

“Trastornos de

del Estado de Ánimo

Trastornos Afectivos



- Depresión Mayor
- Distimia

- Bipolaridad
- Ciclotimia

DISTIMIA

- Se caracteriza por:
- **ESTADOS DEPRESIVOS MUY PROLONGADOS, PRACTICAMENTE CRÓNICOS, QUE SIN LLEGAR A CUMPLIR LOS CRITERIOS EXIGENTES DEL EPISODIO DEPRESIVO MAYOR SE CARACTERIZAN POR LA PRESENCIA DE IMPORTANTES SÍNTOMAS DEPRESIVOS.**
- **NO TIENE LA RELEVANCIA DEL TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR, MUESTRA UNA SINTOMATOLOGÍA SEMEJANTE PERO MENOS GRAVE, CON ESTADOS DEPRESIVOS CRONICOS LA MAYOR PARTE DEL DÍA Y RARA VEZ REQUIERE HOSPITALIZACIÓN.**
- **EN GENERAL UN EPISODIO SE MANTIENE NO MENOS DE DOS MESES.**

DISTIMIA: síntomas

- **PRESENCIA DURANTE UN PERÍODO MAYOR A 2 AÑOS DE UN ESTADO DE ÁNIMO TRISTE PRACTICAMENTE A DIARIO. PUEDE SER DE COMIENZO TEMPRANO O TARDÍO, SEGÚN LA APARICIÓN DEL CUADRO. SE COMIENZA A DIAGNOSTICAR A PARTIR DE LOS 21 AÑOS.**
- **ACTUALMENTE SE HABLA DE DISTIMIA A LOS 12 AÑOS (DE TIPO JUVENIL)**
- **LOS SÍNTOMAS CAUSAN UN MALESTAR CLINICAMENTE SIGNIFICATIVO O DETERIORO SOCIAL, LABORAL O DE OTRAS ESFERAS DE LA ACTIVIDAD DEL INDIVIDUO.**
- **EPIDEMIOLOGÍA: AFECTA MÁS A LA POBLACIÓN MÁSCULINA: CADA 4 HOMBRES UNA MUJER.**

CICLOTIMIA

- SE CARACTERIZA POR PRESENTAR UN PATRÓN SEMEJANTE A LOS TRASTORNOS BIPOLARES, PERO CON UNA SINTOMATOLOGÍA MENOS GRAVE Y MÁS CONTINUADA A LO LARGO DEL TIEMPO.
- NORMALMENTE PRESENTA PERÍODOS BREVES(ENTRE 2 Y 6 DÍAS) CON DEPRESIÓN Y EUFORIA ALTERNANTES.
- SE DA CON FRECUENCIA EN PACIENTES PSIQUIÁTRICOS AMBULATORIOS.

Ciclotimia: Síntomas

2 años en adultos

1 año en niños

- Los pacientes tienen al menos durante 2 años síntomas “hipomaníacos y numerosos episodios de síntomas depresivos” que no llegan al fondo de un Episodio Depresivo Mayor.
- En niños : se presentan más síntomas de hipomanía que de depresión. La duración de los síntomas debe ser de al menos 1 año.
- Los estados de ánimo fluctúan de manera crónica y son suficientes para interferir en el funcionamiento de la persona.
- Sin tratamiento corren el riesgo de desarrollar el trastorno Bipolar I o II

TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR

- **Nunca hubo episodios maníacos o hipomaníacos en la vida del sujeto.**
- **Etapas Prodrómicas: síntomas ansiosos, depresivos leves (de semanas a meses).**
- **Desarrollo del episodio: síntomas por 6 meses o más.**

• SINTOMATOLOGÍA

- **Afectividad:** apatía, tristeza, culpa, autoreproches, hipersensibilidad, irritabilidad, anhedonia, hipotimia.
- **Anímicos:** Sentimiento de abatimiento, pesadumbre e infelicidad. Irritabilidad, sensación de vacío. Nerviosismo.
- **Problemas de sueño:** Insomnio, también puede haber Hipersonmia.
- En algunos casos de trata de síntomas más bien leves y en otros existen deseos o intentos de suicidio.

CASO I



Fig. 15.1-2. Una mujer de 38 años durante un estado de depresión profunda (A) y dos meses después, tras la recuperación (B). A destacar, la peculiar inclinación hacia abajo de las comisuras de sus labios, su postura encorvada, su vestimenta descuidada y su pelo durante el episodio depresivo. (Cortesía de Heinz E Lehmann, M.D.)

la existencia de sentimientos depresivos y no parecen estar especialmente deprimidos. Estos pacientes suelen consultar debido a la presión que ejercen sobre ellos familiares y compañeros que sí detectan su aislamiento social y la reducción generalizada de su nivel de actividad.

Lenguaje. Muchos pacientes deprimidos evidencian una reducción en la velocidad y volumen de su discurso, respondiendo a las preguntas con monosílabos y demostrando

una importante latencia de respuesta. El examinador puede estar esperando, literalmente, dos o tres minutos a que el paciente responda.

Algunos especialistas también utilizan la expresión "síndrome de Veraguth" para referirse a los pacientes profundamente deprimidos.

“Pliegue de Veraguth”, en depresión mayor

CASO II



Veraguth. El neuropsiquiatra suizo Otto Veraguth describió un peculiar pliegue en forma de triángulo en el ángulo nasal del párpado superior. El pliegue suele asociarse a la depresión y se denomina pliegue de Veraguth. La fotografía ilustra esta característica fisiognómica en un varón de 50 años durante un episodio depresivo mayor. Este pliegue también puede observarse en personas que no están clínicamente deprimidas, normalmente cuando presentan un humor sólo levemente deprimido. Distintos cambios en el tono de los músculos faciales corrugador y cigomático acompañan a la depresión, como lo demuestran los electroencefalogramas. (Cortesía de Heinz E Lehmann, M.D.)

Depresión: EPISODIO DEPRESIVO MAYOR (E.P.M.)

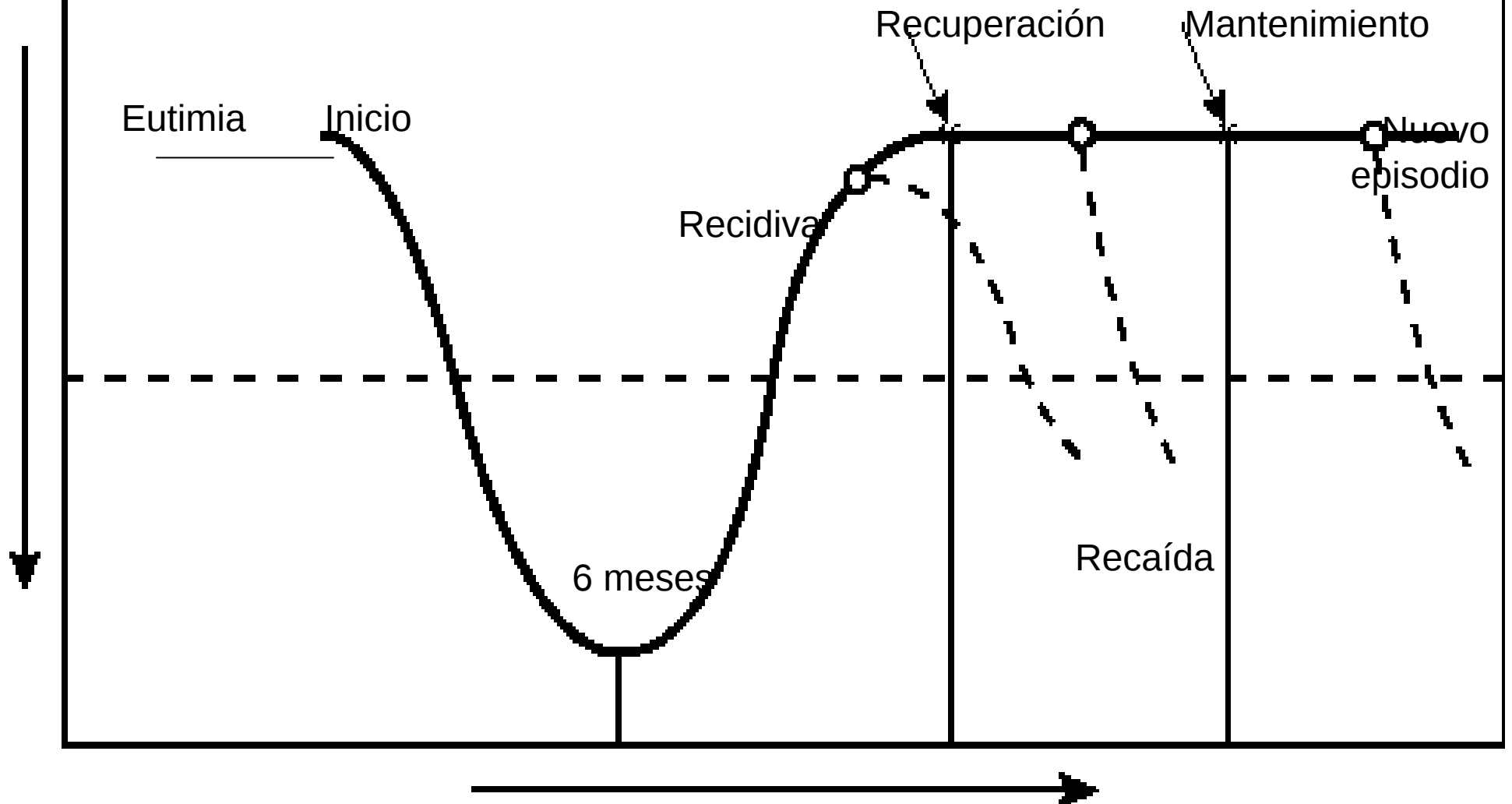
CASO I: Paciente de 38 años con E.D.M antes y después de 2 meses de tratamiento.

