



Universidad de la República

Facultad de Psicología

Trabajo Final de Grado

**Patrones del sueño: duración, calidad y temporalidad
como dimensiones asociadas a los trastornos bipolares.
Un análisis desde la psicología.**

Estudiante: Iara Regal Martinez

Tutora: Prof. Adj. Dra. Valentina Paz

Revisora: Asist. Mag. Antonella Arrieta

Monografía

Montevideo, Octubre 2025.

Índice

Agradecimientos	1
Resumen	2
Abstract.....	3
Introducción	4
1. Trastorno bipolar.....	
1.1 Generalidades.....	5-6
1.2 Episodios.....	6-8
1.3 Criterios diagnósticos.....	9-11
1.4 Epidemiología.....	11-12
1.5 Tratamientos.....	12-15
2. Patrones del sueño.....	
2.1 Sueño: definición y características.....	16-17
2.2 Dimensiones del sueño: duración, calidad y temporalidad.....	17-22
2.3 Impacto de las dimensiones del sueño en la salud mental.....	22-23
3. Relación entre las principales dimensiones del sueño y los trastornos bipolares:	
Impacto en la evolución clínica.....	24-30

Conclusiones	31-33
Referencias	34-40

Agradecimientos

A mi mamá, por ser sostén y pilar fundamental en este camino, siempre presente en cada paso de mi recorrido. Por la fortaleza que me transmitió en todo momento.

A mis amigas, las de toda la vida y las que la fui conociendo a lo largo de estos años, por su compañía, por estar incondicionalmente, por creer en mí incluso cuando yo me olvido de hacerlo. Por hacer este camino tan especial y enriquecedor.

A mi familia, por su apoyo constante.

A mi tutora, por su dedicación, paciencia y orientación, fundamentales para el desarrollo de este TFG y para mi formación profesional a futuro.

A mi papá, mi guía y mayor fuerza y ejemplo a seguir, que aunque no llegó a presenciar este último tramo de mi recorrido, fue un motor y un impulso invaluable para llegar hasta aquí; a quién cada paso y cada logro también le pertenece.

Resumen

Los Trastornos Bipolares son afecciones del estado de ánimo caracterizadas por la alternancia entre episodios de manía o hipomanía y depresión, que afectan de forma significativa el funcionamiento y la calidad de vida de quienes los padecen. Las alteraciones del sueño constituyen un rasgo distintivo de estos trastornos, presentes tanto durante los episodios agudos como en los períodos de eutimia (fase interepisódica). Por ello, en el presente trabajo se realiza una revisión teórica orientada a conceptualizar, organizar e integrar la información existente sobre las principales dimensiones del sueño y su vínculo con los trastornos bipolares, haciendo especial énfasis en la duración, la calidad y la temporalidad del sueño. La evidencia científica actual indica que las disfunciones del sueño no solo son un síntoma frecuente, sino también un factor modulador del estado de ánimo y un predictor de recaídas. Esto subraya la relevancia de considerar el sueño como una dimensión transversal en la evaluación y el abordaje terapéutico de los trastornos bipolares. La comprensión de la dinámica sueño-vigilia resulta esencial, ya que una adecuada duración, calidad y regularidad del sueño se asocian con una mayor estabilidad emocional, mientras que su alteración puede contribuir a la desregulación afectiva. Se espera que este trabajo contribuya a una comprensión más profunda del modo en que las alteraciones del sueño influyen en la calidad de vida de las personas que presentan trastornos bipolares.

Palabras claves: trastornos bipolares, sueño, duración, calidad, cronotipo, ritmos circadianos.

Abstract

Bipolar Disorders are mood conditions characterized by the alternation between episodes of mania or hypomania and depression, which significantly affect the functioning and quality of life of those who experience them. Sleep disturbances represent a distinctive feature of these disorders, being present both during acute episodes and in periods of euthymia (inter-episodic phase). Therefore, this paper presents a theoretical review aimed at conceptualizing, organizing, and integrating existing information on the main dimensions of sleep and its relationship with bipolar disorders, with special emphasis on sleep duration, quality, and timing. Current scientific evidence indicates that sleep dysfunctions are not only a frequent symptom but also a modulating factor of mood and a predictor of relapse. This underscores the importance of considering sleep as a transversal dimension in the assessment and therapeutic management of bipolar disorders. Understanding the sleep–wake dynamics is essential, as adequate sleep duration, quality, and regularity are associated with greater emotional stability, whereas their disruption may contribute to affective dysregulation. It is expected that this work will contribute to a deeper understanding of how sleep disturbances influence the quality of life of individuals with bipolar disorders.

Keywords: bipolar disorder, sleep, duration, quality, chronotype, circadian rhythm.

Introducción

La presente monografía, elaborada en el marco del Trabajo Final de Grado de la Licenciatura en Psicología de la Universidad de la República, tiene como propósito recopilar, conceptualizar y sistematizar información acerca de las alteraciones del sueño vinculadas a los trastornos bipolares.

Se abordarán particularmente los conceptos de duración, calidad y temporalidad del sueño, considerándolos dimensiones interrelacionadas y analizando su rol en cuadros clínicos como los Trastornos Bipolares.

De forma personal y académica, siempre me ha resultado de particular interés el estudio de los patrones y ciclos del sueño, así como la manera en que estos influyen en la vida cotidiana y en la calidad de vida de las personas. A su vez, este interés se ha orientado hacia la exploración de la relación entre las alteraciones del sueño y diversas psicopatologías clínicas, siendo en este trabajo los trastornos bipolares el eje central de análisis.

El presente trabajo propone una revisión de la bibliografía sobre la temática, con el propósito de compilar información actualizada y reunir los aportes necesarios para favorecer la comprensión de los trastornos bipolares. Este abordaje no se limita únicamente a considerar sus aspectos generales como trastornos psicopatológicos, sino que pone especial énfasis en analizar su relación con una de las conductas fundamentales para el funcionamiento humano: el sueño.

1. Trastornos bipolares

1.1 Generalidades

De acuerdo con el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales quinta edición* (DSM-V), los trastornos bipolares se definen por la presencia de variaciones intensas y fluctuantes en el estado de ánimo, los niveles de energía y el desempeño funcional. Estas oscilaciones comprenden episodios hipomaníacos o maníacos —caracterizados por euforia o irritabilidad acompañadas de un marcado incremento en la actividad y la energía— y episodios depresivos mayores, en los que predominan la tristeza, la anhedonia y la desesperanza. Se distinguen dos formas principales: el trastorno bipolar tipo I, que implica al menos un episodio maníaco, y el tipo II, que se manifiesta mediante episodios hipomaníacos (de menor intensidad que la manía) junto con episodios depresivos (American Psychiatric Association, 2013).

Asimismo, según detalla el DSM-V, el trastorno bipolar se puede presentar bajo distintas formas clínicas. Tal como se mencionaba anteriormente, el trastorno bipolar tipo I se caracteriza por la aparición de al menos un episodio maníaco completo, el cual puede provocar un deterioro significativo en la función social u ocupacional o incluir ideas delirantes; generalmente, estos episodios se alternan con períodos depresivos. Por su parte, el trastorno bipolar tipo II se define por la presencia de episodios depresivos mayores junto con al menos un episodio hipomaníaco, sin que se haya presentado un episodio maníaco completo (American Psychiatric Association, 2013).

Existen también formas de trastorno bipolar vinculadas a factores externos o médicos. El trastorno bipolar inducido por sustancias o medicamentos se desarrolla cuando un episodio de manía aparece durante o poco después de la exposición a sustancias capaces de producir síntomas del estado de ánimo, como la cocaína o los corticosteroides, o durante su abstinencia. Asimismo, el trastorno bipolar debido a otra afección médica se produce cuando un episodio maníaco es consecuencia de una enfermedad médica, por

ejemplo, el síndrome de Cushing o un traumatismo encéfalo craneano, sin que los síntomas se presenten exclusivamente durante un episodio maníaco. Por otro lado, el trastorno bipolar no especificado incluye aquellos casos que muestran características bipolares claras, pero no cumplen los criterios de las categorías anteriores (American Psychiatric Association, 2013).

Por último, cabe señalar que existen otros cuadros clínicos vinculados a los trastornos bipolares, entre ellos el trastorno ciclotímico. Este se caracteriza por la presencia de períodos prolongados —generalmente superiores a dos años— en los que se alternan síntomas hipomaníacos y depresivos, cuya intensidad y duración no son suficientes para cumplir con los criterios diagnósticos de un episodio maníaco, hipomaníaco o depresivo mayor (American Psychiatric Association, 2013). No obstante, aunque este trastorno reviste relevancia clínica y mantiene una estrecha relación con la bipolaridad, en el presente trabajo no se abordará en profundidad, dado que el foco de análisis se centra en los trastornos bipolares propiamente dichos.

