ADIPA

Terrores nocturnos:

Guía de acompañamiento familiar para el abordaje y comprensión desde la evidencia científica



ÍNDICE

Introducción: El camino compartido 1

Bienvenida y propósito del recurso: Un espacio de calma, comprensión y apoyo para la familia 1

Cómo utilizar esta guía de acompañamiento: Cómo apoyarte en este manual en el día a día y ante cada situación 1

Capítulo 1: Qué son los terrores nocturnos y a quiénes afectan 2

1.1 La explicación sencilla: Qué le ocurre al cerebro durante un terror nocturno (Pavor nocturnus) 3

1.2 La diferencia de nombres: Por qué se les llama terrores del sueño o terrores nocturnos 3

1.3 Criterios de la medicina y la psicología: Cómo identifican los especialistas estos episodios 3

1.4 La edad y el paso del tiempo: A qué edades aparecen y cómo van desapareciendo con la maduración 4

Capítulo 2: Qué pasa en el cuerpo durante la noche 5

2.1 La arquitectura del descanso: El estado entre el sueño profundo y la vigilia 6

2.2 La reacción física del cuerpo: ¿Por qué el corazón se acelera, hay sudoración y agitación? 6

2.3 La herencia familiar: ¿Por qué la genética influye en la aparición de estos eventos? 6

Capítulo 3: Cómo se vive un episodio y su impacto en la familia 7

3.1 Lo que vemos en el momento: Gritos, llanto, mirada perdida y agitación 8

3.2 Por qué parece no escuchar ni reconocer a los padres: La incapacidad de responder al consuelo y la amnesia al despertar 8

3.3 El impacto emocional en los cuidadores: Cómo gestionar la impotencia, la culpa y la angustia familiar 8

Capítulo 4: Factores que pueden desencadenar un episodio 9

4.1 El cansancio acumulado: La falta de sueño y los cambios en las rutinas de descanso 10

4.2 El estrés y la sobrecarga diaria: Cómo influyen las emociones y el esfuerzo físico 10

4.3 Desencadenantes del cuerpo: Procesos febriles, medicamentos y la vejiga llena antes de dormir 10

4.4 Otras causas médicas: La relación con la respiración y las apneas del sueño 10

Capítulo 5: Cómo saber si es un terror nocturno u otra cosa 11

5.1 Terrores nocturnos frente a pesadillas: Tabla sencilla para diferenciarlos al instante 12

5.2 Diferencias con otros eventos nocturnos: Sonambulismo y despertares confusionales 12

5.3 Cuándo diferenciarlo de algo neurológico: Cómo distinguir un terror nocturno de eventos epilépticos 12

5.4 La consulta especializada: Cuándo y por qué un médico solicitaría un estudio del sueño (Polisomnografía) 12

Capítulo 6: Qué hacer, cómo actuar y pautas de manejo en casa 13

6.1 Guía de actuación durante el episodio: Medidas de seguridad y recomendaciones para evitar despertares bruscos 14

6.2 Hábitos de higiene del sueño: Consejos prácticos para transformar el entorno de descanso 15

6.3 Estrategias conductuales: La técnica de los despertares programados para prevenir los episodios 15

6.4 Acompañamiento profesional y médico: Cuándo evaluar apoyos adicionales (como la melatonina) y dar seguimiento 17

Conclusión 18

Referencias 19

Sobre Adipa 20

Introducción: El camino compartido

Bienvenida y propósito del recurso

Presenciar un terror nocturno puede ser una experiencia altamente impactante e inquietante. La intensidad de los episodios, las manifestaciones motoras o vocales y la aparente falta de respuesta ante los estímulos suelen generar duda e incertidumbre en quienes observan el evento. Es habitual que surjan interrogantes sobre el bienestar físico y psicológico de la persona afectada.

El propósito fundamental de esta guía de acompañamiento es brindar un marco de psicoeducación y comprensión basado en la evidencia científica médica, neurológica y psicológica. A través de una explicación clara y fundamentada, este recurso busca transformar la duda en conocimiento y ofrecer pautas objetivas para el manejo, la prevención y el seguimiento de estos eventos.

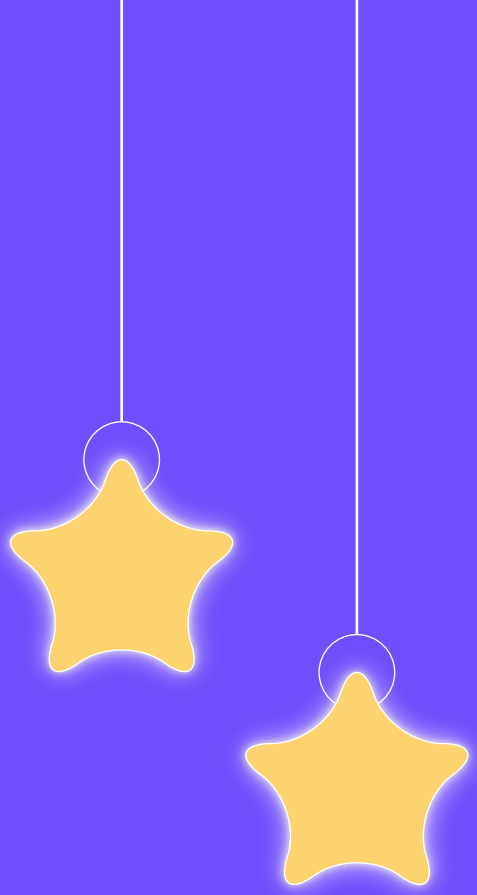


Cómo utilizar esta guía de acompañamiento.

Este manual está estructurado como una herramienta práctica de consulta y soporte para las distintas etapas del proceso:

- **Para la comprensión teórica y conceptual:** Consulta los primeros módulos para conocer la naturaleza de estas parasomnias, su fisiología y los criterios diagnósticos validados.
- **Para la identificación de factores de riesgo:** Utiliza las secciones sobre detonantes para evaluar variables del entorno, hábitos de descanso o aspectos fisiológicos que puedan estar influyendo en la frecuencia de los episodios.
- **Para la actuación y manejo práctico:** Accede al módulo de pautas de acción para conocer las medidas de seguridad recomendadas durante un evento y las intervenciones conductuales aplicables en el hogar.
- **Para la evaluación y comunicación profesional:** Apóyate en el apartado de diagnóstico diferencial y criterios clínicos para preparar consultas especializadas en medicina del sueño o neuropediatría.

