (eg. alcohol, algunos psicofármacos), el estrés, factores genéticos, y la privación del sueño (Driver y Shapiro, 1993; Irfan et al., 2017) Es muy frecuente que se presenten a la vez que otros trastornos del sueño como la AOS u otras parasomnias del sueño NREM (Sateia, 2014; Schenck y Mahowald, 2010) Su prevalencia a nivel general es difícil de especificar, ya que algunas son más frecuentes que otras (desde el 0,5% al 5% en población adulta) (Arnulf et al., 2014; Irfan et al., 2017; Schenck y Mahowald, 2010). Cabe destacar que son más habituales en la infancia, sin considerarse una afección grave. En la adultez no son frecuentes, pero son más peligrosas (Irfan et al., 2017; Schenck, 2014). Se considera, además, que pueden estar infradiagnosticadas en adultos (Schenck, 2014).

A pesar de que cada modalidad de parasomnias NREM es distinta, tienen en común que los sujetos no recuerdan lo ocurrido tras sufrir un episodio y la emisión de conductas a pesar de estar dormidos (Arnulf et al., 2014). Por ello, tienen tratamientos muy similares, lo cuales se reservan para los casos más graves en los que la calidad de vida del individuo o de su pareja de cama se ve afectada. El tratamiento farmacológico más habitual es con el uso de benzodiazepinas. También se puede recurrir a psicoterapia. Es importante la psicoeducación para informar al paciente sobre la parasomnias que sufre y sobre todos los aspectos relevantes a su seguridad mientras duerme (Harris y Thorpy, 2010; Howell y Schenck, 2010; Schenck, 2014).

Cabe destacar que la eficacia de los tratamientos no está clara y que el uso de benzodiazepinas es contradictorio, ya que este fármaco puede alterar los ritmos del sueño pudiendo precipitar la aparición de parasomnias del sueño NREM (Howell y Schenck, 2010; Schenck y Mahowald, 2010).

En cuanto a la *sexsomnia*, se ha podido ver que es una *parasomnia* relacionada con el sueño NREM que se caracteriza por la emisión de conductas de carácter sexual mientras se está dormido. Las personas que lo sufren suelen vivirlo de forma negativa, con la predominación de sentimientos de vergüenza y culpabilidad (Ariño et al., 2014; Ebrahim, 2006; Schenck, 2014; Schenck et al., 2007). No obstante, se han encontrado casos en los que los pacientes y sus parejas de cama lo han vivido positivamente (Dubessy et al., 2017; Schenck et al., 2007).

No se conoce la prevalencia, pero se ha visto que es mucho más frecuente en hombres adultos (Dubessy et al., 2017; Mohebbi et al., 2018; Muza et al., 2016; Schenck, 2015). Además, se han visto diferencias en cuanto al género, teniendo las mujeres mayores sentimientos de vergüenza y culpabilidad por padecer este trastorno (Cankardas y Schenck, 2020).

Es posible que esté infradiagnosticada, por lo que se propone la inclusión de preguntas sobre comportamientos sexuales cuando se evalúe el sueño (Andersen et al., 2007; Dubessy et al., 2017; Guilleminault et al., 2002).

Se abre un tema dentro del ámbito forense ya que se han denunciado varios casos de abuso sexual durante episodios de *sexsomnia* (Ariño et al., 2014; Dubessy et al., 2017). Se han visto casos en los que personas que no sufrían *sexsomnia* han utilizado la *sexsomnia* como estrategia de defensa en juicios. No obstante, no es frecuente que el diagnóstico de *sexsomnia* se use para considerar a una persona como inimputable (Grøndahl et al., 2017; Mohebbi et al., 2018).

Se considera una variante de los despertares confusionales y con menor frecuencia como una modalidad de *sonambulismo* (Dubessy et al., 2017; Schenck, 2015).

No hay una etiología clara, pero existen factores que parecen influir en su aparición, los cuales son muy similares a los de otras *parasomnias* del sueño NREM. Algunos de estos factores serían la privación del sueño y el trabajo por turnos (ya que altera los ritmos del sueño). También se ha podido ver comorbilidad con otras *parasomnias* y con la AOS (Contreras et al., 2019; Della Marca et al., 2009; Shih-Bin Ye y Schenck, 2016).