1.2 Episodios

Un episodio maníaco se define como un período de al menos una semana de estado de ánimo persistentemente elevado, expansivo o irritable, acompañado por un incremento notable de la actividad dirigida a objetivos o un aumento evidente de la energía. Además, deben estar presentes tres o más síntomas adicionales (o cuatro si el estado de ánimo es únicamente irritable): autoestima exagerada o grandiosidad, disminución de la necesidad de dormir, habla excesiva o mayor locuacidad de lo habitual, fuga de ideas o sensación subjetiva de pensamientos acelerados, facilidad para distraerse, incremento en la actividad orientada a metas o agitación psicomotora y participación excesiva en actividades placenteras que implican un alto riesgo de consecuencias negativas, como pueden ser gastos desmedidos, inversiones imprudentes, entre otros (American Psychiatric Association, 2013).

Los trastornos bipolares suelen iniciar con una fase aguda, caracterizada por síntomas de depresión o de manía, a la que sigue un curso clínico marcado por períodos de recaída y remisión. Aunque las remisiones con frecuencia son completas, muchos pacientes presentan síntomas residuales y en algunos casos se observa un deterioro considerable en la capacidad laboral. Las recaídas corresponden a episodios de mayor intensidad, que pueden manifestarse en forma de manía, depresión, hipomanía o en cuadros con características mixtas (Manual MSD, 2023).

La duración de los episodios puede variar entre algunas semanas y meses (entre 3 y 6 meses), siendo los episodios depresivos, por lo general, más prolongados que los maníacos o hipomaníacos. El ciclo, entendido como el intervalo entre el inicio de un episodio y el comienzo del siguiente, presenta una variabilidad considerable. En ciertos pacientes, los episodios son esporádicos y se limitan a unos pocos, mientras que otros desarrollan un patrón de ciclaje rápido, definido habitualmente como la presencia de cuatro o más episodios por año. Sólo una minoría alterna de manera sistemática entre las fases maníacas y depresivas; en la mayoría de los casos, predomina uno de los polos (Manual MSD, 2023).

Durante la manía, los individuos pueden involucrarse de manera excesiva, impulsiva y sin descanso en conductas gratificantes pero riesgosas (como el juego, los deportes peligrosos o la actividad sexual de riesgo), sin reconocer el posible daño. La intensidad de los síntomas es tal que interfiere significativamente en el desempeño de roles centrales de la vida (trabajo, estudios, familia). Decisiones financieras arriesgadas, compras compulsivas y otras elecciones impulsivas pueden derivar en consecuencias graves, llegando a requerir en algunos casos la hospitalización (American Psychiatric Association, 2013).

En este estado, los pacientes suelen mostrarse eufóricos, con vestimenta llamativa o excéntrica, comportamiento dominante y un discurso incesante. A nivel del pensamiento y el lenguaje, es común que estos pacientes establezcan asociaciones entre palabras basadas

en cómo suenan (por ejemplo, porque riman o comparten sonidos) más que en lo que significan. Este modo de asociar ideas favorece que aparezcan nuevos pensamientos de manera muy rápida, a menudo desviándose del tema principal o interrumpiendo el hilo previo, ya que el curso mental se organiza según los sonidos del lenguaje y no según una lógica o intención clara. Este patrón contribuye a fenómenos característicos del episodio maníaco, como la fuga de ideas y la verborragia, donde la producción verbal avanza con gran velocidad y resulta difícil de detener. Aún así, los pacientes suelen sentir que atraviesan su mejor momento personal y mental (Manual MSD, 2023).

La combinación de falta de autocrítica con hiperactividad conlleva conductas imprudentes y, a menudo, conflictos interpersonales, que los pacientes pueden interpretar como persecución o trato injusto. Esto puede incrementar el riesgo de conductas peligrosas hacia sí mismos o hacia los demás. El pensamiento acelerado es experimentado subjetivamente como “carreras de ideas” y objetivamente, por parte del clínico, como fuga de ideas (Manual MSD, 2023).

En su expresión más grave, puede aparecer psicosis maníaca, donde los síntomas psicóticos se confunden con los de la esquizofrenia. Pueden desarrollarse delirios de grandeza o de persecución (creerse una figura religiosa o sentirse perseguido por organismos oficiales), a veces acompañados de alucinaciones. La actividad aumenta de manera extrema: el paciente puede correr, gritar, insultar o cantar. La labilidad afectiva se intensifica, con frecuente irritabilidad. En casos severos, puede observarse un delirio completo (manía delirante), con pérdida de la coherencia del pensamiento y la conducta. También se ha observado que los rasgos psicóticos son más frecuentes en la depresión asociada al trastorno bipolar que en los episodios depresivos unipolares (American Psychiatric Association, 2013).

Un episodio hipomaníaco representa una forma menos intensa de la manía. Se caracteriza por un período claramente identificable de al menos cuatro días, durante el cual

la conducta se diferencia del estado de ánimo habitual no depresivo de la persona, y en el que deben cumplirse tres o más de los síntomas adicionales descritos para la manía (American Psychiatric Association, 2013).

En el transcurso de la hipomanía, el ánimo se eleva, la necesidad de dormir disminuye, la energía aumenta de manera significativa y la actividad psicomotora se intensifica. Para algunos individuos, estos episodios pueden resultar funcionales, ya que favorecen un incremento en la energía, la creatividad, la autoconfianza y un desempeño social incluso superior al habitual (American Psychiatric Association, 2013).

Muchos pacientes perciben este estado como placentero y no desean salir de él. En algunos casos, el funcionamiento general se mantiene adecuado, sin deterioro marcado. No obstante, en otros pacientes la hipomanía se expresa a través de una mayor distracción, irritabilidad y variabilidad emocional, aspectos que suelen resultar menos favorables tanto para la persona como para quienes la rodean (Manual MSD, 2023).

Un episodio depresivo mayor en pacientes con trastorno bipolar presenta las características clásicas de la depresión mayor. Para su diagnóstico, deben estar presentes al menos cinco de los siguientes síntomas durante un período de dos semanas y uno de ellos debe ser estado de ánimo deprimido o la pérdida de interés o placer, llamada anhedonia; aumento o pérdida significativa de peso (más del 5%) o cambios notables en el apetito; trastornos del sueño, que pueden manifestarse como insomnio o hipersomnia; agitación o enlentecimiento psicomotor, observable por terceros; fatiga o pérdida de energía; sentimientos de inutilidad o culpa excesiva o inapropiada; disminución de la capacidad de concentración o indecisión; pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida, intentos de suicidio o planificación específica para suicidarse. Excepto en los casos de pensamientos o intentos de suicidio, todos los síntomas deben manifestarse la mayor parte del día. (American Psychiatric Association, 2013).

1.3 Criterios diagnósticos

El diagnóstico se realiza siguiendo los criterios establecidos en el DSM-V, los cuales contemplan la identificación de los síntomas característicos de cada episodio, su duración y el grado en que afectan el funcionamiento cotidiano del individuo (American Psychiatric Association, 2013). Asimismo, se consideran otras evaluaciones complementarias, tales como la medición de los niveles de tiroxina (T4) y de la hormona estimulante de la tiroides (TSH) para descartar hipertiroidismo; la exclusión del consumo de estimulantes mediante examen clínico o pruebas toxicológicas en sangre u orina; y la realización de análisis de laboratorio sistemáticos, como hemograma completo o panel metabólico básico, con el fin de descartar otras afecciones médicas generales (Manual MSD, 2023).

El diagnóstico del trastorno bipolar tipo I se realiza mediante la aplicación de los criterios del DSM-V para un episodio maníaco, tal como se describió previamente, considerando además los antecedentes de remisión y recaída. El episodio maníaco puede estar precedido o seguido por episodios de hipomanía o por episodios depresivos mayores (American Psychiatric Association, 2013).

El diagnóstico del trastorno bipolar tipo II se basa en el cumplimiento de los criterios del DSM-V para al menos un episodio hipomaníaco, junto con la presencia de al menos un episodio depresivo mayor. Los síntomas hipomaníacos deben ser lo suficientemente intensos como para afectar de manera significativa el funcionamiento social u ocupacional o para requerir intervenciones que prevengan daños hacia sí mismo o hacia otras personas (American Psychiatric Association, 2013).

La evidencia científica en la psiquiatría contemporánea ha puesto de manifiesto que se trata de patologías que requieren especial atención en el ámbito de la investigación, debido al elevado grado de desadaptabilidad que conllevan. Persiste un amplio debate en torno a la precisión diagnóstica y a la caracterización de su curso evolutivo. En este contexto, los sistemas nosográficos actuales cumplen un papel fundamental al permitir la unificación de criterios entre los distintos profesionales de la salud, favoreciendo así una

delimitación más precisa de las entidades clínicas y la posibilidad de realizar un diagnóstico temprano y adecuado (Martínez et al., 2019).