A través de los siguientes capítulos, avanzaremos paso a paso para desmitificar estas manifestaciones nocturnas y construir una base sólida de conocimiento. Para comenzar este recorrido, el primer módulo aborda la definición fundamental de los terrores nocturnos, su clasificación dentro de la medicina del sueño y los rangos de edad en los que se presentan con mayor frecuencia.



Capítulo 1:

Qué son los terrores nocturnos y a quiénes afectan

Comprender la naturaleza de los terrores nocturnos requiere adentrarse en la complejidad de la neurofisiología del descanso. Aunque para los espectadores el episodio puede parecer un momento de angustia consciente o una pesadilla de gran intensidad, la ciencia ha demostrado que se trata de un fenómeno completamente distinto. Este primer capítulo aborda la definición médica de la condición, la distinción terminológica de sus nombres, los criterios que emplean los profesionales para diagnosticarla y el comportamiento evolutivo que experimenta a lo largo de las distintas etapas de la vida.

1.1 La explicación sencilla: Qué le ocurre al cerebro durante un terror nocturno (pavor nocturnus)? El terror nocturno, denominado históricamente en la literatura médica y psicológica como pavor nocturnus, constituye una parasomnia del sueño no MOR (NMOR) o de ondas lentas. Lejos de ser un simple sueño feo o una respuesta voluntaria, este evento se define neurofisiológicamente como un despertar incompleto o un estado de arousal o excitación cortical alterado.

Durante el episodio, el cerebro del individuo experimenta una marcada disgregación o disociación entre los estados de sueño y de vigilia. Por un lado, las áreas subcorticales y motoras sufren una activación abrupta, lo que permite que la persona mantenga funciones conductuales y motoras de apariencia despierta, tales como sentarse bruscamente, gritar, moverse o mostrar signos de pánico. Sin embargo, por otro lado, la corteza cerebral, encargada de las funciones cognitivas superiores, el juicio crítico, el razonamiento y la consolidación de la memoria, permanece profundamente dormida en la fase de ondas lentas. Fisiológicamente, se trata de un fenómeno de carácter paroxístico, de inicio súbito y autolimitado, cuya duración suele extenderse por escasos minutos antes de que el sujeto regrese al descanso sin haber alcanzado la plena consciencia.

1.2 La diferencia de nombres: Por qué se les llama terrores del sueño o terrores nocturnos En el ámbito de la medicina del sueño, la psicología clínica y la neuropediatría, las expresiones terrores del sueño (sleep terrors) y terrores nocturnos se emplean de manera indistinta para designar la misma condición diagnóstica. La preferencia por una terminología clara responde a la necesidad de establecer un lenguaje preciso que evite confusiones en la evaluación médica.

Es indispensable diferenciar los terrores nocturnos de otros eventos paroxísticos o alteraciones que ocurren durante el descanso nocturno. Aunque con frecuencia el público general agrupa cualquier perturbación nocturna bajo el concepto amplio de pesadilla, la literatura científica delimita estrictamente estas condiciones por su fase del sueño y sus características clínicas.

Mientras que los terrores nocturnos surgen en la transición hacia el sueño de ondas lentas o fase **NMOR, específicamente en las etapas N2 y N3,** las pesadillas ocurren durante el sueño MOR o movimientos oculares rápidos. Asimismo, los terrores nocturnos se caracterizan por el compromiso cognitivo, la inconsolabilidad y la amnesia posterior, a diferencia de las pesadillas, en las que la persona despierta lúcida, alerta, puede recordar con claridad el contenido del sueño y acepta la contención del entorno. De igual modo, se diferencian de los despertares confusionales, donde hay desorientación, pero sin las manifestaciones drásticas de pánico o descarga autonómica, y del sonambulismo, donde predomina la deambulación y la manipulación de objetos sin la presencia de terror extremo.



1.3 Criterios de la medicina y la psicología: Cómo identifican los especialistas estos episodios

Para asegurar una evaluación rigurosa e imparcial, los profesionales de la salud se fundamentan en clasificaciones internacionales estandarizadas. La Clasificación Internacional de los Trastornos del Sueño (ICSD-3) de la Academia Americana de Medicina del Sueño (AASM) ubica formalmente a los terrores nocturnos dentro del grupo de las parasomnias relacionadas al sueño NMOR o trastornos del arousal.

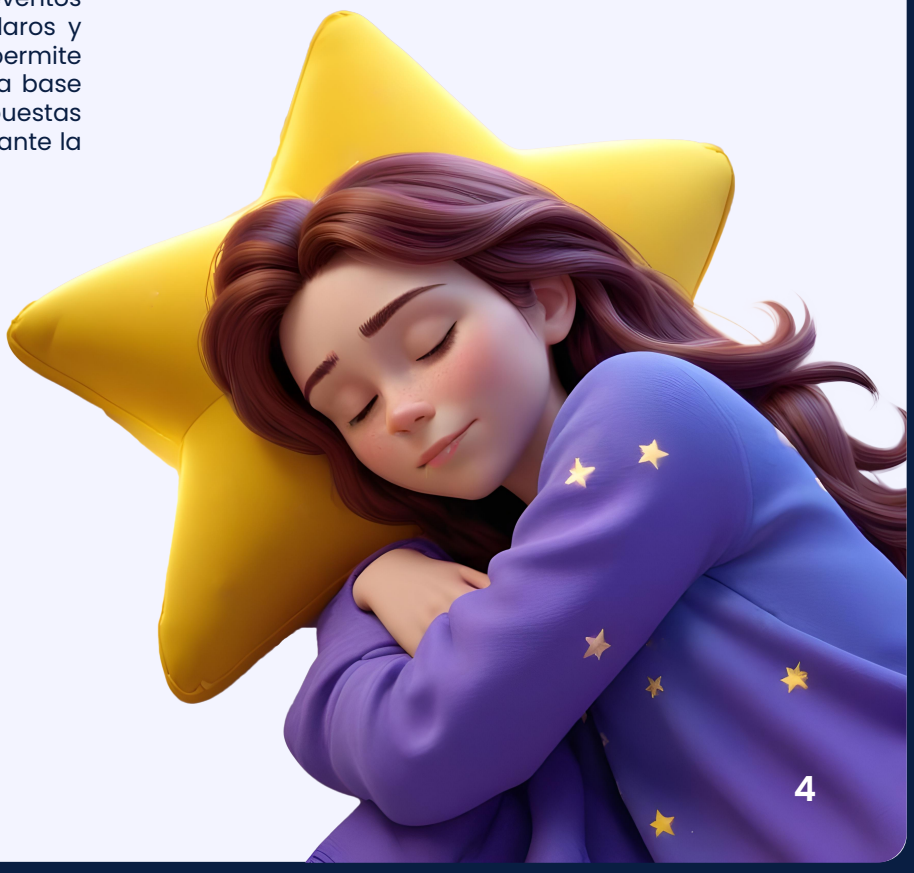
Por su parte, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la American Psychiatric Association (DSM-5-TR) los clasifica bajo la categoría de trastornos del despertar del sueño no MOR. Los criterios clínicos definidos incluyen la presencia de episodios recurrentes de despertar incompleto que se inician habitualmente durante el primer tercio del período principal de sueño. Estos eventos se caracterizan por manifestar un terror intenso acompañado de una masiva descarga del sistema nervioso simpático, observándose taquicardia, taquipnea, sudoración profusa y palidez. Durante el episodio existe una marcada inconsolabilidad e incapacidad de respuesta a los intentos de contención del entorno. Al finalizar el evento o a la mañana siguiente, se presenta amnesia completa de lo sucedido o solo el recuerdo de imágenes fragmentadas. Finalmente, los criterios establecen que el cuadro no debe ser atribuible a los efectos fisiológicos de una sustancia ni a otra condición médica o neurológica subyacente.