CASO II: Paciente 58 años con E.D.M, muestra la característica fisiognómica del P de V

- Otto Veraguth: describió un peculiar pliegue en forma de triángulo en el ángulo nasal: “Pliegue de Veraguth”, que también puede observarse en una persona cuando su humor está levemente deprimido, también llamada fisonomía o expresión en “*omega melancólica*”

- Motricidad: abulia, apatía (lentitud y torpeza motoras)
- Pensamiento: bradipsiquia. Ideas de: desvalorización, ruina y muerte.
- Pérdida importante de la energía vital.
- El deterioro alcanza todas las esferas de su vida laboral, afectiva, sexual y social. En muchos casos se abandonan los estudios y el trabajo. Tomar decisiones cotidianas puede convertirse en una tarea inalcanzable.
- En su forma más grave:
- RETARDO PSICOMOTOR → ENLENTECIMIENTO GENERALIZADO DE LAS RESPUESTAS MOTORAS, EL HABLA, EL GESTO Y UNA INHIBICIÓN MOTIVACIONAL CASI ABSOLUTA. EN LOS CASOS EXTREMOS, ESTE RETARDO PUEDE LLEGAR AL **ESTUPOR DEPRESIVO**, UN ESTADO CARACTERÍSTICO POR MUTISMO Y PARÁLISIS MOTORA CASI TOTALES Y MUY SIMILAR AL **ESTUPOR CATATÓNICO**.

EPISODIO DEPRESIVO MAYOR



Trastorno Afectivo Estacional o Depresión Estacional

- Es una forma de depresión que se caracteriza por la aparición de episodios depresivos recurrentes estrechamente vinculados a determinadas estaciones del año que ‘coexisten’ con estados de ánimo normales durante el resto del año.
 - Se han identificado dos patrones estacionales de este tipo de Trastorno Depresivo:
 - A) Un tipo de aparición otoñal, que es el más habitual, conocido como **‘Depresión Invernal’**, en el que los principales episodios depresivos comienzan hacia finales del otoño y primeros meses del invierno y desaparecen durante los meses de verano.
 - B) Un tipo de aparición primaveral, menos común denominado **‘Depresión Veraniega’**, en el que el episodio depresivo comienza hacia finales de la primavera y primeros meses del verano.
- Por regla general aparece por primera vez durante la etapa adulta temprana (la edad promedio de aparición se sitúa sobre los 23 años aprox.) y se presenta predominantemente en mujeres, con una frecuencia cuatro veces mayor que en los hombres.*

Depresión? O Depresiones?

**Trast.
Adapativo**

**Depresión
Típica**

**Depresión
Atípica**

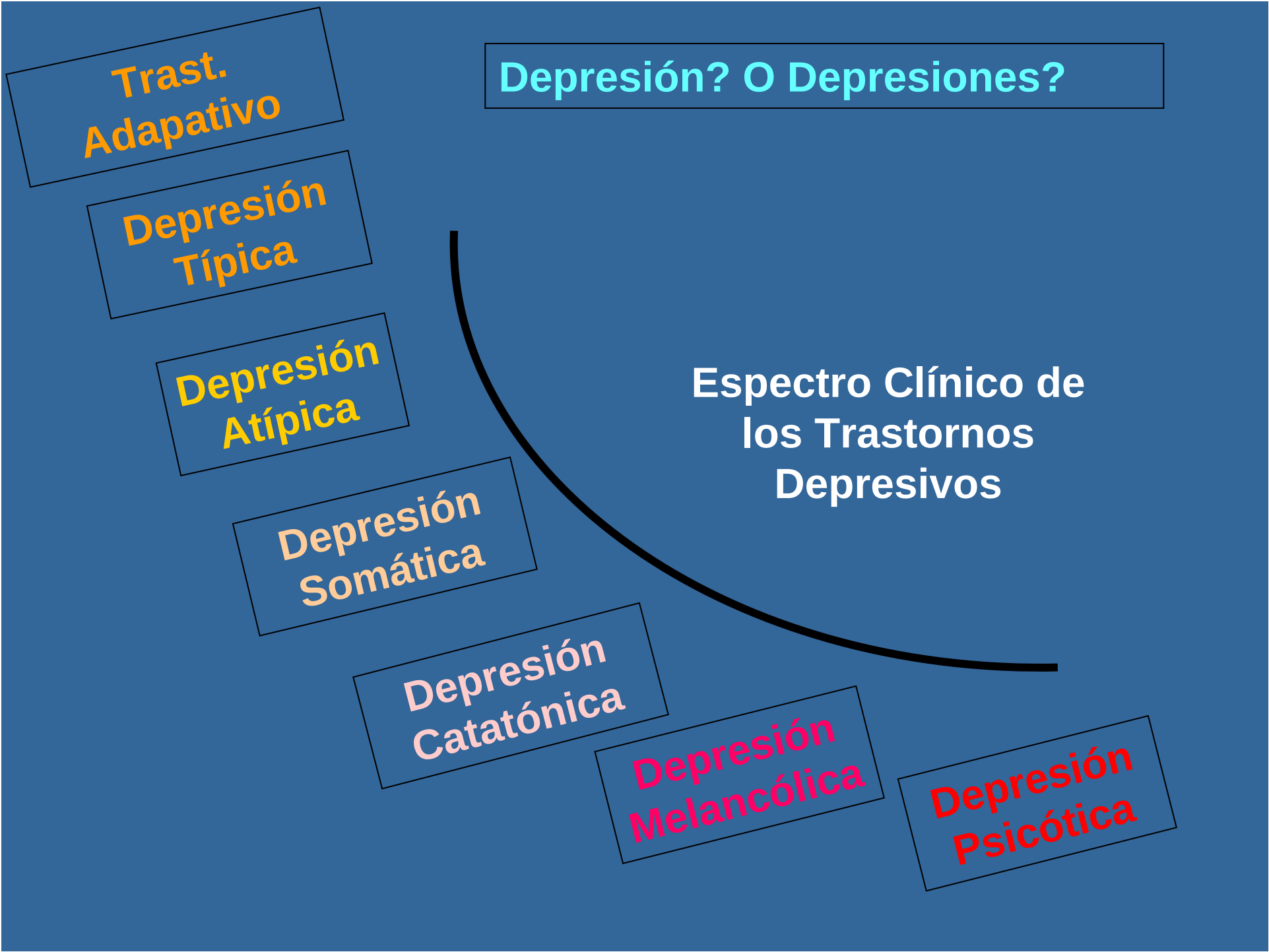
**Depresión
Somática**

**Depresión
Catatónica**

**Depresión
Melancólica**

**Depresión
Psicótica**

**Espectro Clínico de
los Trastornos
Depresivos**



**Trast.
Adapativo**

Disminución general de la energía vital.