Algunos autores (Dubessy et al. 2017) consideran que el tener pocas relaciones sexuales puede estar relacionado con la aparición de esta *parasomnia*, mientras que Cankardas y Schenck (2020) han concretado que no. Así mismo, Cankardas y Schenck (2020) no encuentran correlación de la *sexsomnia* con otras psicopatologías y otros autores (Guilleminault et al., 2002) han visto lo contrario.

El tratamiento es similar al de otras parasomnias relacionadas con el sueño NREM, mediante el uso de clonazepam. También se ha utilizado la psicoterapia cognitivo-conductual (Contreras et al., 2019; Dubessy et al, 2017; Guilleminault et al., 2002; Mioč et al. 2018). En otras ocasiones se ha utilizado CPAP y DAM (Khawaja et al., 2017; Meira E Cruz y Soca, 2016; Schenck, 2015; Shih-Bin Yeh y Schenck, 2016). No obstante, no siempre han funcionado estos tratamientos, por lo que es importante ajustarse a las necesidades y la situación del individuo, así como unificar un procedimiento.

Dubessy et al. (2017) muestran que en muchas ocasiones los pacientes no siguen el tratamiento, por lo que sería interesante fomentar la adherencia.

Se destaca la psicoeducación para aumentar la seguridad del paciente y de las personas que le rodean (Dubessy et al., 2017). Además, de esta manera se podría tanto normalizar su situación como trabajar los sentimientos que pueden surgir por sufrir *sexsomnia*.

En cuanto a las limitaciones, se han visto varias. Por un lado, no se han encontrado artículos recientes que hablen expresamente de la *sexsomnia* y las parasomnias relacionadas con el sueño NREM en población española. Por otro lado, las investigaciones sobre la *sexsomnia* son escasas, por lo que no todas las referencias bibliográficas utilizadas son actuales. Además, cabe destacar que el hecho de que la *sexsomnia* sea un tema tabú ha podido llevar a que la muestra con la que se ha trabajado en muchas de las investigaciones nombradas sea pequeña.

Debido a que la *sexsomnia* puede tener implicaciones legales a la vez que dañar diferentes áreas del individuo que la sufre y de aquellos que conviven con él, sería importante poder investigar profundamente sobre su etiología y tratamiento, así como normalizarla. Así mismo, se podrían dedicar más estudios para conocer mejor la incidencia de las parasomnias relacionadas con el sueño NREM. También se proponen futuras líneas de investigación en cuanto a la comorbilidad de la *sexsomnia* y la AOS, así como de la relación del sueño y la sexualidad, debido a su escasez.

Conclusiones

Las parasomnias relacionadas con el sueño NREM son poco estudiadas respecto a otros trastornos del sueño. Esto ocurre especialmente con la *sexsomnia*, de la cual se

desconoce su prevalencia y, además, está infradiagnosticada. No se han podido ver causas claras de su aparición, pudiendo tener además comorbilidad con otros trastornos del sueño sin conocer todavía las razones de ello. Así mismo, no se ha encontrado un tratamiento consolidado especialmente para este tipo de parasomnia.