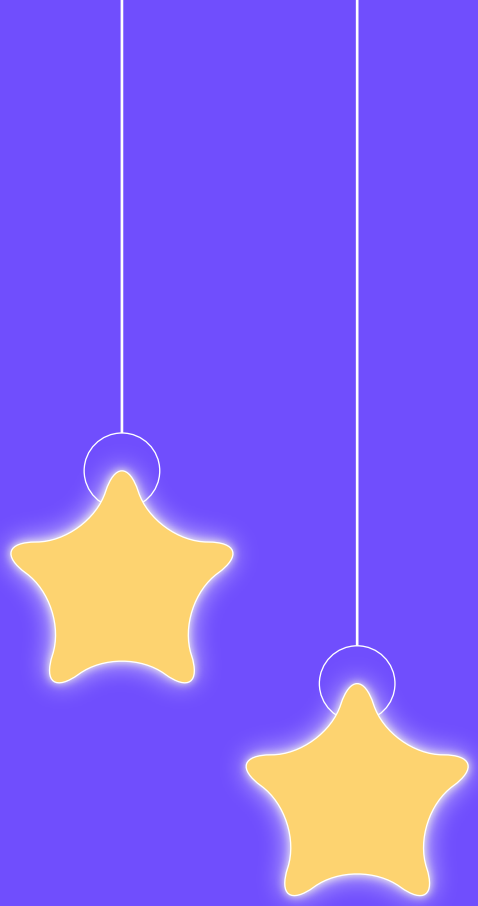
1.4 La edad y el paso del tiempo: A qué edades aparecen y cómo van desapareciendo con la maduración

Los terrores nocturnos presentan una dependencia de la edad, tanto en su primera aparición como en su evolución clínica. Aunque el rango general de observación pediátrica y clínica se extiende habitualmente entre los 3 y los 12 años, la mayor concentración de casos y el pico de presentación se sitúan entre los **4 y los 7 años de edad.** Se estima que hasta un 17% de la población infantil llega a experimentar alguna variante de parasomnia NMOR en las etapas previas a la adolescencia.

La frecuencia de estos episodios disminuye significativamente a medida que se avanza hacia la pubertad y la adolescencia. Este comportamiento evolutivo se explica por la maduración progresiva del sistema nervioso central y la disminución fisiológica del tiempo total de sueño de ondas lentas conforme la persona crece. Por estas razones, los terrores nocturnos se consideran en la inmensa mayoría de los casos como eventos de carácter benigno, autolimitado y de resolución espontánea que no comprometen el desarrollo a largo plazo, siempre que se garantice la seguridad física del paciente durante las crisis.

En síntesis, **el terror nocturno es una parasomnia del sueño profundo caracterizada por un despertar incompleto donde el cuerpo reacciona de forma enérgica mientras la mente permanece dormida.** Comprender que estos episodios son eventos benignos, delimitados por criterios clínicos claros y propios del desarrollo neurológico infantil, permite abordar la situación con serenidad y sentar la base para examinar, en el siguiente capítulo, las respuestas fisiológicas que ocurren dentro del cuerpo durante la noche.





Capítulo 2:

Qué pasa en el cuerpo durante la noche

El descanso nocturno comprende una sucesión de procesos neurofisiológicos complejos en los que el organismo transita por diferentes estados de actividad cerebral y muscular. Cuando se desencadena un terror nocturno, esta organización fisiológica experimenta una alteración brusca y singular. En este capítulo se aborda cómo se estructura la arquitectura del sueño, las causas biológicas de las intensas respuestas físicas durante el episodio y el peso de la herencia genética en la predisposición a presentar estas manifestaciones.

2.1 La arquitectura del descanso: El estado entre el sueño profundo y la vigilia

Para comprender la fisiología de un terror nocturno, es necesario examinar la estructura del descanso y la alternancia entre sus distintas etapas. El ciclo del sueño no es uniforme, sino que se divide en dos grandes bloques: el sueño MOR (Movimiento Ocular Rápido) y el sueño NMOR (No MOR). Este último se organiza en fases que abarcan desde el adormecimiento inicial en las etapas N1 y N2, hasta el sueño de ondas lentas o sueño profundo, conocido como etapa N3. Los terrores nocturnos se producen de manera específica durante la transición hacia el sueño de ondas lentas o en plena fase N3, presentándose con mayor frecuencia durante el primer tercio de la noche (Gaona, 2025; Leung et al., 2020)

Desde el punto de vista neurofisiológico, el fenómeno ocurre por una disociación o disgregación abrupta entre las etapas del sueño y la vigilia. En este evento, la persona experimenta un estado de consciencia alterado (Lorenzini, 2026): se produce una activación súbita de las estructuras subcorticales y motoras que permite la ejecución de movimientos, la adopción de posturas o la emisión de vocalizaciones, mientras que la corteza cerebral permanece sumergida en el sueño de ondas lentas Como consecuencia de esta disociación, el individuo aparenta estar despierto por sus respuestas motoras y conductuales, pero presenta un compromiso severo de la cognición y el juicio por encontrarse profundamente dormido (Gaona, 2025; Leung et al., 2020)



2.2 La reacción física del cuerpo: ¿Por qué el corazón se acelera, hay sudoración y agitación?

La manifestación clínica de un terror nocturno destaca por su inicio brusco y sus características dramáticas, desencadenadas por una masiva descarga del sistema nervioso simpático. Durante la crisis, el organismo responde con una intensa activación autonómica que incluye una aceleración drástica de la frecuencia cardíaca (taquicardia), respiración rápida y desordenada (taquipnea), sudoración profusa (diaforesis) y cambios en la coloración cutánea como palidez o rubor.