Disminución de la capacidad de trabajo y deterioro de las relaciones sociales.

Síntomas

**Tristeza, llanto, desgano,
Insomnio, irritabilidad,
falta de apetito.**

Depresión Típica

Disminución general de la energía vital.

Disminución de la capacidad de trabajo y deterioro de las relaciones sociales.

Tristeza, llanto, desgano, Insomnio, irritabilidad, falta de apetito.

Trastornos ideativos: desinterés en la vida, ideación de morir por alguna causa, ideación muerte.

Valoración de la severidad del cuadro

Depresión Atípica

Típicos de este tipo de Depresión

Disminución general de la energía vital.

Disminución de la capacidad de trabajo y deterioro de las relaciones sociales.

Tristeza, llanto, desgano, irritabilidad.

“Hipersomnia”

“Aumento del apetito”

Aumento de peso

Polo matutino

Trastornos ideativos: desinterés en la vida, ideación de morir por alguna causa, ideación muerte.

Valoración de la severidad del cuadro.

Depresión Somática

Disminución general de la energía vital.

Disminución de la capacidad de trabajo y deterioro de las relaciones sociales.

Desgano.

Queja Somática

Trastornos ideativos: Ideación de enfermedades médicas. Pensamientos divergentes asociados a complicaciones de las enfermedades que creen padecer.

Depresión Catatónica

Disminución general de la energía vital.

Disminución de la capacidad de trabajo y deterioro de las relaciones sociales.

**Signos y Síntomas de la Serie
Catatónica: Estupor catatónico,
flexibilidad cerea, etc.**

El cuadro catatónico se instala en la evolución del curso de una depresivo.

Depresión Psicótica

Disminución general de la energía vital.

Disminución de la capacidad de trabajo y deterioro de las relaciones sociales.

Presencia de Ideación Delirante

**Eventuales Trastornos Sensoperceptivos
de la serie Psicótica relacionados con
cuestiones somáticas**

Trastornos Afectivos en Situaciones Especiales

Depresión Posparto

Depresión Crónica

Depresión Resistente

Depresión Presenil

Depresión Senil

Diagnóstico : Incluir la Evaluación Clínica del riesgo de suicidio

- Los trastornos del estado de ánimo son los que presentan más incidencia respecto a la Epidemiología del suicidio. El riesgo de que un paciente depresivo intente suicidarse debe ser considerado dentro de la evaluación clínica, en la que debe incluirse la comunicatividad del deseo de hacerlo ya sea de forma explícita o implícita (etapa de ideación suicida).
- “NO GUIARSE POR MITOS SOCIALES COMO CREER QUE EL QUE “DICE QUE SE VA A SUICIDAR, NO LO HACE”, PORQUE HAY PERSONAS QUE LO DICEN Y SE MATAN”
- Los estudios efectuados durante los últimos 50 años, predicen que de cada 100 suicidios, 80 serían pacientes con un trastorno del estado de ánimo.

Charlie Parker (1920-1955) fue el más grande solista del saxo alto y el mas grande improvisador de la historia del jazz.



Fue hospitalizado por su depresión en 1946 hasta 1947 en el hospital del Camarillo (California).

ADOLFO COUVE: “El Iluminista” pintor y escritor (1940-1998).



Esa soledad por la que él había optado lo dañaba irremediablemente. Vivir le provocaba angustia. Un dolor tremendo. Se alejó de toda su familia. Estuvo en tratamiento psiquiátrico por su depresión y fue hospitalizado. Al momento de su muerte la cuenta telefónica de Cartagena registraba 65 llamadas a un primo hermano psiquiatra. Llamadas de una hora. El del 11 de marzo, su tercer intento de suicidio. Antes lo había hecho colocándose una bolsa plástica en la cabeza, luego la llave del gas y, finalmente, consumó el acto suicida, saltando al vacío con la soga al cuello el 11 de Marzo de 1998

Diagnóstico Diferencial entre Depresión y Demencia Senil

- Edad de comienzo de la Demencia Senil: 65 años aproximadamente.
- El curso de acuerdo con la terapéutica puede ser, progresivo, estático o reversible (hipotiroidismo, hematoma subdural, hidrocefalia normotensiva).
- Modificaciones en la personalidad (alteración o acentuación de rasgos premórbidos).
- Deterioro del pensamiento abstracto , y de la capacidad de juicio
- Pruebas evidentes de deterioro de la memoria a corto y largo plazo

Diagnóstico Diferencial entre Depresión y Demencia

- La mayor parte de los ancianos presentan problemas de índole orgánica, trastornos de la memoria y concentración, y falta de impulso vital, distrayendo la atención del médico sobre la Depresión y dirigiéndola hacia síndromes cerebrales orgánicos y afecciones somáticas. Aún cuando se sospeche la presencia de una Depresión se requiere de estudios de laboratorio adecuados y un examen físico minucioso, ya que la Depresión puede ser una manifestación de otras entidades de origen orgánico.

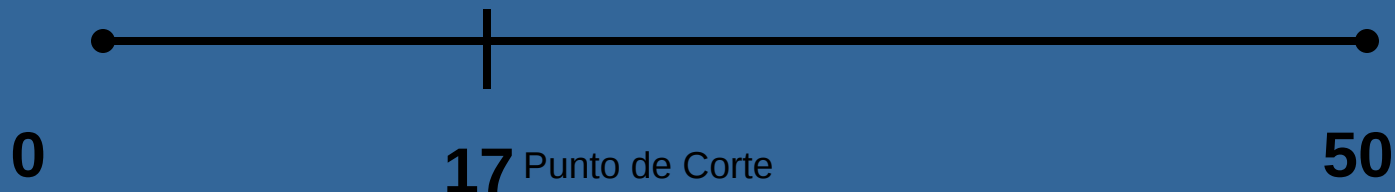
Afecciones más comunes en los ancianos

- Dentro del grupo de las afecciones que pueden producir o presentarse como una **depresión** se incluye el hipertiroidismo, hipotiroidismo, enfermedad de Cushing, enfermedad de Addison, diabetes, insuficiencia cardíaca congestiva, enfermedad de Parkinson idiopática, lesiones, neoplasias, desnutrición y fármacos . Aunque es necesario diagnosticar y tratar tales afecciones, la presencia de una patología orgánica concomitante o precipitante no debe detener el diagnóstico y tratamiento de la **depresión**. A menudo la desaparición de la **depresión** aclara el cuadro de la enfermedad orgánica, permitiendo tratarla con mayor facilidad o, de hecho, convivir mejor con ella.