Tal como menciona Vázquez (2014), las clasificaciones vigentes, como la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10) y el DSM-5, representan un progreso sustancial en la identificación precisa de los trastornos. No obstante, continúa evidenciándose una brecha temporal significativa entre la aparición de los primeros síntomas y la formulación de un diagnóstico adecuado.

1.4 Epidemiología

Se estima que los trastornos bipolares afectan aproximadamente entre el 0,5 % y 1 % de la población mundial (37 millones de personas, entre los cuales se incluyen 3,8 millones de adolescentes) según los informes y estadísticas de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2021), lo que los convierte en trastornos de relevancia clínica y epidemiológica significativa. Estos trastornos se ubican en el sexto lugar entre las afecciones médicas más frecuentes y se consideran de las patologías mentales más prevalentes, graves y persistentes. Su marcado impacto en el funcionamiento ocupacional y social ha llevado a reconocerlos como uno de los grupos de trastornos con mayor nivel de discapacidad (Martínez et al., 2019).

En relación con la variación por género en la presentación clínica, se ha señalado que la incidencia del trastorno bipolar tipo I es comparable entre hombres y mujeres, sin observarse variaciones significativas en su prevalencia. No obstante, en el caso del trastorno bipolar tipo II, diversos estudios coinciden en que este diagnóstico se presenta con mayor frecuencia en mujeres, lo que sugiere la influencia de factores biológicos, psicológicos y socioculturales en dicha diferencia (Brancati et al., 2023). Además, la literatura indica que las mujeres con trastornos bipolares presentan una mayor prevalencia de episodios depresivos, ciclos rápidos y comorbilidades como trastornos de la conducta alimentaria, mientras que los hombres muestran mayor comorbilidad con trastornos por

consumo de sustancias y un inicio más temprano de los trastornos (Patel, et al., 2018). Estos hallazgos subrayan la importancia de considerar las diferencias de género en el diagnóstico y tratamiento de los trastornos bipolares.

Algunos pacientes que presentan síntomas depresivos pueden haber experimentado previamente episodios de hipomanía o manía, aunque no los mencionen a menos que se les pregunte de manera específica (American Psychiatric Association, 2013). Una entrevista clínica cuidadosa puede revelar signos característicos de estos episodios, como gastos excesivos, conductas sexuales impulsivas o consumo de sustancias estimulantes; no obstante, esta información suele ser proporcionada más frecuentemente por familiares o allegados. Además, es fundamental indagar sobre la ideación suicida, los planes o la conducta relacionada con el suicidio en todos los pacientes (Manual MSD, 2023).

Entre los factores que pueden aumentar el riesgo de desarrollar trastornos bipolares o desencadenar la primera crisis se encuentran la presencia de un familiar de primer grado, como padre, madre o hermano, que padece estos trastornos; los períodos de estrés intenso, tales como la muerte de un ser querido u otros eventos traumáticos; y el consumo problemático de sustancias. Por otro lado, las personas con trastornos bipolares también pueden presentar comorbilidades con trastornos de ansiedad, como fobia social, ataques de pánico o trastornos obsesivo-compulsivos, lo que puede dificultar o confundir el proceso diagnóstico; es por esto que es necesario realizar un diagnóstico diferencial en cada uno de los casos (Manual MSD, 2023).

Cabe señalar que las conductas suicidas representan un riesgo significativo en estos trastornos. La prevalencia de intentos o suicidios consumados es elevada, estimándose que la incidencia a lo largo de la vida es entre 20 y 30 veces superior a la observada en la población general (Manual MSD, 2023).

1.5 Tratamientos

El tratamiento farmacológico de los trastornos bipolares suele combinar estabilizadores del estado de ánimo, como el litio o ciertos anticonvulsivos (especialmente valproato, carbamazepina y lamotrigina), con antipsicóticos de segunda generación (entre ellos aripiprazol, lurasidona, olanzapina, quetiapina, risperidona, ziprasidona y cariprazina). Estos fármacos pueden administrarse de forma aislada o combinada en todas las fases del tratamiento, aunque con diferentes dosificaciones según el momento clínico, siempre acompañados de apoyo psicológico y psicoterapia (Manual MSD, 2023).

La elección del medicamento puede ser compleja, dado que todos los agentes presentan efectos adversos relevantes, las interacciones farmacológicas son frecuentes y ninguno es universalmente eficaz. Por ello, la selección debe basarse en la eficacia y tolerancia previas del paciente. En los casos en que el individuo no haya recibido tratamiento farmacológico anteriormente o cuando se desconozca su antecedente farmacológico, la elección se fundamenta en la historia clínica, considerando los posibles efectos adversos del estabilizador específico y la gravedad de los síntomas (Manual MSD, 2023).

En algunas situaciones, se agregan antidepresivos específicos, como los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), para la depresión grave; no obstante, su eficacia es controvertida y no se recomiendan como terapia única para los episodios depresivos. La ketamina ha demostrado eficacia en el tratamiento de la depresión bipolar grave (Manual MSD, 2023).

Habitualmente, la intervención terapéutica se organiza en tres fases: la fase aguda, destinada a estabilizar y controlar las manifestaciones iniciales, a veces graves; la fase continuada, cuyo objetivo es alcanzar una remisión completa; y la fase de mantenimiento o prevención, enfocada en mantener a los pacientes en remisión. Mientras que la mayoría de los pacientes con hipomanía pueden recibir tratamiento de manera ambulatoria, los

episodios de manía o depresión grave en muchos casos requieren internación (Manual MSD, 2023).

Dentro de los abordajes psicoterapéuticos se integran diversas estrategias orientadas tanto a la comprensión de los trastornos como a la optimización del funcionamiento cotidiano y la prevención de recaídas. Entre los componentes fundamentales se destacan la psicoeducación, el apoyo en la adherencia al tratamiento farmacológico, y las intervenciones familiares. Asimismo, se ha señalado la utilidad de modalidades complementarias como la terapia de grupo, orientadas a favorecer la estabilidad anímica y la regulación de los hábitos de vida. Dentro de estas intervenciones, la psicoeducación ocupa un lugar central, dado que cuenta con el mayor respaldo empírico, y los estudios han demostrado que, junto con las intervenciones destinadas a mejorar la adherencia a la medicación, constituye una de las estrategias más eficaces y efectivas en el abordaje integral de estos trastornos (Becoña, E y Lorenzo, M., 2001).

Algunas de las terapias psicológicas con mayor eficacia utilizadas para tratar estos trastornos son: las terapias cognitivo conductuales, ya que trabajan en los pensamientos, comportamientos, emociones y hábitos del paciente, incluye manejo de señales de recaída, regulación de actividad, entre otros. Este tipo de terapias muestran resultados prometedores en reducir recaídas y mejorar funcionalidad (Valdivieso, G., 2023). La terapia familiar también es eficaz en el tratamiento de estos trastornos, ya que involucran al entorno familiar, educación de la familia, estrategias de comunicación y prevención de recaídas. En la revisión de Hollon y Ponniah (2010) se señaló que esta terapia era eficaz como complemento al tratamiento farmacológico en trastornos bipolares. La terapia interpersonal y de ritmo social se centra en estabilizar los ritmos sociales (sueño, actividad, rutina) y la función interpersonal, lo que es importante en los trastornos bipolares, donde la desregulación del ritmo circadiano/actividad social puede precipitar episodios y también

suele resultar eficaz como complemento al tratamiento farmacológico (Hollon et al., 2010).

Hay algunas terapias más recientes como la terapia dialéctico-conductual y mindfulness que aún se están estudiando y analizando su posible eficacia para síntomas del estado de ánimo en trastornos bipolares, así como también posibles mejoras en el funcionamiento psicosocial y síntomas residuales depresivos, que si bien se encontró evidencia emergente, todavía es preliminar (Brett et al., 2023).

Entre otros tratamientos, la fototerapia puede ser útil en la depresión del trastorno bipolar tipo I, actuando probablemente como terapia complementaria. Asimismo, la estimulación magnética transcraneal, utilizada en algunos casos de depresión grave y resistente, ha mostrado eficacia en la depresión bipolar (Manual MSD, 2023).

2. Patrones del sueño

2.1 Sueño: definición y características

El sueño conforma un estado comportamental fundamental y de naturaleza cíclica, indispensable para el mantenimiento de la salud integral (OMS, 2004).