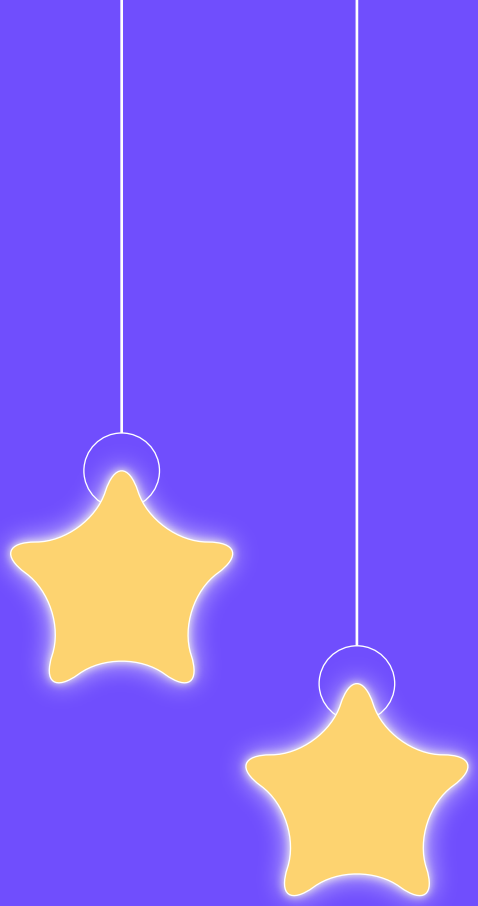
Esta reacción corporal explica la presencia de un llanto desgarrador, una expresión facial de pánico (facies aterrorizada) y una marcada agitación motora. A pesar de la severidad del cuadro visible, el evento es autolimitado y su duración se extiende por escasos minutos. Mientras dura el episodio, la persona se muestra confusa, no reconoce a las personas a su alrededor ni a sus figuras de contención y mantiene la mirada perdida. Al ceder la descarga autonómica, el nivel de agitación disminuye rápidamente y el individuo retorna al sueño sin guardar memoria de lo sucedido (Gaona, 2025; Leung et al., 2020).

2.3 La herencia familiar: ¿Por qué la genética influye en la aparición de estos eventos?

La evidencia científica reconoce una importante predisposición familiar en las parasomnias del sueño no MOR. Diversos estudios han identificado una mayor frecuencia de terrores nocturnos y sonambulismo entre familiares de personas que presentan estas manifestaciones, lo que sugiere la participación de factores genéticos. Sin embargo, su aparición no depende exclusivamente de la herencia, sino también de factores fisiológicos, ambientales y relacionados con la calidad del sueño.

Esta vulnerabilidad genética vuelve al sistema nervioso particularmente sensible a diversos factores externos o internos capaces de generar breves despertares corticales (arousals) o de incrementar la duración del sueño profundo. Elementos como la privación de sueño, los cuadros febriles, el uso de ciertos medicamentos, el dolor o la actividad física intensa interactúan con este sustrato hereditario, facilitando la recurrencia de estos despertares incompletos durante el descanso (Gaona, 2025; Leung et al., 2020).

En síntesis, las manifestaciones físicas del terror nocturno son el resultado directo de una brusca activación del sistema nervioso simpático ocurrida en pleno sueño de ondas lentas, sobre un terreno de predisposición genética. Comprender la base biológica de estos eventos permite quitar el estigma de la intencionalidad o el sufrimiento psicológico consciente, abriendo paso en el siguiente capítulo a examinar la vivencia concreta del episodio y su impacto emocional en la dinámica familiar.



Capítulo 3:

Cómo se vive un episodio y su impacto en la familia

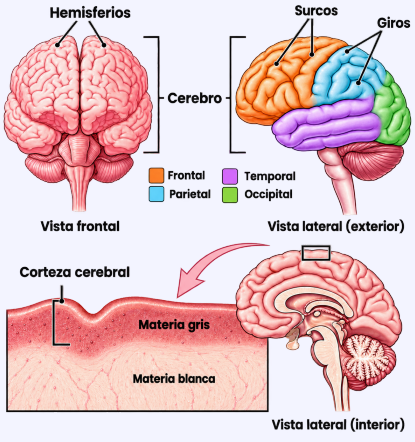
Presenciar un terror nocturno puede ser una de las vivencias más sobrecogedoras e impactantes para el entorno cercano. La brusquedad con la que se altera la calma del descanso, sumada a la intensidad de las reacciones físicas y conductuales de la persona, genera con frecuencia una severa desorientación en quienes observan la crisis. Comprender la fenomenología del episodio y el impacto psicológico que este produce en la dinámica familiar es indispensable para transformar la angustia en una capacidad de respuesta serena, objetiva y fundamentada en la evidencia científica.

3.1 Lo que vemos en el momento: Gritos, llanto, mirada perdida y agitación

El inicio de un terror nocturno se caracteriza por ser súbito y altamente dramático. Durante los primeros segundos del evento, la persona suele emitir un grito o llanto desgarrador, incorporándose bruscamente en la cama o adoptando posturas defensivas. La expresión facial refleja un pánico intenso (facies aterrorizada), acompañada de una mirada fija, dilatada o desatenta que parece atravesar a los espectadores sin fijar la vista en ningún objeto o persona del entorno. La agitación motora puede incluir manoteos, intentos desordenados de huida o movimientos bruscos del tronco y las extremidades, lo que exige velar por la integridad física de la persona durante la crisis.

3.2 Por qué parece no escuchar ni reconocer a los padres: La incapacidad de responder al consuelo y la amnesia al despertar.