Referencias

- Achermann, P. y Borbély, A. A. (2003). Mathematical models of sleep regulation. *Frontiers in Bioscience: a Journal and Virtual Library*, 8, 683-693. doi: 10.2741/1064
- American Academy of Sleep Medicine. (2014). *International Classification of Sleep Disorders* (3rd ed.) Darien, IL: American Academy of Sleep Medicine.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4a. ed) Washington, DC EE. UU.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author
- Andersen, M. L., Poyares, D., Alves, R. S., Skomro, R. y Tufik, S. (2007). Sexsomnia: abnormal sexual behavior during sleep. *Brain Research Reviews*, 56(2), 271–282. <https://doi.org/10.1016/j.brainresrev.2007.06.005>
- Ariño, H., Iranzo, A. y Santamaria, J. (2014). Sexsomnia. Una forma de parasomnia con conductas sexuales durante el sueño [Sexsomnia: parasomnia associated with sexual behaviour during sleep]. *Neurología*, 29(3), 146-152. doi: 10.1016/j.nrl.2013.01.013
- Arnulf, I., Zhang, B., Ugucioni, G., Flaman, M., Noël de Fontréaux, A., Leu-Semenescu, S. y Brion, A. (2014). A scale for assessing the severity of arousal disorders. *Sleep*, 37(1), 127-136. doi: 10.5665/sleep.3322
- Bjorvatn, B., Grønli, J. y Pallesen, S. (2010). Prevalence of different parasomnias in the general population. *Sleep Medicine*, 11(10), 1031–1034. doi: 10.1016/j.sleep.2010.07.011
- Buela-Casal, G. (1992). Clasificación y evaluación del insomnio [Classification and evaluation of insomnia]. *Análisis y Modificación de Conducta*, 18(60), 561-574. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/7081171.pdf>
- Cankardas, S. y Schenck, C. H. (2020). Sexual Behaviors and Sexual Health of Sexsomnia Individuals Aged 18–58. *International Journal of Sexual Health*, 1-11. doi: 10.1080/19317611.2020.1850597
- Carrillo-Mora, P., Ramírez-Peris, J. y Magaña-Vázquez, K. (2013). Neurobiología del sueño y su importancia: antología para el estudiante universitario [Sleep Neurobiology and its importance: Anthology for the university student]. *Revista de la Facultad de Medicina (México)*, 56(4), 5-15. Recuperado de

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422013000400002&lng=es&tlng=es.

- Contreras, J. B., Richardson, J. y Kotagal, S. (2019). Sexsomnia in an Adolescent. *Journal of Clinical Sleep Medicine: JCSM: official publication of the American Academy of Sleep Medicine*, 15(3), 505–507. <https://doi.org/10.5664/jcsm.7686>
- Della Marca, G., Dittoni, S., Frusciante, R., Colicchio, S., Losurdo, A., Testani, E., Buccarella, C., Modoni, A., Mazza, S., Mennuni, G. F., Mariotti, P. y Vollono, C. (2009). Abnormal sexual behavior during sleep. *The Journal of Sexual Medicine*, 6(12), 3490–3495. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2009.01371.x>
- Driver, H. S. y Shapiro, C. M. (1993). ABC of sleep disorders. Parasomnias. *British Medical Journal*, 306, 921-924. doi: 10.1136/bmj.306.6882.921
- Dubessy, A. L., Leu-Semenescu, S., Attali, V., Maranci, J. B. y Arnulf, I. (2017). Sexsomnia: A Specialized Non-REM Parasomnia?. *Sleep*, 40(2), 10.1093/sleep/zsw043. <https://doi.org/10.1093/sleep/zsw043>
- Ebrahim I. O. (2006). Somnambulistic sexual behaviour (sexsomnia). *Journal of Clinical Forensic Medicine*, 13(4), 219–224. doi: 10.1016/j.jcfm.2006.02.001
- Grøndahl, P., Hrubos-Strøm, H. y Ekeberg, Ø. (2017). Sexsomnia—A forensic psychiatric challenge—A case report. *Journal of Forensic Psychiatry and Psychology*, 28(4), 498–512. <https://doi.org/10.1080/14789949.2017.1301528>
- Guilleminault, C., Moscovitch, A., Yuen, K. y Poyares, D. (2002). Atypical sexual behavior during sleep. *Psychosomatic Medicine*, 64(2), 328–336. <https://doi.org/10.1097/00006842-200203000-00017>
- Harris, S. y Thorpy, M. (2010). Behavioral and psychiatric treatment of parasomnias. En M. Thorpy y G. Plazzi (Ed.), *The Parasomnias and Other Sleep-Related Movement Disorders* (pp. 312-322). Cambridge: Cambridge University Press. doi: 10.1017/CBO9780511711947.034
- Harvey, A. G., Murray, G., Chandler, R. A. y Soehner, A. (2011). Sleep disturbance as transdiagnostic: consideration of neurobiological mechanisms. *Clinical psychology review*, 31(2), 225–235. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.04.003>
- Howell, M. J. y Schenck, C. H. (2010). Amnestic nocturnal behavior. En A. Culebras (Ed.), *Case Studies in Sleep Neurology: Common and Uncommon Presentations* (pp. 103-109). Cambridge: Cambridge University Press. doi: 10.1017/CBO9780511902505.017