Definición de Respuesta al Tratamiento Psicofarmacológico Antidepresivo

Lectura crítica de los estudios de eficacia

Disminución del 50% en la escala de Hamilton



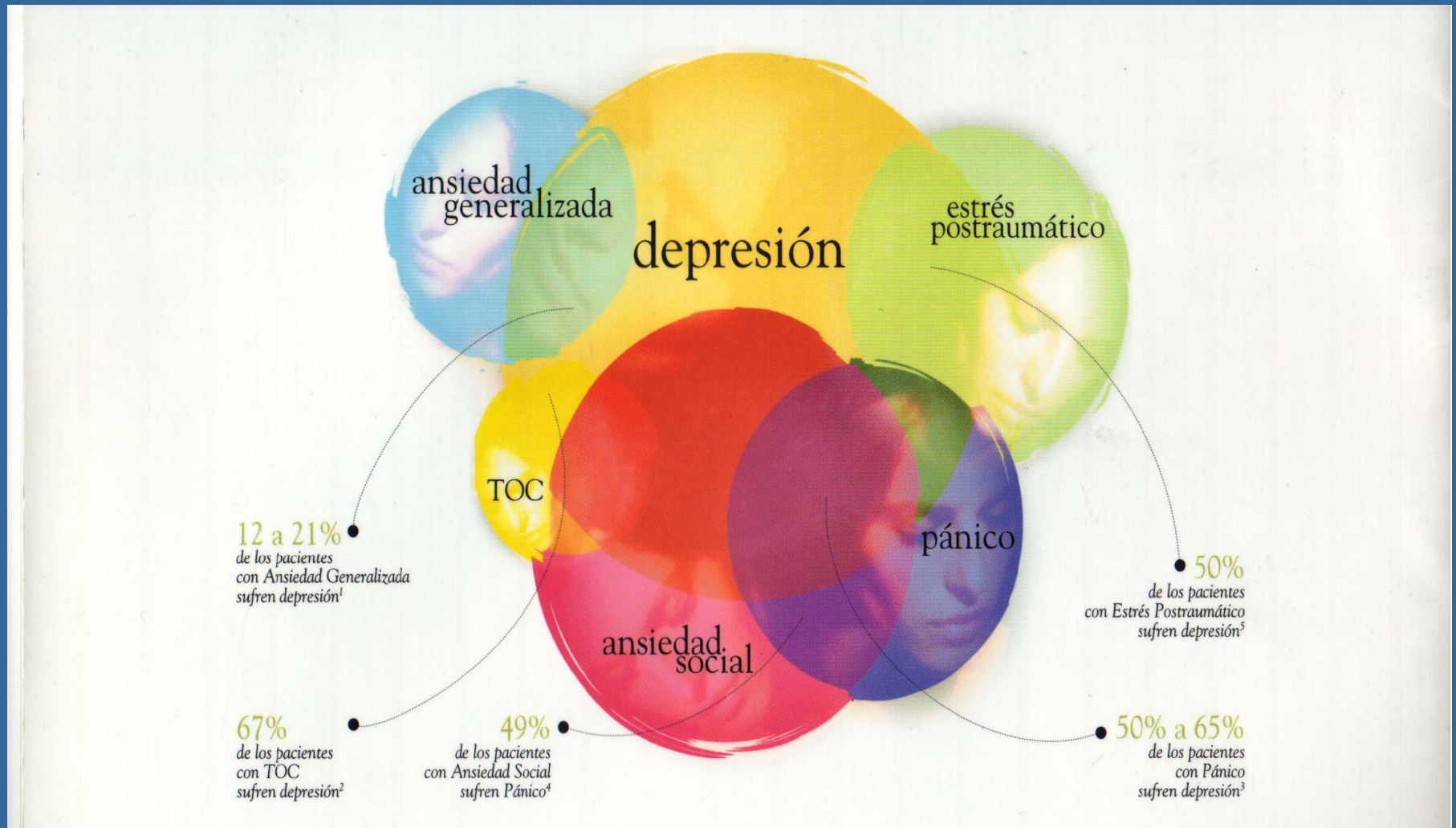
Definición de Remisión

Menos de 8 en la escala de Hamilton

Eutimia

La presencia de síntomas
residuales es el principal
factor de riesgo de futuros
episodios depresivos

Comorbilidad de la Depresión



TRASTORNO BIPOLAR: UNA ENFERMEDAD en aumento



BIPOLARIDAD



La enfermedad bipolar es un trastorno que comienza a manifestarse en edades tempranas. Como casi todas las enfermedades mentales graves, no aparecen signos orgánicos asociados de relevancia como para confirmar un diagnóstico, pero se considera que existe un desequilibrio químico a nivel de neurotransmisores cerebrales.

BIPOLARIDAD

- El trastorno Bipolar ,se caracteriza por la aparición de **episodios de manía (existan o no episodios depresivos)**. Por el contrario, los **TRASTORNOS UNIPOLARES DEPRESIVOS** se caracterizan porque el sujeto tiene episodios de depresión sin que nunca haya padecido un episodio maníaco, **(diag/dif. con DEPRESIÓN RECURRENTE)**.
- Los unipolares son 10 veces más frecuentes que los bipolares. Lo más habitual es que en el transcurso de la vida el paciente bipolar presente episodios de depresión y de manía con una duración de varios meses cada uno de ellos.
- La Bipolaridad, se puede presentar **con o sin síntomas psicóticos (delirios o alucinaciones, antigua PSICOSIS MANÍACO-DEPRESIVA)**. “La manía pura no tiene delirios”

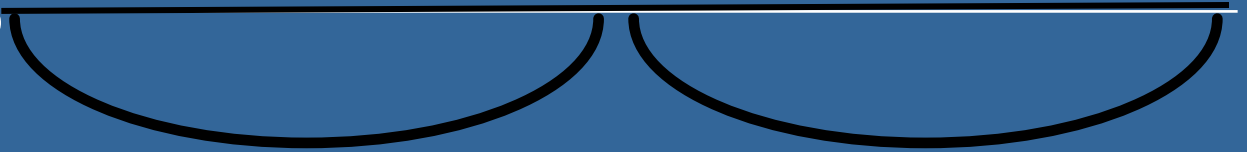


BIPOLARIDAD

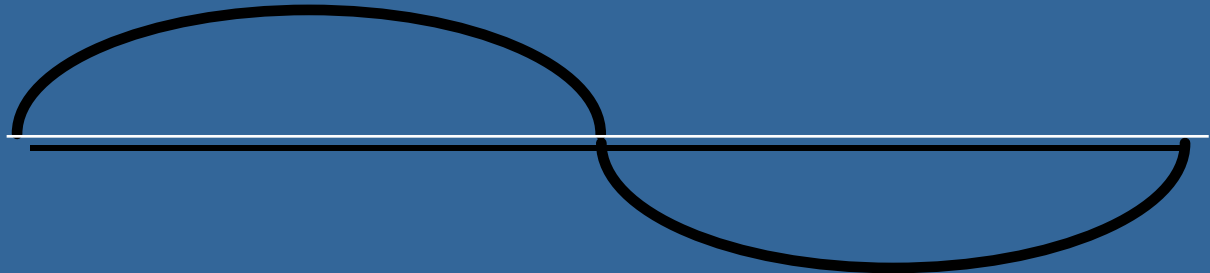


COMPAREMOS

Trastorno Depresivo
Unipolar



Trastorno Depresivo
Bipolar



Manía (episodio maníaco)

- Comienza a menudo con una sensación placentera de aumento de la energía, creatividad y facilidad en el trato social. Sin embargo, estos sentimientos progresan rápidamente hacia una explosiva euforia (vertiente extremadamente elevada del humor) o irritabilidad severa.
- Las personas con manía generalmente carecen de insight (percepción y capacidad de comprensión del contexto), niegan que algo esté funcionando mal, se enojan mucho y culpan a cualquiera que les señale un problema.

En un episodio maníaco

Los siguientes síntomas están presentes por lo menos durante 1 semana y hacen que le sea muy difícil a la persona funcionar:

- Sentimiento inusual de estar extraordinariamente “bien”, eufórico o irritable.

Presentar al menos 4 de los siguientes síntomas:

- Necesitan dormir poco, aún teniendo gran cantidad de gasto de energía.
- Hablan tan rápido que los demás no pueden seguirlo.
- El pensamiento corre más rápido que de costumbre.
- Se distraen tan fácilmente que el pensamiento fluctúa hacia varios temas en sólo pocos minutos.
- Tienen un sentimiento exagerado de poder, grandeza o importancia (megalomanía).
- Hacen cosas imprudentes sin preocuparse por las posibles consecuencias dañinas (por ejemplo, gastan demasiado dinero, tienen una actividad sexual inapropiada, o realizan inversiones imprudentes).