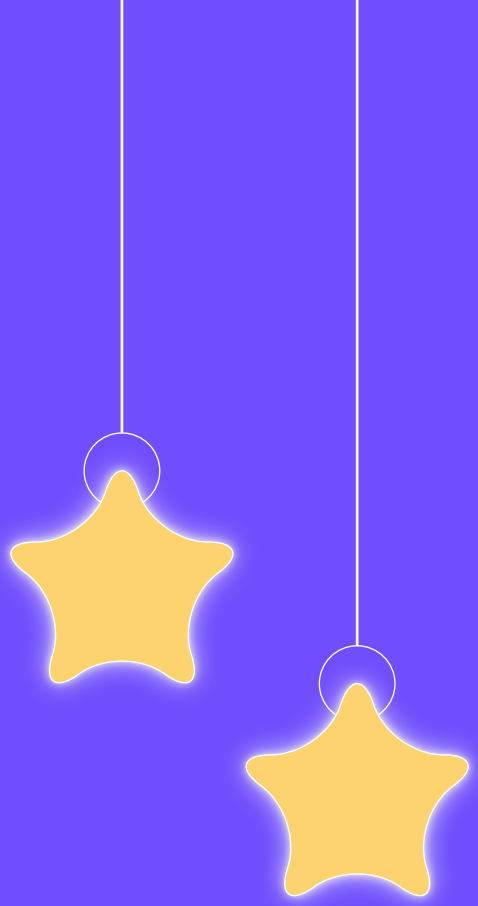
Una de las manifestaciones más desconcertantes para los cuidadores y familiares es la aparente falta de contacto con la realidad que demuestra el individuo. Debido a que **la corteza cerebral permanece dormida en la fase de ondas lentas mientras las áreas subcorticales están activadas, la persona se encuentra en un estado de inconsolabilidad e incapacidad de respuesta ante las señales del entorno.** Intentar hablarle, abrazarle o contenerle físicamente de forma activa no suele surtir efecto e incluso puede incrementar la agitación o la sensación de amenaza en el sujeto. Una vez finalizada la descarga autonómica y al retornar el sueño tranquilo, se presenta una amnesia completa del evento a la mañana siguiente, no recordando el episodio ni las intervenciones del entorno.



3.3 El impacto emocional en los cuidadores: Cómo gestionar la impotencia, la culpa y la angustia familiar

Las manifestaciones drásticas del terror nocturno ejercen un impacto significativo en la salud emocional de los padres, parejas o cuidadores. La imposibilidad de calmar o consolar a la persona durante el episodio suele desencadenar intensos sentimientos de impotencia, culpa, ansiedad y agotamiento por la interrupción del descanso familiar. Es fundamental llevar a cabo un proceso de psicoeducación que permita entender que la conducta de la persona no responde a un sufrimiento consciente ni a un trauma psicológico no resuelto, sino a un evento fisiológico autolimitado del desarrollo del sueño. Comprender la benignidad del cuadro es el paso principal para reducir la tensión emocional en el hogar y adoptar un rol de contención pasiva y segura.

En síntesis, la vivencia de un terror nocturno combina manifestaciones físicas impresionantes con un estado de inconexión cognitiva temporal que no deja huella en la memoria de la persona afectada. Reconocer que la falta de respuesta al consuelo es una consecuencia fisiológica del despertar incompleto y no una falla en la capacidad de contención, permite a los cuidadores procesar la angustia, eliminar la culpa y sobrellevar los episodios con serenidad mientras se completa la resolución evolutiva del cuadro.



Capítulo 4:

Factores que pueden desencadenar un episodio

Aunque la predisposición genética establece la base fisiológica para presentar un terror nocturno, la aparición concreta de una crisis suele estar modulada por diversos factores desencadenantes y promotores. Estas variables actúan prolongando la duración del sueño de ondas lentas o incrementando la frecuencia de los despertares corticales breves (arousals). En este capítulo se analizan las variables ambientales, emocionales, fisiológicas y médicas que favorecen la precipitación de los episodios en el hogar.

4.1 El cansancio acumulado: La falta de sueño y los cambios en las rutinas de descanso

La privación de sueño y la alteración de los horarios habituales de descanso constituyen uno de los desencadenantes más frecuentes y documentados. Cuando una persona experimenta falta de sueño o sufre interrupciones constantes en su rutina nocturna, el organismo responde en las noches posteriores generando un fenómeno de rebote de sueño de ondas lentas. Este incremento compensatorio en la profundidad de la fase N3 facilita la aparición de despertares incompletos y fragmentados. Mantener horarios irregulares para acostarse o suprimir siestas necesarias en etapas infantiles aumenta significativamente la probabilidad de desencadenar un episodio durante el primer tercio de la noche.

4.2 El estrés y la sobrecarga diaria: Cómo influyen las emociones y el esfuerzo físico

Los estados de sobrecarga emocional, la ansiedad, los cambios significativos en el entorno y las situaciones de estrés acumulado durante la jornada actúan como potentes facilitadores de parasomnias. Las alteraciones emocionales incrementan la reactividad del sistema nervioso, volviéndolo más susceptible a sufrir desincronizaciones en las transiciones de las fases del sueño. De igual manera, la realización de actividad física intensa o agotadora poco antes de ir a dormir produce una activación muscular y metabólica que puede perturbar la estabilidad del sueño profundo, actuando como un detonante directo.

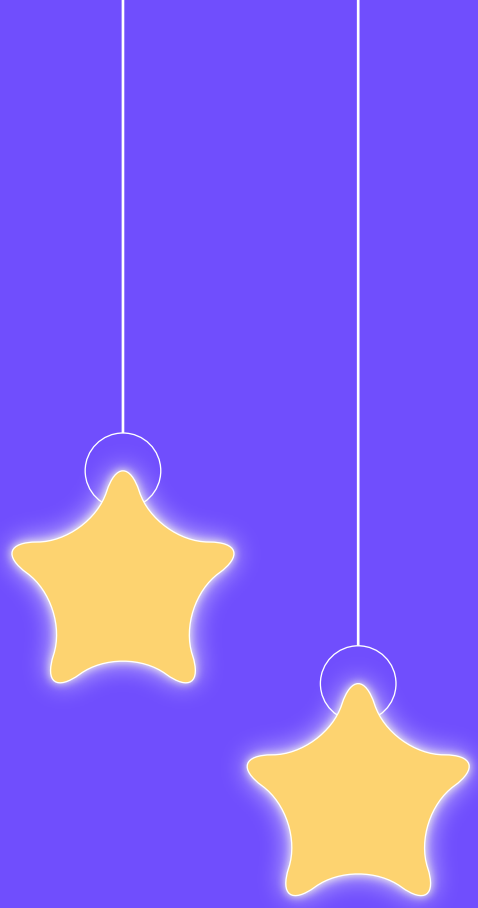
4.3 Desencadenantes del cuerpo: Procesos febriles, medicamentos y la vejiga llena antes de dormir Diversas condiciones fisiológicas transitorias alteran el umbral del ***arousal*** y precipitan las crisis. Los procesos febriles son un desencadenante clásico en la infancia, ya que la elevación de la temperatura corporal fragmenta el descanso e incrementa la inestabilidad de la fase NMOR.

Asimismo, la administración de ciertos medicamentos o fármacos puede modificar la arquitectura del sueño. Por otro lado, estímulos corporales internos como la distensión vesical o vejiga llena ejercen una presión aferente sobre el sistema nervioso durante el descanso que, al intentar provocar la micción, desata un despertar incompleto y desorganizado en personas con predisposición.