- Irfan, M., Schenck, C. H. y Howell, M. J. (2017). Non-Rapid Eye Movement Sleep and Overlap Parasomnias. *Continuum (Minneapolis, Minn.)*, 23(4, Sleep Neurology), 1035-1050. doi: 10.1212/CON.0000000000000503
- Khawaja, I. S., Hurwitz, T. D. y Schenck, C. H. (2017). Sleep-Related Abnormal Sexual Behaviors (Sexsomnia) Successfully Treated with a Mandibular Advancement Device: A Case Report. *Journal of Clinical Sleep Medicine: JCSM: official publication of the American Academy of Sleep Medicine*, 13(4), 627–628. <https://doi.org/10.5664/jcsm.6560>
- Mahowald, M. W. y Schenck, C. H. (2005). Non-rapid eye movement sleep parasomnias. *Neurologic Clinics*, 23(4), 1077-1106. doi: 10.1016/j.ncl.2005.06.001
- Marín, H. A. y Vinaccia, S. (2005). Modelo cognitivo comportamental del síndrome de narcolepsia-cataplejía: exposición teórica [Cognitive-behavioural model of narcolepsy-cataplexy syndrome: theoretical exposition]. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 10(3), 153–172. doi: 10.5944/rppc.vol.10.num.3.2005.4000
- McLean, C. P. (2020). Introduction to the Special Issue: The Impact and Treatment of Sleep Disturbance. *Behavior Therapy*. 51(4), 519-521. doi: 10.1016/j.beth.2020.02.004
- Meira E Cruz, M. y Soca, R. (2016). Sexsomnia and REM-predominant obstructive sleep apnea effectively treated with a mandibular advancement device. *Sleep Science (Sao Paulo, Brazil)*, 9(3), 140–141. <https://doi.org/10.1016/j.slsci.2016.11.002>
- Mioč, M., Antelmi, E., Filardi, M., Pizza, F., Ingravallo, F., Nobili, L., Tassinari, C. A., Schenck, C. H. y Plazzi, G. (2018). Sexsomnia: a diagnostic challenge, a case report. *Sleep Medicine*, 43, 1–3. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2017.11.1120>
- Mohebbi, A., Holoyda, B. J. y Newman, W. J. (2018). Sexsomnia as a Defense in Repeated Sex Crimes. *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 46(1), 78–85. Recuperado de <http://jaapl.org/content/46/1/78.long>
- Muza, R., Lawrence, M. y Drakatos, P. (2016). The reality of sexsomnia. *Current Opinion in Pulmonary Medicine*, 22(6), 576–582. <https://doi.org/10.1097/MCP.0000000000000321>
- Ohayon, M. M. y Sagales, T. (2010). Prevalence of insomnia and sleep characteristics in the general population of Spain. *Sleep Medicine*, 11(10), 1010–1018. doi: 10.1016/j.sleep.2010.02.018