Este proceso constituye un fenómeno biológico dinámico, organizado en ciclos, que desempeña un rol esencial en el mantenimiento de la salud física y mental. Asimismo, cumple múltiples funciones fundamentales, entre las que se incluyen el crecimiento, la consolidación del aprendizaje y la memoria, la regulación sináptica, la regulación emocional y conductual, el fortalecimiento del sistema inmune y la eliminación de compuestos neurotóxicos del sistema nervioso central (Rana et al., 2019).

Como señala Borbély (1982), el modelo de dos procesos de regulación del sueño establece que la misma depende de dos factores principales: el proceso circadiano, controlado por el reloj biológico, y el proceso homeostático, que refleja la necesidad de sueño acumulada. La interacción entre ambos procesos fisiológicos regula el sueño, siendo el proceso circadiano, de carácter endógeno, el que organiza temporalmente el sueño a través del Sistema Circadiano (SC).

Este sistema es el responsable de coordinar los ritmos biológicos que operan en ciclos aproximados de 24 horas (Aschoff, 1965), permitiendo al sujeto ajustar sus procesos fisiológicos y conductuales a las actividades cotidianas del entorno.

El Sistema Circadiano (SC) tiene su núcleo de control en una estructura conocida como reloj biológico central, localizada en los núcleos supraquiasmáticos (NSQ) del hipotálamo anterior, justo por encima del quiasma óptico. Para conservar la estabilidad de los ritmos diarios, este sistema se ve influenciado por señales externas denominadas *zeitgebers* o sincronizadores. Entre estos se destacan la exposición a la luz, los horarios de alimentación y las interacciones sociales, los cuales modulan la fase y duración de los ritmos circadianos (Saavedra Torres, et al., 2013). Estas oscilaciones, generan la ritmicidad de los distintos procesos fisiológicos, como la actividad motora, la liberación de hormonas,

la regulación térmica corporal, las capacidades cognitivas, así como los ritmos relacionados con la ingesta de alimentos y el descanso nocturno (Levandovski, Sasso e Hidalgo, 2013).

Por otro lado, está el proceso homeostático, que incrementa la necesidad de sueño en función del tiempo de vigilia acumulado. Es decir, establece que tras un periodo prolongado de actividad, debe alcanzarse una cantidad mínima de sueño en términos de duración e intensidad para restaurar el equilibrio funcional del organismo (Murillo, 2012).

Existen dos estados comportamentales del sueño: el sueño No REM y el sueño REM (caracterizado por movimientos oculares rápidos). A lo largo de la noche, estos estados suceden favoreciendo tanto la restauración física como la recuperación cognitiva y emocional. El sueño No REM abarca desde la etapa de somnolencia inicial hasta el sueño profundo, mientras que el sueño REM se caracteriza por una elevada actividad cerebral y la presencia de ensoñaciones. Este proceso se organiza en ciclos de entre 90 y 120 minutos que se repiten entre cuatro y seis veces por noche, integrando fases de sueño No REM —que abarcan desde el sueño ligero hasta el sueño profundo, cruciales para la reparación celular y la consolidación de la memoria— y fases de sueño REM (Fabres, L ; Moya, P. 2021).

2.2 Dimensiones del sueño: duración, calidad y temporalidad

Existen tres dimensiones claves a tener en cuenta cuando se habla de un sueño saludable: la duración, la calidad y la temporalidad. La duración del sueño se refiere al total de horas que una persona permanece dormida dentro de un período de 24 horas (Makarem et al., 2019). Esta variable, esencial para el funcionamiento fisiológico y psicológico, ha mostrado una tendencia decreciente en las últimas décadas, especialmente en sociedades industrializadas, influida por factores como extensas jornadas laborales, el aumento del tiempo destinado al ocio y la creciente exposición a luz artificial, un factor principal que altera los ritmos circadianos (Covassin y Singh, 2016; Gallicchio & Kalesan, 2009).

La necesidad de sueño, sin embargo, no es la misma entre individuos. Factores como la edad, el nivel de actividad, el entorno sociocultural, la predisposición genética y el sexo influyen considerablemente en el tiempo que cada persona requiere para descansar adecuadamente (Makarem et al., 2019; Roenneberg et al., 2012). Aunque se considera que en adultos un rango de entre siete y nueve horas diarias es óptimo para mantener un buen estado de alerta durante la vigilia, existen perfiles de “menores durmientes” y “mayores durmientes” que, pese a desviarse de este promedio, no necesariamente presentan consecuencias clínicas negativas (Fabres y Moya, 2021).

Para una evaluación precisa y cuantificable de esta dimensión, se suelen utilizar preguntas de autorreporte, tales como: ¿Cuántas horas duerme normalmente cada noche?, ¿A qué hora generalmente se acuesta y se levanta los días laborales y los días no laborales?, entre otras que también contribuyen a la evaluación. Se puede decir que la duración del sueño constituye un parámetro clínicamente relevante, y por lo tanto una adecuada valoración es fundamental tanto para la promoción de la salud como para el diagnóstico diferencial de diversos trastornos del sueño.

Cabe destacar, que se han desarrollado herramientas como el Cuestionario de Múnich del Sueño (MCTQ), que aporta información sobre cronotipo y desajustes entre el reloj biológico y las demandas sociales, así como también el Índice de Calidad del Sueño de Pittsburgh (PSQI), que evalúa distintas dimensiones de la calidad de sueño, incluida su duración, y si bien ambas herramientas fueron desarrolladas para evaluar principalmente el cronotipo y la calidad de sueño, incluyen también la evaluación de la duración del sueño (Lomelí, 2008; Roenneberg et al., 2012).

La noción de calidad del sueño se concibe como un concepto complejo que abarca dimensiones tanto subjetivas como objetivas. Desde el plano subjetivo, refleja la percepción que la persona tiene de su experiencia de dormir, incluyendo la facilidad para conciliar el

sueño, la capacidad de mantenerlo durante la noche, la duración total alcanzada y la sensación de descanso al despertar (Stuart et al., 2022).

En términos clínicos y objetivos, la calidad del sueño se evalúa a través de parámetros específicos, tales como la eficiencia del sueño (proporción del tiempo en cama efectivamente dormido), la latencia para quedarse dormido, la duración total del sueño y la ausencia de despertares frecuentes tras su inicio. Para que el sueño sea considerado reparador, debe cumplir con determinadas características que combinan ambos aspectos: la sensación subjetiva de descanso matinal, la regularidad de los horarios de sueño y vigilia, la continuidad sin interrupciones significativas, la suficiencia en cuanto a la duración recomendada según la edad, y la adecuada alternancia de las fases de sueño No REM y REM, fundamentales para los procesos de recuperación física y cognitiva (Carskadon y Dement, 1989).

En este sentido, la calidad del sueño se reconoce como una construcción multidimensional, en la que coexisten apreciaciones personales y parámetros neurofisiológicos objetivables (Stuart et al., 2022). Ohayon et al. (2017) señalan como indicadores relevantes: la latencia del sueño, es decir el tiempo que tarda el sujeto en quedarse dormido luego de acostarse; tiempo de vigilia después del inicio del sueño (WASO), que mide el tiempo total que una persona permanece despierta después de haberse dormido inicialmente; SE (Sleep Efficiency) que representa la proporción del tiempo en la cama dedicada efectivamente al sueño; la relación entre el tiempo en cada fase del sueño y el tiempo total de sueño, y la cantidad y duración de despertares nocturnos. Para objetivar los parámetros neurofisiológicos del sueño y algunas de sus características, se emplean principalmente dos tipos de instrumentos. Por un lado, la polisomnografía (PSG) constituye el método de referencia para el estudio de la arquitectura del sueño, ya que permite registrar de manera simultánea la actividad cerebral mediante un electroencefalograma (EEG), los movimientos oculares a través de un electrooculograma (EOG) y la actividad muscular mediante electromiografía (EMG), además de incorporar

sensores complementarios que registran flujo respiratorio, oxigenación y movimiento corporal. Este procedimiento posibilita una evaluación precisa de las diferentes fases del sueño, los despertares nocturnos y las latencias. Por su parte, la actigrafía constituye una herramienta menos invasiva que registra el movimiento corporal para inferir los períodos de sueño y vigilia. A partir de estos datos se estiman parámetros como el tiempo total de sueño, la latencia, tiempo de vigilia después del inicio del sueño (WASO), la eficiencia del sueño y la frecuencia de despertares. Aunque no permite detectar con precisión microdespertares o diferenciar las fases del sueño, su principal ventaja radica en permitir registros prolongados en condiciones naturales, aportando una medida ecológicamente válida del ritmo actividad-reposo (Ohayon et al., 2017).