4.4 Otras causas médicas: La relación con la respiración y las apneas del sueño.

Existen condiciones médicas subyacentes que generan despertares microcorticales continuos durante la noche, promoviendo la recurrencia de las crisis. Entre ellas, el Síndrome de Apnea Obstructiva del Sueño (SAOS) y otros trastornos respiratorios del descanso juegan un papel fundamental. Las pausas respiratorias o la dificultad ventilatoria provocan breves caídas en los niveles de oxígeno y microdespertares de defensa que fragmentan la fase N3 del sueño. Cuando se identifica y trata adecuadamente la causa respiratoria subyacente, la frecuencia de los terrores nocturnos suele reducirse de forma drástica.

En síntesis, los terrores nocturnos no ocurren de manera totalmente aleatoria, sino que suelen responder a la combinación de una vulnerabilidad previa con factores detonantes como el cansancio, el estrés, la fiebre, la estimulación vesical o problemas respiratorios. Identificar y controlar estas variables en el entorno diario es el pilar fundamental para disminuir la frecuencia de los episodios, abriendo paso en el siguiente capítulo a la diferenciación precisa entre el terror nocturno y otras manifestaciones durante el descanso.



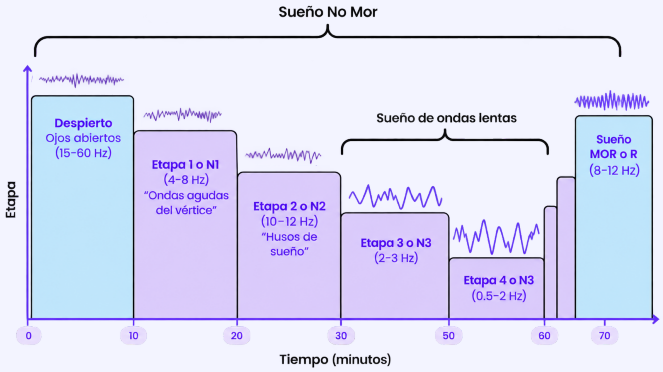
Capítulo 5:

Cómo saber si es un terror nocturno u otra cosa

Establecer un diagnóstico certero es un paso fundamental para llevar tranquilidad al entorno familiar y definir el manejo adecuado de los eventos nocturnos. Dado que existen diversas manifestaciones que ocurren mientras la persona duerme, resulta indispensable contar con criterios claros para diferenciar un terror nocturno de otras parasomnias, de las pesadillas o de condiciones neurológicas de mayor complejidad. En este capítulo se analiza la semiología comparativa de estos eventos y las indicaciones clínicas para recurrir a una evaluación especializada.

5.1 Terrores nocturnos frente a pesadillas: Tabla sencilla para diferenciarlos al instante

A pesar de que habitualmente se tiende a confundir ambos fenómenos, las pesadillas y los terrores nocturnos corresponden a estados fisiológicos opuestos. Mientras que el terror nocturno surge en el primer tercio de la noche durante la fase de ondas lentas No MOR (NMOR), la pesadilla se presenta generalmente en la segunda mitad de la noche, durante el sueño de Movimientos Oculares Rápidos (MOR). En la pesadilla, la persona despierta completamente lúcida y alerta, puede relatar con detalle la narrativa del sueño, experimenta un malestar enfocado en el contenido onírico y busca y acepta de forma activa el consuelo del entorno. Por el contrario, durante un terror nocturno, el individuo permanece en un estado de incoercibilidad e incomunicación, presenta una marcada activación autonómica (taquicardia, sudoración y taquipnea), no reconoce a sus cuidadores ni acepta la contención y, al despertar por la mañana, no conserva recuerdo alguno de lo sucedido.



5.2 Diferencias con otros eventos nocturnos: Sonambulismo y despertares confusionales

Dentro del grupo de las parasomnias del sueño NMOR o trastornos del arousal, los terrores nocturnos comparten escenario fisiológico con el sonambulismo y los despertares confusionales. En los despertares confusionales, característicos de niños pequeños, el sujeto se sienta en la cama con mirada fija y respuestas lentas o desorientadas, pero no manifiesta el llanto pánico ni la intensa descarga simpática propia del terror nocturno.

Por su parte, en el sonambulismo predomina la conducta motora compleja y la deambulación por la casa, donde el individuo puede manipular objetos o realizar tareas automáticas con amnesia posterior, pero sin la vivencia de pánico ni las manifestaciones vegetativas extremas que definen al terror nocturno.

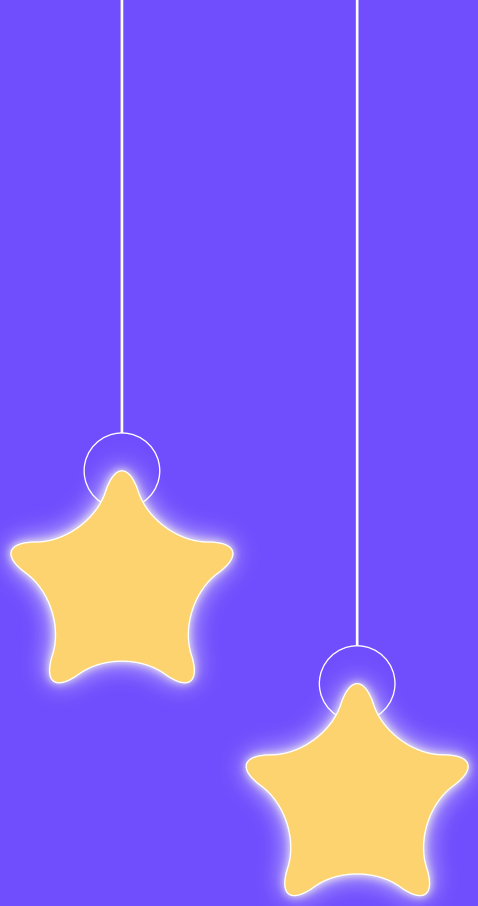
5.3 Cuándo diferenciarlo de algo neurológico: Cómo distinguir un terror nocturno de eventos epilépticos

Uno de los principales desafíos del diagnóstico diferencial es distinguir los terrores nocturnos de ciertas crisis epilépticas que ocurren durante el sueño, particularmente aquellas asociadas con la epilepsia hipermotora relacionada con el sueño (SHE). Estas crisis suelen ser breves, de inicio y término abruptos, y pueden repetirse varias veces durante la noche, presentando patrones motores similares entre episodios. Sin embargo, existen características compartidas entre ambas condiciones, por lo que la duración o la resolución espontánea del evento no permiten descartar epilepsia. Ante episodios muy frecuentes, estereotipados, con movimientos inusuales o manifestaciones atípicas, es fundamental solicitar una evaluación médica especializada para establecer un diagnóstico diferencial adecuado.