MANÍA: SÍNTOMAS ANÍMICOS

- A MENUDO ESTÁN IRRITABLES, SUSPICACES, Y EN UN ESTADO DE HIPERACTIVIDAD GENERAL Y DE INTROMISIÓN QUE TIENE SERIAS REPERCUSIONES EN LAS RELACIONES INTERPERSONALES.
- EN ALGUNOS CASOS, LA EXCITACIÓN ANÍMICA LLEGA A SER TAN EXTRAORDINARIA QUE DESEMBOCA EN LA HOSTILIDAD MANIFIESTA, CONDUCTAS DESTRUCTIVAS Y TENDENCIAS PARANOIDES.
- PREDOMINA UN ESTADO DE ÁNIMO ELEVADO, EUFÓRICO, IRRITABLE Y EXPANSIVO.
- CUADRO PATOLÓGICO EGOSINTÓNICO.

SÍNTOMAS MOTIVACIONALES Y CONDUCTUALES

- ESTADO DE ENERGÍA APARENTEMENTE INAGOTABLE Y DESBORDANTE QUE MANIFIESTA EL PACIENTE. PUEDE ESTAR CASI SIN DORMIR DURANTE SEMANAS, HACIENDO PLANES O DESARROLLANDO PROYECTOS GIGANTESCOS.
- SUELE HABLAR SIN PARAR (**LOGORREA**) Y TIENE LA SENSACIÓN DE QUE SUS PENSAMIENTOS SE AGOLPAN A UNA EXTRAORDINARIA VELOCIDAD Y VAN MÁS DE PRISA DE LO QUE PUEDEN EXPRESARLOS (**FUGA DE IDEAS**)
- LA CONDUCTA ESTÁ MUY ALTERADA. UN MANÍACO PUEDE TENER DURANTE UN EPISODIO, UNA ACTIVIDAD HIPERSEXUAL, PUEDE COMETER IMPRUDENCIAS TEMERARIAS (EJ: PRODIGALIDAD) O HACER INVERSIONES DE UN RIESGO EXTRAORDINARIO. EL CONTROL DEL IMPULSO ES MUY POBRE.
- EN LA FASE MANÍACA TIENDE A PRESTAR POCA ATENCIÓN A SU ASPECTO PERSONAL Y ES MUY FRECUENTE QUE PRESENTE UN ASPECTO DESCUIDADO Y POCO ASEADO

OTROS SÍNTOMAS

- EXTREMADA ACELERACIÓN, HABLA RÁPIDA, ENTRECORTADA, SALTA DE UN TEMA AL OTRO, LE RESULTA DIFÍCIL MANTENER SU ATENCIÓN PUÉS ÉSTA FLUCTÚA DE FOCO DE INTERÉS EN CUESTIÓN DE SEGUNDOS.
- A VECES EL HABLA PUEDE LLEGAR A SER INCOHERENTE.
- EN CUANTO A SU AUTOESTIMA, PUEDE ESTAR TAN HIPERTROFIADA QUE INCLUSO PUEDEN APARECER FANTASÍAS O IDEAS DELIRANTES (EJ: DELIRIOS DE GRANDEZA)

SÍNTOMAS FÍSICOS

- LA HIPERACTIVACIÓN GENERAL SE MANIFIESTA TAMBIÉN EN EL ÁREA VEGETATIVA, PROBLEMAS DE SUEÑO, AUMENTO DEL APETITO Y UN INCREMENTO DEL UMBRAL DE FATIGA FÍSICA

SÍNTOMAS INTERPERSONALES

- **SUELEN SER MUY ENTROMETIDOS, POLEMISTAS Y CONTROLADORES.**
- **GRAN RESISTENCIA A QUE SE LES CONTRADIGA O SE LES INTENTE HACER VER LO INAPROPIADO DE SU CONDUCTA.**
- **PUEDEN PRODUCIRSE AGRESIONES A MIEMBROS DE LA PROPIA FAMILIA O A CONOCIDOS CUANDO ÉSTOS INTENTAN LIMITAR DE ALGÚN MODO LA CONDUCTA DEL PACIENTE.**
- **RELACIONES INTERPRERSONALES Y FAMILIARES SUELEN ESTAR MUY AFECTADAS**
- **SE DESBORDA ENERGÍA Y AGILIDAD**

Hipomanía (episodio hipomaniaco)

- es una forma más moderada de manía, con síntomas similares pero menos severos. Durante un episodio hipomaniaco una persona puede llegar a tener un humor elevado, se siente mejor que de costumbre, y está más productiva. Estos episodios a menudo lo hacen sentirse bien.
- la hipomanía raramente puede ser mantenida en forma indefinida, y es a menudo escala hacia la manía o la depresión.

TRASTORNOS BIPOLARES

- ➔ **BIPOLAR I:** PRESENTAN O HAN PRESENTADO ALGUNA VEZ EN SU VIDA ALGÚN EPISODIO MANÍACO. SU ESTADO DE ÁNIMO ACTUAL PUEDE SER MANÍACO, DEPRESIVO, O BIEN UNA MEZCLA HETEROGENEA DE COMPONENTES DEPRESIVOS O MANÍACOS (MIXTO). CABE LA POSIBILIDAD DE QUE LA PERSONA TENGA EN LA ACTUALIDAD UN EPISODIO MANÍACO Y NUNCA HAYA TENIDO UN EPISODIO DEPRESIVO ↪ BIPOLAR I CON EPISODIO MANÍACO ÚNICO.
- ➔ **BIPOLAR II:** HABIENDO PADECIDO EPISODIOS DEPRESIVOS E HIPOMANÍACOS, NUNCA HAN PADECIDO UN EPISODIO COMPLETO DE MANÍA.

¿QUÉ ES EL TRASTORNO BIPOLAR?

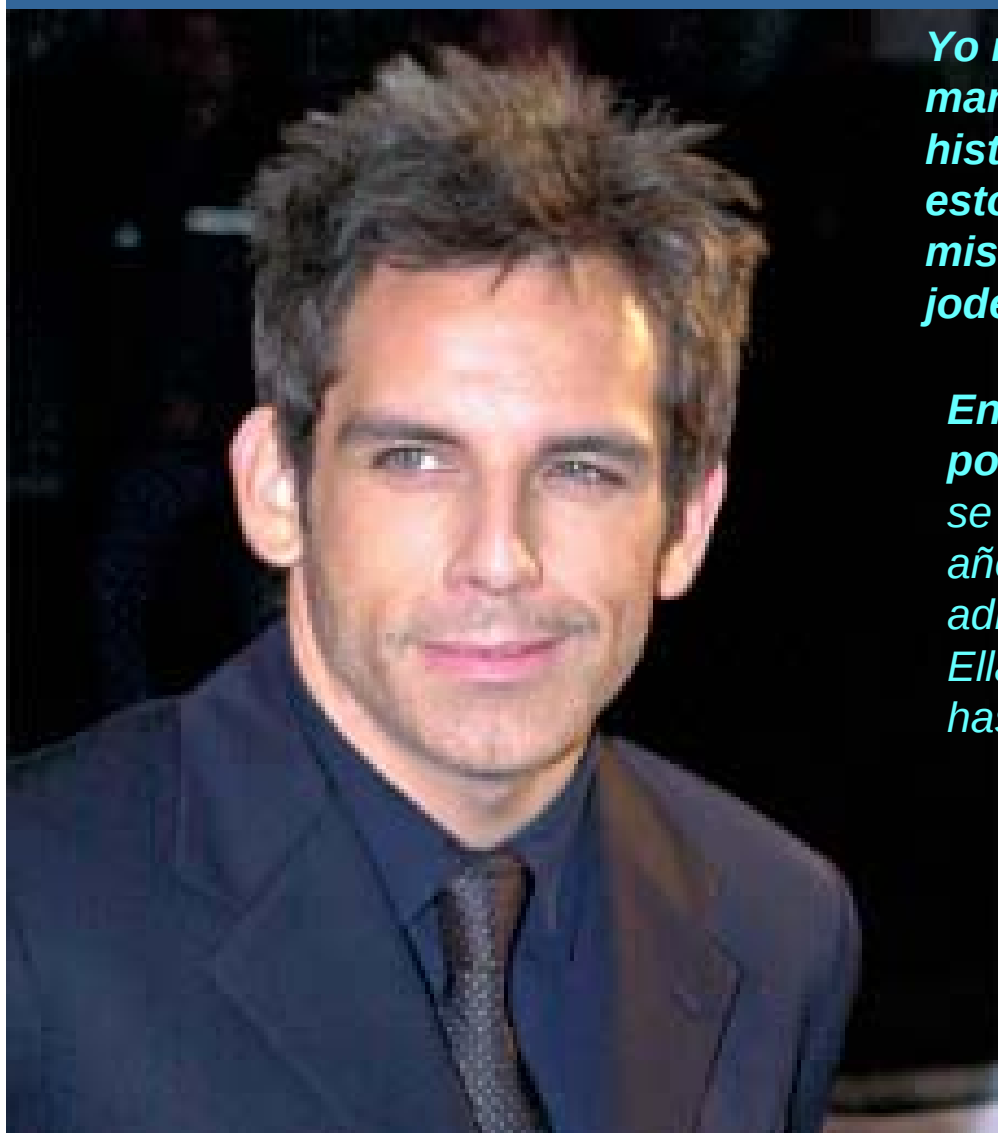
- Los seres humanos experimentamos una variedad de humores: alegría, tristeza, ira, por solo mencionar algunos. Los humores o estados de ánimo displacenteros y los cambios de humor son reacciones normales en la vida cotidiana y a menudo podemos identificar los hechos que provocan nuestro cambio de humor. En cambio cuando experimentamos cambios de carácter -o estados de ánimo extremos-, desproporcionados en relación a los hechos, o que parecen inmotivados, y hacen que nos sea difícil funcionar en la vida cotidiana, dichos cambios son a menudo el resultado de un “trastorno del humor”.