- Organización Mundial de la Salud (1992). *CIE-10. Trastornos Mentales y del Comportamiento. Descripciones Clínicas y Pautas para el Diagnóstico*. MEDITOR, Madrid.
- Organización Mundial de la Salud (2019). CIE-11. *Undécima revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades*. <https://icd.who.int/en>
- Peraita-Adrados, R. (2005). Avances en el estudio de los trastornos del sueño [Advances in sleep disorders]. *Revista de Neurología*, 40(8), 485–491. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/7877513_Advances_in_sleep_disorders
- Ralls, F. M. y Grigg-Damberger, M. M. (2013). Sleepwalking and Its Variants in Adults. En S. V. Kothare y A. Ivanenko. (Ed.) *Parasomnias* (pp. 61-95). Springer. doi: 10.1007/978-1-4614-7627-6_5
- Sateia, M. J. (2014). International Classification of Sleep Disorders-Third Edition. Highlights and Modifications. *CHEST*, 146(5), 1387-1394. doi: 10.1378/chest.14-0970
- Schenck, C. H. (2014). Parasomnias. *Encyclopedia of the Neurological Sciences*. 3, 801-804. doi: 10.1016/B978-0-12-385157-4.00565-0
- Schenck, C. (2015). Update on Sexsomnia, Sleep Related Sexual Seizures, and Forensic Implications. *NeuroQuantology*, 13(4), 518-541. doi: 10.14704/nq.2015.13.4.873
- Schenck, C. H., Arnulf, I. y Mahowald, M. W. (2007). Sleep and Sex: What Can Go Wrong? A Review of the Literature on Sleep Related Disorders and Abnormal Sexual Behaviors and Experiences. *SLEEP*, 30(6), 683-702. doi: 10.1093/sleep/30.6.683
- Schenck, C. H. y Mahowald, M. W. (2010). Therapeutics for Parasomnias in Adults. *Sleep Medicine Clinics*, 5(4), 689-700. doi: 10.1016/j.jsmc.2010.08.005
- Shapiro, C. M., Trajanovic, N. N. y Fedoroff, J. P. (2003). Sexsomnia—A New Parasomnia? *Canadian Journal of Psychiatry*, 48(5), 311-317. doi: 10.1177/070674370304800506
- Tempesta, D., Salfi, F., De Gennaro, L. y Ferrara. M. (2020). The impact of five nights of sleep restriction on emotional reactivity. *Journal of Sleep Research*, 29:e13022. doi: 10.1111/jsr.13022
- Trajanovic, N. N. y Shapiro, C. M. (2013). Sexsomnia. *Encyclopedia of Sleep*, 248-253. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/B978-0-12-378610-4.00542-8>

- Torres, A. (2010) Parasomnias: alteraciones del sueño frecuentes en el niño con síndrome de apnea obstructiva del sueño [Parasomnias: frequent sleep disorders in children with obstructive sleep apnea syndrome]. *Medisur*, 8(6), 437-444. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2010000600007&lng=es&tlng=es.
- Vela-Bueno, A., De Iceta, M. y Fernández, C. (1999). Prevalencia de los trastornos del sueño en la ciudad de Madrid [Prevalence of sleep disorders in Madrid, Spain]. *Gaceta Sanitaria*, 13(6), 441–448. doi: 10.1016/s0213-9111(99)71404-4
- Velayos, J. L., Molerés, F. J., Irujo, A. M., Yllanes, D. y Paternain, B. (2007). Bases anatómicas del sueño [Anatomical basis of sleep]. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 30(Supl. 1), 7-17. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272007000200002&lng=es&tlng=es.
- Webb, W. B. (1988). An objective behavioral model of sleep. *Sleep*, 11(5), 488–496. doi: 10.1093/sleep/11.5.488
- Wills, L. y Garcia, J. (2002) Parasomnias. Epidemiology and Management. *CNS Drugs*, 16(12), 803-810. doi: 10.2165/00023210-200216120-00002
- Wong K. E. (1986). Masturbation during sleep—a somnambulistic variant? *Singapore Medical Journal*, 27(6), 542–543.
- Yeh, S. B., & Schenck, C. H. (2016). Sexsomnia: A case of sleep masturbation documented by video-polysomnography in a young adult male with sleepwalking. *Sleep Science (Sao Paulo, Brazil)*, 9(2), 65–68. <https://doi.org/10.1016/j.slsci.2016.05.009>
- Zee, P. C., Badr, M. S., Kushida, C., Mullington, J. M., Pack, A. I., Parthasarathy, S., Redline, S., Szymusiak, R. S., Walsh, J. K. y Watson, N. F. (2014). Strategic opportunities in sleep and circadian research: report of the Joint Task Force of the Sleep Research Society and American Academy of Sleep Medicine. *Sleep*, 37(2), 219–227. doi: 10.5665/sleep.3384
- Zwerling, B., Keymeulen, S. y Krychman, M. L. (2021). Sleep and Sex: A Review of the Interrelationship of Sleep and Sexuality Disorders in the Female Population, Through the Lens of Sleeping Beauty Syndrome. *Sexual Medicine Reviews*, 9(2), 221–229. <https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2020.08.005>