5.4 La consulta especializada: Cuándo y por qué un médico solicitaría un estudio del sueño (Polisomnografía)

En la gran mayoría de los casos, una historia clínica exhaustiva acompañada de registros en video aportados por la familia es suficiente para arribar al diagnóstico de terror nocturno. Sin embargo, la indicación de una evaluación neuropediátrica o un estudio polisomnográfico (PSG) se reserva para escenarios específicos: presentaciones atípicas en la forma o en la edad de inicio (como la adultez), eventos altamente recurrentes o estereotipados, presencia de lesiones físicas accidentales durante la crisis, falta de respuesta al manejo ambiental o cuando se sospecha la existencia de un trastorno respiratorio subyacente como la apnea obstructiva del sueño.

En síntesis, distinguir un terror nocturno de otros eventos del descanso se fundamenta en observar la fase de la noche en que ocurre, el grado de consciencia y la presencia de amnesia posterior. Reconocer estas diferencias permite descartar patologías neurológicas mayores, evitar alarmas innecesarias y dar paso en el siguiente capítulo a las estrategias de actuación y manejo práctico en el



Capítulo 6:

Qué hacer, cómo actuar y pautas de manejo en casa

Frente a la ocurrencia de un terror nocturno, la acción coordinada y fundamentada del entorno cercano es la herramienta más eficaz para garantizar la tranquilidad y la seguridad de la persona. Dado que el evento es autolimitado y benigno, las intervenciones no buscan cortar abruptamente la crisis de forma artificial, sino acompañar el episodio con un enfoque práctico, seguro y preventivo. En este capítulo se detallan las pautas de actuación inmediata, las medidas de higiene del descanso, las estrategias conductuales, herramientas de registro completables y los criterios para el acompañamiento profesional.

6.1 Guía de actuación durante el episodio: Medidas de seguridad y recomendaciones para evitar despertares bruscos

Durante un terror nocturno, se recomienda mantener la calma y evitar despertar bruscamente a la persona, ya que esto puede incrementar temporalmente su confusión o agitación. La prioridad debe ser siempre garantizar su seguridad física, retirando objetos peligrosos y evitando intervenciones innecesarias. Ante situaciones de riesgo inmediato, se deben adoptar las medidas necesarias para proteger su integridad.

Durante el evento, la pauta de acción debe enfocarse estrictamente en la seguridad física:

- **Mantener la calma y observar:** No gritar, no sacudir a la persona ni encender luces potentes de forma brusca para evitar sobreestimulación.
- **Asegurar el entorno inmediato:** Retirar objetos punzantes, juguetes o muebles con bordes peligrosos cercanos a la cama para evitar contusiones durante la agitación.
- **Proteger sin restringir:** Si la persona se levanta o se agita, no hay que sujetarla con fuerza; simplemente hay que acompañar suavemente su movimiento y redirigirla con paciencia hacia la cama.
- **Hablar con voz pausada y suave:** Aunque no procese el lenguaje de forma consciente, un tono de voz sereno aporta un entorno de menor estimulación sensorial.

Plantilla completable 1: Protocolo de acción inmediata en crisis

Imprime o mantén esta ficha visible en el velador para responder con serenidad durante el evento.

Fase del evento	Acción del cuidador / Acompañante	Estado de verificación (Marcar)
0 - 30 segundos	Mantener la calma, no gritar ni encender luces potentes.	☐ Realizado
Paso de seguridad	Retirar objetos peligrosos o cortantes de la cama y del suelo.	☐ Realizado
Contención pasiva	Guiar suavemente hacia la cama sin sujetar con fuerza.	☐ Realizado
Regla fundamental	Evitar despertares bruscos, sacudidas e interrogatorios; priorizar siempre la seguridad física.	☐ Realizado
Cierre del episodio	Acompañar el retorno espontáneo al descanso y registrar el evento.	☐ Realizado

6.2 Hábitos de higiene del sueño: Consejos prácticos para transformar el entorno de descanso

Puesto que la privación de sueño y el agotamiento acumulado son los principales detonantes del despertar incompleto, la higiene del descanso es la piedra angular del manejo en casa. Aplicar cambios en la rutina diaria ayuda a estabilizar la arquitectura del sueño de ondas lentas:

- **Horarios fijos para acostarse y despertarse:** Mantener una regularidad estricta en las horas de sueño, incluso durante los fines de semana o vacaciones.
- **Rutina de desaceleración pre-sueño:** Establecer 30 a 45 minutos antes de dormir para actividades relajantes como un baño tibio, lectura pausada o música suave.
- **Desconexión de pantallas e imágenes impactantes:** Eliminar el uso de dispositivos electrónicos, televisores y contenido violento o atemorizante al menos una hora antes de ir a la cama.
- **Control de detonantes corporales:** Promover que la persona asista al baño a orinar justo antes de acostarse para evitar que la distensión vesical desencadene el episodio.

6.3 Estrategias conductuales: La técnica de los despertares programados para prevenir los episodios

Para aquellos casos donde los terrores nocturnos se presentan de forma muy frecuente y en un horario predecible (por ejemplo, casi siempre a los 90 minutos de haberse dormido), la evidencia respalda la técnica de los despertares programados (scheduled awakenings).

Esta estrategia consiste en romper el ciclo inestable del sueño de ondas lentas justo antes de que se desencadene la crisis:

- **Paso 1 (Registro de patrón):** Anotar durante una semana la hora exacta en que ocurre el terror nocturno para identificar la ventana temporal habitual.
- **Paso 2 (Intervención preventiva):** Despertar suavemente a la persona (o tocarla de forma sutil para que cambie de postura o se mueva ligeramente) aproximadamente 15 a 20 minutos antes de la hora estimada del evento.
- **Paso 3 (Reinicio del ciclo):** Mantenerla sutilmente en un estado de duermevela o semi-despierta durante un par de minutos y permitir que vuelva a conciliar el sueño inmediatamente.
- **Paso 4 (Consistencia):** Aplicar este procedimiento de forma consecutiva durante dos a tres semanas para alterar el patrón del arousal inestable y consolidar el descanso.

Plantilla completable 2: Registro semanal de seguimiento y despertares programados

Completa este registro para mapear los patrones de descanso y evaluar la técnica de despertares programados.