Algunas de las herramientas que se emplean actualmente en lo que respecta a apreciaciones personales son: el ya mencionado anteriormente PSQI, uno de los inventarios más completos y validados para evaluar la calidad del sueño en adultos. Evalúa tanto la calidad subjetiva del sueño como los patrones de sueño y los trastornos relacionados (Buysse et al., 1989). La escala de somnolencia de Epworth (Epworth Sleepiness Scale) que mide la somnolencia diurna excesiva con base en la probabilidad de quedarse dormido en diferentes situaciones diarias (Johns, 1991). Este constructo está relacionado indirectamente con la calidad del sueño, aunque la escala no mide directamente la calidad del sueño durante la noche.

El Cuestionario de Sueño de Michigan (MSSQ) es otra herramienta utilizada para la evaluación de la calidad del sueño y su relación con los trastornos del sueño. Además de evaluar la calidad del sueño, también mide la interferencia de los problemas de sueño con la vida diaria (Chervin et al., 2000). Factores como las variaciones circadianas individuales, el fenómeno de inercia del sueño y la posible falta de correspondencia entre las etapas del sueño analizadas complejizan su evaluación. Así, la medición de la calidad del sueño continúa siendo predominantemente subjetiva y su cuantificación con las herramientas actuales presenta cierta inconsistencia. Estas discrepancias se originan en que la calidad

del sueño depende de procesos fisiológicos complejos que no siempre se reflejan de manera directa en los instrumentos de autorreporte. Por un lado, las variaciones circadianas individuales generan diferencias en el ciclo de sueño–vigilia que pueden afectar cómo cada persona percibe su descanso, aun cuando los parámetros objetivos sean similares.

Además, el fenómeno de inercia del sueño (la transición temporal que ocurre al despertar y lleva a una disminución del rendimiento) puede distorsionar la percepción subjetiva del sueño, especialmente cuando la evaluación se realiza inmediatamente después de despertar. Finalmente, la falta de correspondencia entre las etapas del sueño medidas objetivamente y la experiencia subjetiva de descanso implica que los indicadores fisiológicos (como la proporción de cada fase del sueño) no siempre coinciden con cómo el individuo evalúa la calidad de su sueño. En conjunto, estos factores generan discordancias entre las medidas subjetivas y objetivas, limitando la precisión y la consistencia de las herramientas disponibles (McCarter et al., 2022). No obstante, estas medidas complementan y amplían la comprensión de la calidad del sueño.

Se entiende por temporalidad la organización temporal de un sujeto de todas sus actividades diarias, incluido el sueño. La temporalidad del sueño constituye un aspecto central en la comprensión clínica del proceso de dormir (Patel et al., 2024). Si bien es esperable que los seres humanos naturalmente estén activos durante el día y descansen por la noche, existe esta variabilidad individual en cuanto a la hora de preferencia para dormir, los niveles de alerta y la disposición para realizar actividades, influenciada por el cronotipo o tipología circadiana de cada persona (Machado et al., 2018). Dado que la temporalidad del sueño no solo depende de factores fisiológicos generales, sino también de variaciones individuales en la preferencia horaria, el estudio del cronotipo se vuelve fundamental para comprender cómo se organiza el ciclo sueño-vigilia en cada sujeto (Machado et al., 2018).

El cronotipo puede ser entendido como una inclinación individual hacia determinados horarios para llevar a cabo actividades cotidianas y dormir, ubicándose esta preferencia en

un espectro que va desde la tendencia matutina hasta la vespertina (Gaspar-Barba et al., 2009). Este rasgo presenta una distribución continua en la población: algunas personas muestran un patrón vespertino, con mejores niveles de rendimiento físico y cognitivo durante la tarde o la noche (frecuentemente denominados “búhos”), mientras que otras exhiben un perfil matutino, con mayor funcionamiento en las primeras horas del día (conocidas como “alondras”). Se estima que aproximadamente el 40 % de los adultos se identifica con alguno de estos dos extremos, mientras que el restante 60 % presenta características intermedias (Adan et al., 2012). Asimismo, el cronotipo se considera personal y subjetivo para cada individuo, reflejando la fase circadiana específica de cada sujeto (Levandovski, Sasso e Hidalgo, 2013).

La evaluación del cronotipo puede realizarse mediante diversos instrumentos estandarizados que indagan los horarios preferidos para la realización de actividades cotidianas y el momento habitual destinado al sueño (Levandovski, Sasso e Hidalgo, 2013). Uno de los cuestionarios más empleados con este fin es la Escala de Matutinidad-Vespertinidad (MEQ, por sus siglas en inglés), desarrollada por Horne y Östberg (1976), que tiene como propósito identificar en qué momento del día un individuo prefiere llevar a cabo determinadas tareas. Las puntuaciones elevadas en esta escala indican una inclinación hacia la matutinidad, mientras que las puntuaciones bajas son indicativas de un perfil vespertino. Otro de los cuestionarios que no puede faltar a la hora de evaluar esta dimensión del sueño es el Munich Chronotype Questionnaire (MCTQ), diseñado para medir el cronotipo de las personas basándose en sus horarios de sueño y vigilia en días laborables (“workdays”) y días libres (“free days”). Se focaliza en la diferencia entre los días con obligaciones sociales (trabajo, estudio) y los días libres para estimar la fase circadiana natural. Uno de los principales indicadores que se extraen del MCTQ es el *“midpoint of sleep on free days”* (MSF), es decir, el punto medio entre la hora de dormir y la hora de despertarse en los días libres, cuando no hay alarma o compromiso externo que obligue a despertarse temprano. Este punto medio es importante porque se considera

menos influenciado por presiones sociales. Además, para obtener una estimación más precisa del cronotipo, se aplica una corrección al punto medio de sueño para los días libres, para compensar la deuda de sueño acumulada durante los días de trabajo; esto ayuda a ajustar sesgos que ocurren si uno duerme más en los días libres para recuperar sueño atrasado (Roenneberg et al., 2003).

2.3 Impacto de las dimensiones del sueño en la salud mental

Estas tres dimensiones del sueño constituyen elementos fundamentales para el mantenimiento de la salud mental, dado que el descanso nocturno permite al cerebro procesar emociones, consolidar la memoria, regular el estado de ánimo y sostener un funcionamiento cognitivo óptimo. Durante el sueño, se generan nuevas conexiones neuronales que facilitan el aprendizaje y la retención de información, al mismo tiempo que se potencian habilidades como la atención, la toma de decisiones, la resolución de problemas y la creatividad. Se ha demostrado que la privación de sueño altera la actividad en diversas regiones cerebrales, dificultando la regulación emocional y conductual, la adaptación a cambios y el desempeño cognitivo, además de incrementar el riesgo de depresión, ideación suicida y conductas de riesgo (Murillo, 2012).

En el caso de niños y adolescentes, la falta de sueño se asocia con problemas en las interacciones sociales, impulsividad, irritabilidad, cambios de humor, tristeza, disminución de la motivación, dificultades de concentración y un menor rendimiento académico, acompañados de un aumento del estrés. Para los adultos, las fases de sueño profundo y REM resultan esenciales no solo para la consolidación de la memoria sino también para la adquisición de nuevas habilidades, mientras que su déficit repercute negativamente en la regulación emocional y en el rendimiento cognitivo general (Johri et al., 2025).

Promover un sueño adecuado constituye, por tanto, una estrategia clave para preservar la salud mental y el bienestar integral. Mantener horarios regulares de sueño y vigilia, crear un entorno propicio para el descanso, reducir la exposición a estimulantes y limitar el uso de dispositivos electrónicos antes de dormir son medidas que favorecen un sueño reparador. Así, dormir adecuadamente no debe considerarse un lujo, sino una necesidad básica imprescindible para garantizar la estabilidad emocional, la función cognitiva y el equilibrio global en la vida diaria (Johri et al., 2025).

3. Relación entre las principales dimensiones del sueño y los trastornos bipolares:

Impacto en la evolución clínica.

Los problemas del sueño suelen coexistir con frecuencia junto a trastornos psiquiátricos y conductas de salud desadaptativas. Gold y Sylvia (2016) destacan que las alteraciones del sueño desempeñan un papel central en la aparición, mantenimiento y recurrencia de los episodios afectivos en los trastornos bipolares, subrayando la importancia de considerar los patrones de sueño en la evaluación y tratamiento de estos trastornos.

Los trastornos del sueño son altamente prevalentes en personas con trastornos bipolares, independientemente del estado clínico en que se encuentren, incluyendo los períodos eutímicos (fase de estabilidad emocional en la que el estado de ánimo se mantiene dentro de rangos normales, sin síntomas de depresión ni manía). No obstante, el tipo de alteración varía en función del estado de ánimo predominante. Durante los episodios maníacos, la mayoría de los pacientes (66–99 %) presentan una disminución significativa de la necesidad de dormir, mientras que en los episodios depresivos se observa con frecuencia insomnio (40–85 %) e hipersomnia (23–78 %) (Takaesu, 2018). Numerosas investigaciones han mostrado que incluso durante la eutimia, las alteraciones del sueño persisten, manifestándose tanto insomnio residual como trastornos del ritmo sueño-vigilia, en particular los trastornos de fase retrasada, lo que sugiere la implicación de una desregulación circadiana en la fisiopatología de los trastornos bipolares (Takaesu, 2018).