- Los trastornos del humor son enfermedades que afectan nuestra capacidad para sentir humores de manera normal. Hay dos grandes grupos de trastornos del humor: *los trastornos unipolares depresivos*, en los cuales el cambio anormal consiste en una decaída del estado de ánimo, y *los trastornos bipolares*, en los cuales al menos algunos de los cambios consisten en una elevación anormal del humor.
- Todos los trastornos del humor tienen como causa alteraciones en la química del cerebro. Ellos no son el resultado de alguna "debilidad" o de una personalidad inestable. Son enfermedades tratables para las cuales existen tratamientos específicos.

Trastorno Bipolar I

- El sujeto padece episodios maníacos o mixtos, y casi siempre, depresiones. Si alguien enferma por primera vez con un episodio maníaco, la enfermedad es considerada bipolar aún si la depresión no ha ocurrido todavía.
- Es altamente probable que episodios futuros incluyan tanto depresión como manía, a menos que reciba un tratamiento efectivo.

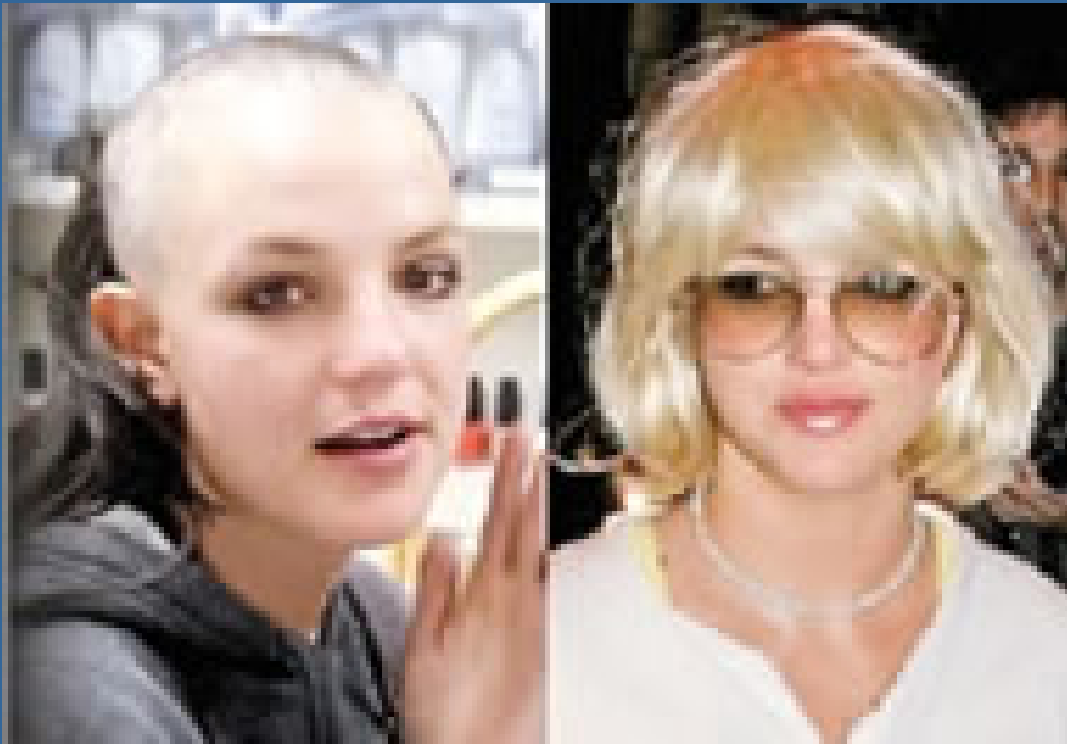
Actor Ben Stiller talks openly about his experience with Bipolar Disorder.



Yo no he sido fácil. Creo que eso se llama manía depresiva bipolar. Tengo una historia muy rica de eso en mi familia. No estoy orgulloso del hecho de que pierdo mis cabales. A veces simplemente tú la jodes ("Fuck up").

En la historia de su madre Anne Meara existen posibles signos del desorden. La abuela de Ben se suicidó cuando Anne (madre de Ben) tenía 11 años de edad, y la propia Anne también ha admitido su problemas con el alcohol y depresión. Ella entró en terapia en el año 1989, y continuó hasta al menos el año 1995.

Britney Spears, la princesa del Pop



B. Spears ha abandonado tres veces, la Clínica *Promises Malibu Alcohol and Drug Reahb Treatment Facility*,

PATOLOGÍA DUAL: Trastorno Bipolar Tipo I, CO-OCURERNCIA CON ALCOHOLISMO. Además de sufrir trastornos alimentarios por Atracón y Bulimia.

El Universal Washington, EU

Tchaikovsky (1840–1893)