Día de la semana	Hora de acostarse	Horario del evento (si ocurrió)	Factores desencadenantes observados (cansancio, fiebre, estrés, vejiga llena)	Despertar programado aplicado (Hora/Resultado)
Lunes				
Martes				
Miércoles				
Jueves				
Viernes				
Sábado				
Domingo				

6.4 Acompañamiento profesional y médico: Cuándo evaluar apoyos adicionales y dar seguimiento

Aunque la inmensa mayoría de los casos no requiere medicación debido a su naturaleza benigna y autolimitada, existen situaciones en las que se debe buscar el acompañamiento de un especialista en neuropediatría o medicina del sueño.

La consulta profesional se recomienda cuando los episodios ocurren múltiples veces durante una misma noche, generan un impacto significativo en el descanso o bienestar familiar, implican riesgo de lesiones o presentan características que requieren descartar otras condiciones médicas o neurológicas. En casos seleccionados, el profesional tratante podrá evaluar intervenciones adicionales según las características individuales, considerando que el tratamiento farmacológico no constituye la primera línea de manejo en la mayoría de los terrores nocturnos infantiles.

Plantilla completable 3: Ficha de preparación para la consulta médica

Completa los datos clave antes de asistir al especialista neuropediatra o médico del sueño.

- ☐ Taquicardia o respiración acelerada
- ☐ Sudoración profusa o palidez
- ☐ Gritos, llanto o agitación motora
- ☐ Inconsolabilidad / Falta de reconocimiento del entorno
- ☐ Amnesia completa a la mañana siguiente

En síntesis, el manejo efectivo de los terrores nocturnos combina la serenidad durante las crisis, una firme rutina de higiene del descanso y el uso de técnicas de prevención conductual en el hogar. Al asumir un rol de acompañamiento consciente y estructurado, la familia transforma la incertidumbre en un entorno de seguridad que favorece el desarrollo saludable del descanso.

Conclusión

Llegar al final de este manual representa un hito fundamental en el camino hacia la tranquilidad familiar. A lo largo de estas páginas hemos desarmado los mitos, las dudas y la angustia que muchas veces rodean a los terrores nocturnos. Si hay una lección valiosa que debemos conservar en la memoria, es que estos episodios, por impactantes que parezcan en el momento, no son reflejo de un trauma, una dolencia oculta o un sufrimiento consciente. Son una manifestación de la maduración del cerebro durante el descanso, un fenómeno benigno que el propio cuerpo irá dejando atrás de forma natural a su debido tiempo.

Comprender que durante estos episodios existe un estado de consciencia alterado y que, habitualmente, la persona no recuerda lo ocurrido al despertar permite interpretar estas manifestaciones con mayor tranquilidad, sin dejar de reconocer la importancia de resguardar su seguridad física y bienestar.

El manejo diario en el hogar se construye sobre decisiones pequeñas pero sostenidas. Mantener rutinas de descanso estables, proteger las horas de sueño, reducir los estímulos intensos antes de acostarse y poner en práctica las herramientas de seguimiento que hemos compartido en esta guía son acciones concretas que marcan una diferencia real. Cada ajuste en la higiene del sueño es una inversión directa en la calidad de vida de todo el núcleo familiar, reduciendo la frecuencia de los episodios y devolviendo la previsibilidad a las noches.

Esta guía ha sido diseñada como un recurso de acompañamiento continuo. Te invitamos a conservar sus fichas y plantillas completables como una herramienta de consulta habitual para actuar con firmeza ante cualquier duda, preparar tus conversaciones con especialistas de la salud o simplemente recordar cómo responder en los momentos de incertidumbre. La paciencia, la información correcta y la serenidad son los pilares que transforman el miedo en confianza.

Aprender a acompañar los terrores nocturnos con conocimiento es un acto de cuidado profundo. Hoy cuentas con la información precisa y las estrategias necesarias para proteger el descanso de tus seres queridos y afrontar cada noche con la seguridad, el equilibrio y la calma que la familia merece.



Referencias

American Academy of Sleep Medicine. (2014). International classification of sleep disorders (3.ª ed.; ICSD-3). AASM.

American Psychiatric Association. (2024). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5.ª ed., texto revisado; DSM-5-TR). Editorial Médica Panamericana.

Gaona, V. A. (2025). Parasomnias en pediatría. Medicina (Buenos Aires), 85(Supl. IV), 77-82.

Leung, A. K. C., Leung, A. A. M., Wong, A. H. C., & Hon, K. L. (2020). Sleep terrors: An updated review. Current Pediatric Reviews, 16(3), 176–182. https://doi.org/10.2174/1573396315666191014152136

Lorenzini, N. (2026). ¿Qué son los terrores nocturnos? ADIPA. https://adipa.cl/glosario/terrores-nocturnos/

ADIPA

En ADIPA somos la plataforma líder en educación en psicología y salud mental, diseñada específicamente para profesionales. Ofrecemos programas de estudio desarrollados y dirigidos por los mejores expertos en cada área, asegurando una experiencia de aprendizaje de excelencia.

Nuestro propósito es **mejorar la salud mental del mundo**, impulsando el desarrollo profesional y laboral de nuestros estudiantes para que puedan generar un impacto positivo en la vida de miles de personas y sus familias.

Explora nuestros programas online y lleva tus conocimientos y habilidades al siguiente nivel.

¡Visítanos!



¿Por qué estudiar en Adipa?

Aprende de los más destacados en su campo.

Adquiere conocimientos de los procedimientos y habilidades más valiosos de la mano de los profesionales más destacados en el campo de la salud mental.

Metodología flexible.

Ofrecemos tanto opciones sincrónicas como asincrónicas para que puedas acceder a una amplia gama de recursos educativos de alta calidad, sin sacrificar tus compromisos personales y laborales.

Apoyo especializado.

Proveemos asesoría técnica durante tu proceso de aprendizaje para asegurarnos de que tengas todo el soporte necesario en caso de cualquier consulta sobre el uso del aula virtual.

Recursos educativos.

Proporcionamos acceso a una amplia variedad de recursos educativos para ayudarte en tu aprendizaje, incluyendo materiales didácticos, biblioteca virtual, material complementario y otros recursos en línea.

Accede a una comunidad llena de beneficios.

Únete a nuestra comunidad y disfruta de una amplia gama de beneficios, conecta con otros profesionales del ámbito de la salud mental, accede a seminarios certificados y gratuitos, mantente al día con las últimas tendencias y avances en el campo, y mucho más.

Compromiso y calidad.

Estamos comprometidos en ofrecer programas de alta calidad y recursos de enseñanza efectivos, para que puedas adquirir las habilidades y conocimientos necesarios para alcanzar tus metas profesionales.