La evidencia empírica también sugiere que las modificaciones en los patrones de sueño pueden preceder los cambios en el estado de ánimo, lo que refuerza la hipótesis de que la desregulación del sueño podría precipitar síntomas maníacos o depresivos y, en consecuencia, la emergencia de episodios afectivos. Asimismo, un estudio longitudinal de tres años demostró que la irregularidad en los zeitgebers sociales puede predecir la primera aparición de episodios de alteración del ánimo en individuos con riesgo de desarrollar trastornos bipolares (Takaesu, 2018). En esta misma línea, Bauer et al. (2006) informaron

que los cambios en el ciclo sueño-vigilia suelen anticiparse a las variaciones en el estado de ánimo, lo que sugiere que dichas alteraciones pueden actuar como desencadenantes de recaídas a lo largo del curso del trastorno.

Diversas líneas de evidencia indican que las alteraciones del sueño desempeñan un papel significativo en las recaídas de los trastornos bipolares. El contexto emocional en el que ocurren las alteraciones del sueño parece influir en la dirección de su efecto sobre el funcionamiento afectivo: la pérdida de sueño puede intensificar las emociones negativas frente a situaciones frustrantes y reducir las emociones positivas tras experiencias gratificantes. En conjunto, la evidencia revisada sugiere que los trastornos del sueño son comórbidos con los trastornos bipolares, que el sueño cumple un rol esencial en la regulación afectiva y en la calidad de vida, y que su alteración puede anticipar la aparición de nuevos episodios de estos trastornos (Harvey, 2008).

En relación con la duración y la calidad del sueño, se ha observado que las interrupciones de estas dimensiones se asocian estrechamente con los trastornos bipolares.

Tal como plantea Harvey (2008), a través de diferentes estudios se logró evidenciar que los pacientes con trastornos bipolares presentan una mayor latencia en el inicio del sueño y una variabilidad nocturna más elevada. Asimismo, se observó que la combinación entre la variabilidad del sueño medida por actigrafía, la latencia de inicio del sueño reportada subjetivamente y la duración subjetiva del sueño permitió identificar con un 84% de precisión el estado clínico de los trastornos bipolares, lo que subraya la relevancia de los parámetros del sueño como posibles marcadores clínicos y fisiológicos del curso de los trastornos.

Kivelä et al. (2018) destacan que el interés por la investigación de los cronotipos ha crecido exponencialmente en los últimos 20 años, reconociendo que la preferencia circadiana puede influir en la salud física y mental, tanto en términos de bienestar como de

enfermedad. Investigaciones recientes señalan que la inclinación hacia horarios matutinos o vespertinos no solo configura los hábitos de sueño, sino que además desempeña un papel crucial en la vulnerabilidad a trastornos psiquiátricos. Numerosos estudios han demostrado una relación significativa entre el cronotipo vespertino y los trastornos bipolares, indicando que los individuos con estos diagnósticos presentan con mayor frecuencia una preferencia por la actividad nocturna. Este resultado ha sido confirmado a través de metodologías tanto subjetivas como objetivas (Gębska et al., 2022).

La predominancia del cronotipo vespertino se asocia a una mayor presencia de síntomas depresivos y al uso de estabilizadores del estado de ánimo. De igual modo, la preferencia por la nocturnidad se vincula con una mayor susceptibilidad a la depresión, considerada un factor de vulnerabilidad para los trastornos bipolares. Es decir, la evidencia sugiere que el cronotipo vespertino se relaciona más directamente con la sintomatología depresiva que con las manifestaciones maníacas en pacientes con trastornos bipolares (Kivelä et al., 2018).

Conocer y reconocer el propio cronotipo resulta de especial relevancia, ya que permite adaptar los hábitos cotidianos con el fin de optimizar el bienestar y la productividad, aun teniendo en cuenta que este posee una base genética (Montaruli et al., 2021). Es decir que el vínculo entre los cronotipos y la salud mental evidencia la estrecha conexión entre el funcionamiento del reloj biológico interno y el bienestar psicológico. Las disfunciones del sueño en los trastornos bipolares ejercen un efecto adverso sobre su curso evolutivo, la calidad de vida de los pacientes y la eficacia de las intervenciones terapéuticas. Diversas investigaciones sostienen que dichas alteraciones se originan en una desregulación del sistema circadiano (proceso C) y la homeostasis sueño-vigilia (proceso S). En los episodios depresivos, los biomarcadores característicos comprenden una mayor fragmentación del sueño REM y una reducción de la latencia REM. Por su parte, en los episodios maníacos se observa una disminución de la latencia REM, un incremento del porcentaje de sueño en fase I, una mayor densidad REM, patrones de sueño fragmentados, una reducción del

tiempo total de sueño y un aumento del tiempo de vigilia en cama. Estos hallazgos subrayan la necesidad de desarrollar estrategias terapéuticas específicas orientadas a abordar las alteraciones del sueño en los trastornos bipolares (Gold; Sylvia, 2016).

A lo largo del curso clínico de estos trastornos, las irregularidades en los ritmos circadianos pueden funcionar como predictores tanto de la primera manifestación de los trastornos como de la recurrencia de episodios afectivos. En este sentido, se considera que los abordajes terapéuticos dirigidos a corregir las alteraciones del sueño y la desregulación circadiana, en conjunto con intervenciones farmacológicas, psicosociales y cronobiológicas, resultan esenciales para la prevención de recaídas (Takaesu, 2018).

Se ha sugerido que el tratamiento cronobiológico (centrado en optimizar las intervenciones terapéuticas interviniendo sobre los ritmos circadianos, incluyendo el ciclo sueño–vigilia, con el objetivo de restablecer su sincronización y estabilidad) resulta eficaz tanto para mejorar la sintomatología del estado del ánimo como para prevenir recaídas en los trastornos bipolares, a través de la regulación del sueño y la corrección de las alteraciones en diversos ritmos circadianos. Entre las intervenciones más frecuentes se incluyen la terapia de luz (fototerapia), utilizada para ajustar estos ritmos mediante la exposición controlada a luz brillante; la higiene del sueño y la estabilización de rutinas diarias, orientadas a fortalecer la regularidad de los ritmos; y, en algunos protocolos, la privación parcial del sueño, empleada como estrategia para el manejo de episodios depresivos. Estas intervenciones buscan corregir desajustes circadianos que contribuyen tanto a la sintomatología aguda como a la vulnerabilidad a recaídas, lo que respalda el papel central del sistema circadiano en la fisiopatología del trastorno bipolar. Esto refuerza la existencia de una relación estrecha entre la fisiopatología de estos trastornos y el sistema circadiano (Takaesu, 2018).

El litio continúa siendo uno de los fármacos de referencia en el tratamiento para la prevención de recaídas afectivas. Aunque su mecanismo estabilizador aún no se

comprende completamente, la evidencia actual señala un interés creciente en su acción reguladora sobre los ritmos circadianos. Por su parte, la melatonina, conocida como la “hormona del sueño”, representa una alternativa terapéutica para ajustar la desincronización entre el ciclo sueño-vigilia y otros ritmos biológicos en los trastornos bipolares. Si bien se debe seguir estudiando e investigando, diversas investigaciones han demostrado su eficacia tanto en la mejora de los trastornos del sueño como en la reducción de los síntomas del estado de ánimo asociados a estos trastornos (Takaesu, 2018).

La interacción entre estas dimensiones del sueño, las señales temporales externas (zeitgebers) y la regulación del estado de ánimo es compleja y bidireccional. Se ha propuesto que factores genéticos podrían contribuir a este vínculo, mientras que acontecimientos estresantes tempranos podrían participar en su patogénesis a través de la interacción entre predisposición genética y ambiente. En conjunto, estas alteraciones afectarían la sincronización circadiana, favoreciendo la inestabilidad de las señales temporales externas y la desregulación afectiva, lo que incrementa el riesgo de aparición y recurrencia de episodios bipolares (Takaesu, 2018).