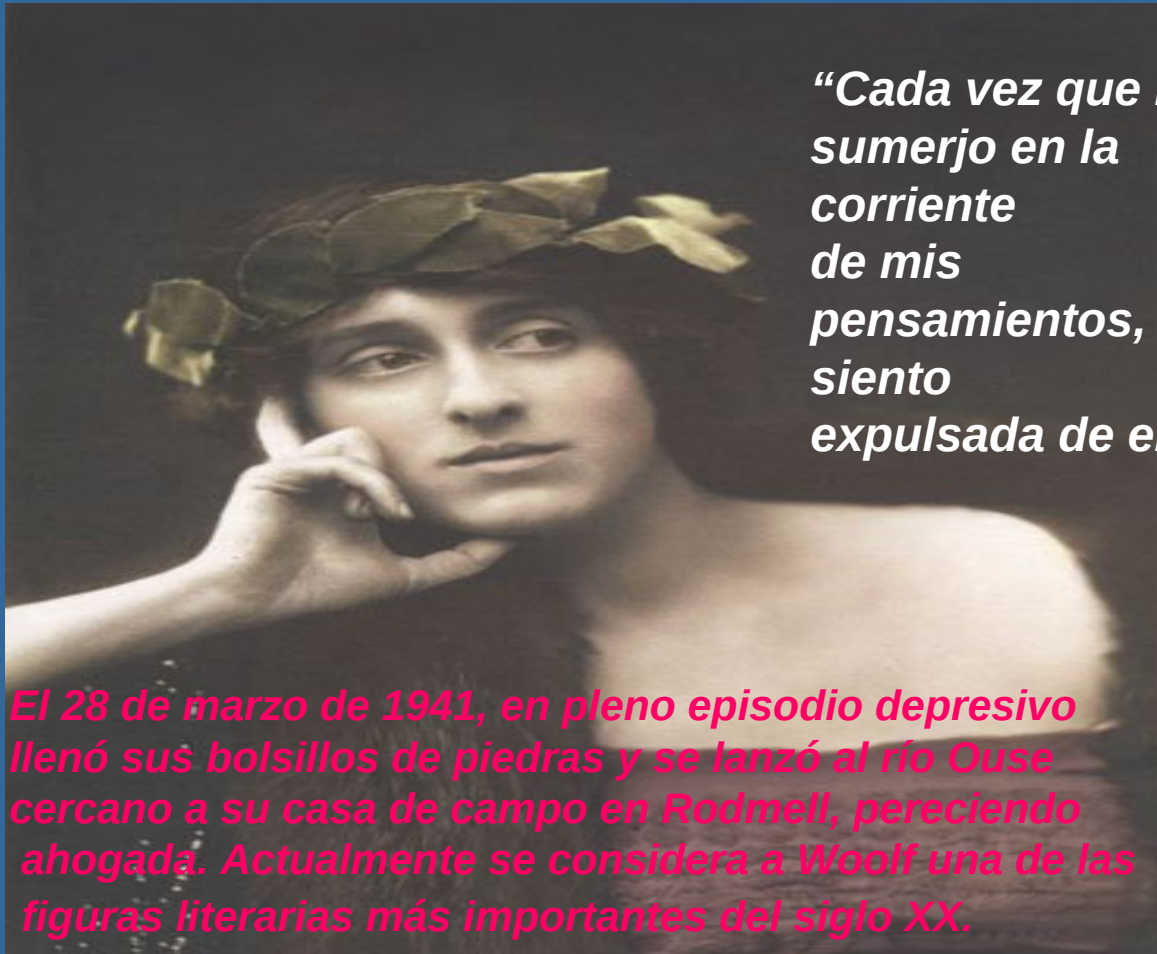


Tchaikovsky: un genio de la composición musical. Ante la presencia del zar, el compositor ruso Tchaikovsky estrenó en 1882, *El Cascanueces* en el Teatro Marinsky de San Petersburgo en Rusia. Compuso su obra con la coreografía en la mente, como era una obra por encargo, se le impuso la medida de cada compás, el público estalló en aplausos. Fue una de sus obras póstumas.

La bipolaridad conlleva a estados de manía que hacen a los sujetos más productivos y creativos en exceso.

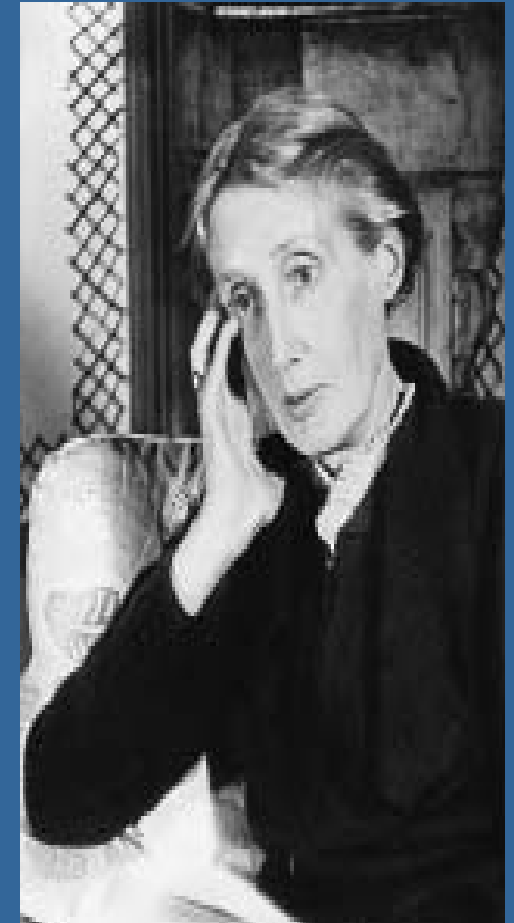
Virginia Woolf

“Escritora y Novelista” (1882–1941)



*“Cada vez que me
sumerjo en la
corriente
de mis
pensamientos, me
siento
expulsada de ella”*

*El 28 de marzo de 1941, en pleno episodio depresivo
llenó sus bolsillos de piedras y se lanzó al río Ouse
cercano a su casa de campo en Rodmell, pereciendo
ahogada. Actualmente se considera a Woolf una de las
figuras literarias más importantes del siglo XX.*



Trastorno Bipolar II

- El sujeto tiene sólo episodios hipomaniacos y depresivos, no maníacos completos ni episodios mixtos. Este tipo de trastorno es a menudo difícil de reconocer porque la hipomanía puede parecer normal si la persona está muy productiva y no suele involucrarse en problemas serios. Los individuos con trastorno bipolar II frecuentemente pasan por alto los episodios de hipomanía y buscan tratamiento sólo para la depresión.
- Desafortunadamente, si el único medicamento que recibe es un antidepresivo (para un trastorno bipolar II no reconocido), este puede provocar un “acelere” o desencadenar ciclos más frecuentes.

Trastorno Bipolar con Ciclado Rápido

- El sujeto tiene al menos 4 episodios por año, en cualquier combinación con manía, hipomanía, mixtos o episodios depresivos. Este patrón es visto en aproximadamente 5% al 15% de pacientes con trastorno bipolar.
- Algunas veces está asociado con el uso de antidepresivos sin estabilizadores del ánimo, pueden incrementar el ciclado. Por razones desconocidas, el ciclado rápido es más común en mujeres.

Episodio mixto

- Los episodios más invalidantes son aquellos que involucran tanto síntomas de manía como de depresión al mismo tiempo o alternándose frecuentemente durante el día. Los individuos se sienten excitados o agitados como en la manía pero también se sienten irritables y deprimidos.
- Debido a la combinación de intensa energía y depresión, los episodios mixtos representan el riesgo más alto de suicidios.

ESPECTRO BIPOLAR (Akiskal,2006)

- **Bipolar ½: esquizobipolar**
- **Bipolar I: manía franca**
- **Bipolar I½: depresión con hipomanía prolongada o larga**
- **Bipolar II: depresión con hipomanía**
- **Bipolar II½: depresiones ciclotímicas**
- **Bipolar III: hipomanía secundaria a antidepresivos**
- **Bipolar III½: bipolaridad enmascarada o desesmascarada por abuso de drogas**
- **Bipolar IV: depresión hipertímica**

Es importante diagnosticar y tratar el trastorno bipolar lo más temprano posible

- En promedio, las personas con trastorno bipolar ven varios médicos y pasan alrededor de 8 años buscando un tratamiento antes de recibir un diagnóstico correcto.
- Los diagnósticos tempranos, los tratamientos adecuados y encontrar la medicación adecuada puede ayudar a que se acreciente la perspectiva de pareja estable, buenas relaciones afectivas y un trabajo productivo.

¿Cómo se realiza el diagnóstico?

- Aunque el trastorno bipolar es claramente una enfermedad de origen biológico, no hay tests de laboratorio u otros procedimientos que el médico pueda usar para hacer un diagnóstico definitivo.
- El profesional diagnostica la enfermedad basándose en un grupo de síntomas que ocurren al mismo tiempo. **Para realizar un diagnóstico preciso, el profesional necesitará obtener una historia detallada de los síntomas que tiene actualmente una persona así como también los que ha tenido en el pasado.**

Condiciones psiquiátricas que pueden confundirse por coexistir con el trastorno bipolar

- El trastorno bipolar puede ser confundido con otros problemas, incluyendo una variedad de trastornos de ansiedad y trastornos psicóticos (como esquizofrenia y el trastorno esquizoafectivo). Esto es así porque la ansiedad y los síntomas psicóticos a menudo ocurren durante el curso de un trastorno bipolar.