Harvey (2008) propone una revisión analítica sobre cómo las alteraciones del sueño y de los ritmos circadianos están implicadas en el desarrollo, mantenimiento y recaída de los trastornos bipolares. Harvey plantea que el sueño y los ritmos circadianos no son solo síntomas secundarios, sino mecanismos centrales en estos trastornos. Dentro de los hallazgos principales de su estudio manifiesta que durante los episodios maníacos es extremadamente frecuente una disminución de la necesidad de dormir, con estimaciones que van de 69 % a 99 % de los pacientes presentando estas dificultades. En fase interepisódica (eutimia) los pacientes siguen mostrando alteraciones del sueño: latencia de inicio del sueño más prolongada, más fragmentación del sueño y mayor variabilidad nocturna, en comparación con controles sanos. Por otra parte, este autor afirma que la alteración del sueño es uno de los síntomas tempranos más comunes de la manía: más del 80 % de los pacientes identifican cambios en el sueño como el primer signo o manifestación

inicial antes de un episodio maníaco (Harvey, 2008). El autor plantea un modelo bidireccional en el que la alteración del sueño y de los ritmos circadianos deteriora la estabilidad del estado de ánimo durante el día, exacerbando el estado clínico del paciente, lo que a su vez produce una mayor perturbación del sueño nocturno. Este mecanismo da lugar a un “círculo vicioso” que perpetúa la desregulación emocional y de los patrones de sueño (Harvey, 2008).

Por otra parte, Steinan, et al. (2015) estudiaron a 563 personas que padecían trastornos bipolares (tipo I y II) en Noruega con el objetivo de determinar las tasas de distintos perfiles de sueño: insomnio, hipersomnia o sin problemas del sueño. Los resultados mostraron que el 42,6 % presentaba insomnio, el 29,1 % evidenciaba hipersomnia y el 28,2 % no presentaba alteraciones del sueño significativas. Dentro del grupo con insomnio, los problemas más frecuentes fueron la dificultad para conciliar el sueño (~36,4 %), los despertares tempranos (~35,0 %) y los despertares intermedios durante la noche (~18,5 %). Estos hallazgos subrayan la alta prevalencia y la heterogeneidad de las alteraciones del sueño en los trastornos bipolares, confirmando que tanto el insomnio como la hipersomnia constituyen manifestaciones clínicas relevantes en esta población. En cuanto a las asociaciones clínicas, el insomnio se presentó con mayor frecuencia en pacientes con trastorno bipolar tipo II. Por su parte, la hipersomnia se asoció predominantemente con TB tipo I (Steinan et al., 2015).

La relación entre el sueño y los trastornos bipolares presenta una complejidad considerable y continúa siendo objeto de estudio, ya que la naturaleza exacta de esta interacción aún no se comprende por completo (Zimal, 2023). Algunos autores sostienen que las alteraciones del sueño pueden constituir un factor de riesgo primario para el desarrollo de los trastornos bipolares, en tanto los patrones de sueño disfuncionales podrían inducir modificaciones en la neuroquímica cerebral que contribuyen a la aparición del cuadro. Otros investigadores, en cambio, plantean que los trastornos del sueño representan un síntoma secundario de los trastornos bipolares, dado que las fluctuaciones en el estado

de ánimo propias de los episodios maníacos o depresivos suelen repercutir directamente sobre los ritmos y la arquitectura del sueño.

Más allá del sentido causal de esta relación, existe consenso en que el abordaje de las alteraciones del sueño constituye una estrategia terapéutica eficaz dentro del tratamiento integral de los trastornos bipolares. Diversos estudios han evidenciado que las intervenciones centradas en el sueño, como la terapia cognitivo-conductual para el insomnio (TCC-I), favorecen la estabilidad del estado de ánimo, disminuyen la intensidad de los síntomas depresivos y maníacos, y mejoran la calidad de vida general de las personas afectadas (Zimal, 2023).

La TCC-I es una intervención psicoterapéutica que busca modificar los factores cognitivos y conductuales que perpetúan el insomnio. Incluye la enseñanza de técnicas de relajación, pautas de higiene del sueño y estrategias de reestructuración cognitiva destinadas a promover actitudes más funcionales hacia el descanso y reducir la ansiedad asociada a las dificultades para dormir. La evidencia empírica demuestra que la TCC-I es un tratamiento altamente eficaz para el insomnio en personas con trastorno bipolar, con beneficios adicionales en la estabilidad afectiva y la salud mental global.

Otras intervenciones vinculadas al sueño también pueden resultar beneficiosas para esta población, entre ellas el uso de medicación para dormir, la terapia de luz y la práctica regular de ejercicio físico en horarios adecuados. Los fármacos inductores del sueño pueden ser útiles para el alivio sintomático a corto plazo, aunque deben administrarse con precaución debido a que algunos compuestos pueden exacerbar los síntomas del estado de ánimo. La terapia de luz, por su parte, consiste en la exposición controlada a luz brillante durante un período determinado cada día y ha demostrado mejorar la estabilidad afectiva y reducir la sintomatología depresiva. Finalmente, el ejercicio regular se asocia con mejoras en la calidad del sueño y con una reducción de los síntomas de depresión y ansiedad (Zimal, 2023).

En conjunto, estos hallazgos refuerzan la importancia de priorizar la regulación del sueño como componente esencial del tratamiento de los trastornos bipolares. El abordaje sistemático de las alteraciones del sueño no solo contribuye a la estabilización del estado de ánimo y a la reducción de los episodios afectivos, sino que también repercute positivamente en la calidad de vida y el bienestar general de las personas que conviven con este trastorno (Zimal, 2023).

Conclusiones

Los trastornos bipolares son trastornos del estado de ánimo caracterizados por la presencia de episodios recurrentes de manía, hipomanía y depresión, que implican alteraciones significativas en la afectividad, la energía, la actividad y el funcionamiento global del individuo. Se trata de condiciones crónicas y episódicas que pueden manifestarse con distinta gravedad y duración, afectando de manera sustancial el desempeño social, laboral y la calidad de vida de quienes las padecen (American Psychiatric Association, 2014).

El sueño se define como un estado fisiológico recurrente de reposo y recuperación, caracterizado por cambios específicos en la actividad cerebral, la conducta motora y la percepción sensorial (Carskadon y Dement, 2017). Algunas de sus dimensiones principales son: la duración, es decir el total de horas que una persona permanece dormida dentro de un período de 24 horas (Makarem et al., 2019); la calidad, refiere por un lado a la percepción que la persona tiene de su experiencia de dormir y por otro es medido en términos de diversos parámetros objetivos como la latencia y la eficacia del sueño, entre otros (Carskadon y Dement, 1989); y la temporalidad, la organización temporal de un sujeto de todas sus actividades diarias, incluido el sueño (Patel et al., 2024). Estas dimensiones permiten una evaluación integral del sueño, tanto en contextos clínicos como de investigación, y resultan especialmente relevantes al analizar su relación con diferentes trastornos psiquiátricos como los trastornos bipolares.

El estudio sobre la relación entre estas dimensiones del sueño y los trastornos bipolares permite comprender la relevancia del sueño como un componente fundamental en la regulación emocional, cognitiva y fisiológica de las personas que presentan estos cuadros clínicos. La evidencia revisada a lo largo del trabajo señala que las alteraciones del sueño no solo constituyen un síntoma frecuente en las distintas fases de los trastornos bipolares,

sino que también pueden desempeñar un papel crucial, y por tanto, un factor influyente en la aparición, mantenimiento y recaída de los episodios afectivos.

Las alteraciones en los ritmos circadianos y en la arquitectura del sueño se presentan como posibles marcadores de vulnerabilidad dentro del espectro bipolar, afectando tanto la estabilidad del estado de ánimo como el funcionamiento psicosocial. En este sentido, los trastornos del sueño, al incidir negativamente sobre la calidad de vida, la regulación afectiva y el desempeño cognitivo, contribuyen al agravamiento del curso clínico y al aumento de las recaídas.

A pesar de los avances en las investigaciones respecto al tema, siguen habiendo algunas interrogantes, sin embargo, la evidencia disponible sugiere que, aunque el sueño ya se encuentra afectado durante los períodos interepisódicos, estas alteraciones tienden a intensificarse antes de un episodio y alcanzan su mayor gravedad durante estos.

De cara al futuro, resulta imprescindible el desarrollo de investigaciones que integren mediciones objetivas y subjetivas del sueño —como la polisomnografía, la actigrafía y los autorreportes—, permitiendo evaluar de manera conjunta la fisiología del sueño, el funcionamiento durante el día y la percepción subjetiva de su duración, calidad y temporalidad.

Asimismo, el diseño de más estrategias terapéuticas complementarias al tratamiento farmacológico y psicosocial, que contemplen intervenciones cronobiológicas orientadas a optimizar el sueño y regularizar los ritmos circadianos, se presenta como una línea prometedora para mejorar la evolución clínica y la recuperación funcional en los trastornos bipolares.

En suma, abordar las dimensiones del sueño desde una perspectiva integral no solo amplía la comprensión de los trastornos bipolares, sino que también ofrece oportunidades

valiosas para la prevención de recaídas, la mejora del bienestar y el fortalecimiento de la salud mental en general.

Referencias

- Adan, A., Archer, S. N., Hidalgo, M. P., Di Milia, L., Natale, V., & Randler, C. (2012). *Circadian typology: A comprehensive review. Chronobiology International*, 29(9), 1153–1175.
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-5* (5.^a ed.). Editorial Médica Panamericana.
- Aschoff, J. (1965). Circadian rhythms in man: A self-sustained oscillator with an inherent frequency underlies human 24-hour periodicity. *Science*, 148(3676), 1427–1432.
- Bauer, M., Grof, P., Rasgon, N., Bschor, T., Glenn, T., & Whybrow, P. C. (2006). *Temporal relation between sleep and mood in patients with bipolar disorder. Bipolar Disorders*, 8(2), 160–167.
- Becoña, E., & Lorenzo, M. D. C. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno bipolar. *Psicothema*, 13(3), 511–522. Recuperado de <https://reunido.uniovi.es/index.php/PST/article/view/7903/7767>
- Borbély, A. A. (1982). A two process model of sleep regulation. *Human Neurobiology*, 1(3), 195–204.
- Brancati, J. E., Nunes, A., Scott, K., O'Donovan, C., Cervantes, P., Grof, P., & Alda, M. (2023). Differential characteristics of bipolar I and II disorders: a retrospective, cross-sectional evaluation of clinical features, illness course, and response to treatment. *International Journal of Bipolar Disorders*, 11, 25.
- Buysse, D. J., Reynolds III, C. F., Monk, T. H., Berman, S. R., & Kupfer, D. J. (1989). The Pittsburgh Sleep Quality Index: A new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Research*, 28(2), 193–213.
- Carskadon, M. A., & Dement, W. C. (2011). Monitoring and staging human sleep. In M. H. Kryger, T. Roth, & W. C. Dement (Eds.), *Principles and practice of sleep medicine* (5th ed., pp. 16–26). Elsevier Saunders.

- Chervin, R. D., Hedger, K., & Dillon, J. (2000). The Michigan Sleep Survey: A tool for assessing sleep problems and their effects on daytime functioning. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 1(2), 177–183.
- Covassin, N., & Singh, P. (2016). Sleep duration and cardiovascular disease risk: Epidemiologic and experimental evidence. *Sleep Medicine Clinics*, 11(1), 81–89.
- Fabres, L., & Moya, P. (2021). Sueño: conceptos generales y su relación con la calidad de vida [Sleep: General concepts and their relationship with quality of life]. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 32(5), 527–534.
- Gallicchio, L., & Kalesan, B. (2009). Duración del sueño y mortalidad: Una revisión sistemática y un metaanálisis. *Journal of Sleep Research*, 18(2), 148–158.
- Gaspar-Barba, E., Calati, R., Cruz-Fuentes, C. S., Ontiveros-Urbe, M. P., Natale, V., De Ronchi, D., & Serretti, A. (2009). Depressive symptomatology is influenced by chronotypes. *Journal of Affective Disorders*, 119(1–3), 100–106.
- Gold, A. K., & Sylvia, L. G. (2016). El papel del sueño en el trastorno bipolar. *Nature and Science of Sleep*, 8, 207–214.
- Harvey, A. G. (2008). Sleep and circadian rhythms in bipolar disorder: Seeking synchrony, harmony, and regulation. *American Journal of Psychiatry*, 165(7), 820–829.
- Hollon, S. D., & Ponniah, K. (2010). *A review of empirically supported psychological therapies for mood disorders in adults*. *Depression and Anxiety*, 27(10), 891–932.
- Johri, K., Pillai, R., Kulkarni, A., & Balkrishnan, R. (2025). Effects of sleep deprivation on the mental health of adolescents: A systematic review. *Sleep Science and Practice*, 9.
- Johns, M. W. (1991). A new method for measuring daytime sleepiness: The Epworth Sleepiness Scale. *Sleep*, 14(6), 540–545.
- Jones, B. D. M., Umer, M., Kittur, M. E., Finkelstein, O., Xue, S., Dimick, M., Ortiz, A., Goldstein, B. I., Mulsant, B. H., & Husain, M. I. (2023). *A systematic review on the effectiveness of dialectical behaviour therapy for improving mood symptoms in bipolar disorders*. *International Journal of Bipolar Disorders*, 11 (6).

- Kivelä, L., Papadopoulos, M. R., & Antypa, N. (2018). *Chronotype and psychiatric disorders. Current Sleep Medicine Reports*, 4(3), 94–103.
- Levandovski, R., Sasso, E., & Hidalgo, M. P. (2013). Chronotype: A review of the advances, limits and applicability of the main instruments used in the literature to assess human phenotype. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 35(1), 3–11.
- Lomelí, H. A., et al. (2008). *Sleep evaluation scales and questionnaires: A review. Actas Españolas de Psiquiatría*, 36(1), 50–59.
- Machado Rojas, A., Díaz López, I. R., & de la Torre Santos, M. E. (2018). Un breve acercamiento al cronotipo humano. *Medicentro Electrónica*, 22(1), 103–107.
- Manual MSD. (2023). *Trastornos bipolares*. En *Manual MSD versión para profesionales*. Recuperado de <https://www.msdmanuals.com/es/professional/trastornos-psiquiátricos/trastornos-del-estado-de-ánimo/trastornos-bipolares>
- Martínez Hernández, O., Montalván Martínez, O., & Betancourt Izquierdo, E. (2019). *Trastorno Bipolar*. Consideraciones clínicas y epidemiológicas. *Revista Médica Electrónica*, 41(2), 467-496.
- McCarter, S. J., Hagen, P. T., St. Louis, E. K., Rieck, T. M., Haider, C. R., Holmes, D. R., & Morgenthaler, T. I. (2022). Physiological markers of sleep quality: A scoping review. *Sleep Medicine Reviews*, 64, 101657.
- Montaruli, A., Sanna, S., Cherubino, F., & de Tommaso, G. (2021). Biological rhythm and chronotype: New perspectives in health. *Frontiers in Neuroscience*, 15, 755543.
- Murillo-Rodríguez, E., Arias-Carrion, O., Zavala-Garcia, A., Sarro-Ramirez, A., Huitron-Resendiz, S., Arankowsky-Sandoval, G. (2012). Basic sleep mechanisms: An integrative review. *Central Nervous System Agents in Medicinal Chemistry*, 12(1), 38–54.
- Ohayon, M., Wickwire, E. M., Hirshkowitz, M., Albert, S. M., Avidan, A., Daly, F. J., Dauvilliers, Y., Ferri, R., Fung, C., Gozal, D., Hazen, N., Krystal, A., Lichstein, K. L., Mallampalli, M., Plazzi, G., Rawding, R., Scheer, F. A., Somers, V. K., & Vitiello, M. V.

- (2017). National Sleep Foundation's sleep quality recommendations: First report. *Sleep Health*, 3(1), 6–19.
- Patel, R. S., Virani, S., Saeed, H., Nimmagadda, S., Talukdar, J., & Youssef, N. A. (2018). Gender differences and comorbidities in U.S. adults with bipolar disorder. *Brain Sciences*, 8(9), 168.
- Rana, M., & Torres, A. R. (2019). Sleep in children: Physiology and update of a literature review. *Medicina*, 79, 25–28.
- Roenneberg, T., Pilz, L. K., Zeribini, G., & Winnebeck, E. C. (2019). Cronotipo y jetlag social: Una revisión (auto)crítica. *Biology (Basel)*, 8(3), 54.
- Saavedra Torres, J. S., Zúñiga Cerón, L. F., Navia Amézquita, C. A., & Vásquez López, J. A. (2013). *Ritmo circadiano: el reloj maestro. Alteraciones que comprometen el estado de sueño y vigilia en el área de la salud* [Circadian rhythm: the master clock. Alterations involving the state of sleep and wakefulness in the area of health]. *Morfología*, 5(3).
- Steinan, M. K., Scott, J., Lagerberg, T. V., Melle, I., Andreassen, O. A., Vaaler, A. E., & Morken, G. (2015). Sleep problems in bipolar disorders: More than just insomnia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 133(5), 368–377.
- Takaesu, Y. (2018). *Circadian rhythm in bipolar disorder: A review of the literature*. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 72(9), 673–682.
- Valdivieso-Jiménez, G. (2023). *Eficacia de la Terapia Cognitiva Conductual para el Trastorno Bipolar: una revisión sistemática*. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 52(3), 213–224.
- Vázquez, G. H. (2014). *Los trastornos bipolares hoy: más allá del DSM-5*. *Psicodebate*, 14(2), 9-24.