Co-concurrencia y Comorbilidad con el Trastorno Bipolar :

- **Estamos hablando de Co-concurrencia, cuando varios síntomas de diferentes patologías ocurren de manera simultánea. Actualmente esto da origen a lo que llamamos: “PATOLOGÍAS DUALES”.**
- **Más del 50% de las personas que padecen un trastorno bipolar abusan del alcohol o de drogas durante la enfermedad. Mientras que algunas personas utilizan sustancias en un intento de "automedicarse" para enfrentar los síntomas del trastorno bipolar, los pacientes que padecen una combinación de abuso de sustancias y trastorno bipolar tienen peor pronóstico.**
- **El más común : los trastornos por abuso de sustancias (abuso de alcohol, marihuana, abuso de sustancias psicoactivas: sedantes, hipnóticos o ansiolíticos (benzodiazepinas y barbitúricos)**
 - **Alta comorbilidad del BIPOLAR con el TOC y el ATAQUE DE PÁNICO**

¿Cuándo comienza el trastorno bipolar?

- **Comienza usualmente en la adolescencia o en la adultez temprana, aunque a veces puede comenzar en la niñez temprana, o tan tarde como a los 40 o 50 años. Cuando una persona alrededor de los 50 años tiene un primer episodio maníaco, la causa más probable podría ser un problema que imite al trastorno bipolar, como una enfermedad neurológica o el efecto de consumo de drogas, alcohol o medicamentos.**

¿Es hereditario el trastorno bipolar?

- El trastorno bipolar tiende a repetirse en las familias. Las investigaciones han identificado un número de genes que es posible que estén asociados al trastorno, sugiriendo que en los trastornos bipolares ocurren varios problemas bioquímicos diferentes. Como en otros complejos trastornos hereditarios, el trastorno bipolar sólo ocurre en una fracción de los individuos con riesgo genético. Por ejemplo, si un individuo tiene trastorno bipolar y su cónyuge no lo tiene, existe sólo 1 en 7 chances de que el hijo de ambos lo desarrolle.
- La probabilidad puede ser mayor si tiene un gran número de familiares con trastorno bipolar o depresión.

TRATAMIENTO

- Etapas del tratamiento.
- **Fase aguda:** el tratamiento apunta a terminar con el episodio presente maníaco, hipomaníaco, depresivo o mixto.
- **Fase preventiva o de mantenimiento:** el tratamiento debe ser continuo y prolongado para prevenir futuros episodios.
- Componentes del tratamiento.
- **La medicación** es necesaria para todos los pacientes durante fases agudas.
- **La educación** es crucial para ayudar a los pacientes y las familias aprender cómo manejar de la mejor manera posible el trastorno bipolar y prevenir sus complicaciones.
- **La psicoterapia** ayuda a los pacientes y a las familias afectadas por el trastorno bipolar a lidiar con pensamientos perturbadores, sentimientos y comportamientos en una manera constructiva, apuntando a su modificación.

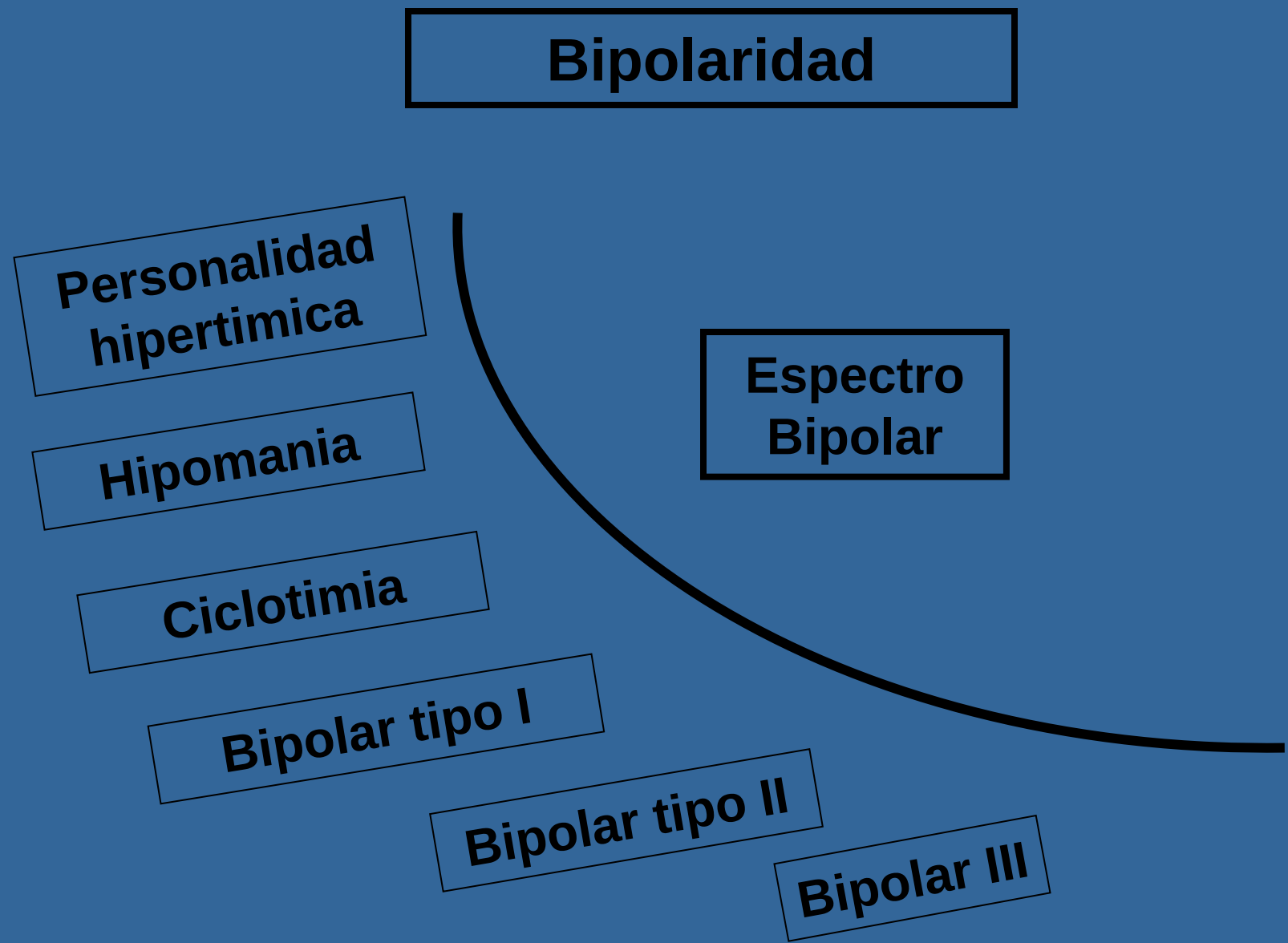
TABLA 189-2. MANIFESTACIONES DE DEPRESIÓN Y DE MANÍA

Manifestación	Síndrome depresivo	Síndrome maniaco
Alteraciones del estado de ánimo	Depresión, irritabilidad o ansiedad (sin embargo, algunos pacientes sonríen o niegan cambios subjetivos del humor y en su lugar se quejan de dolor u otras molestias somáticas o de temores). Ataques de llanto (aunque algunos pacientes se quejan de incapacidad para llorar o experimentar emociones).	Exaltación, irritabilidad u hostilidad. Llanto en algunos momentos (como parte de un estado mudo).
Alteraciones cognitivas y psicológicas	Falta de confianza en sí mismo, baja autoestima y autorreproches. Escasa capacidad de concentración, indecisión. Reducción de la gratificación, pérdida de interés por las actividades habituales y retraimiento social. Expectativas negativas, desesperanza, desesperación y aumento de la dependencia. Pensamientos recurrentes de muerte y suicidio.	Aumento de la autoestima, ostentación y grandiosidad. Pensamiento acelerado, asociaciones «sonoras» (surgen nuevos pensamientos por el estímulo del sonido de las palabras más que por su significado), fácil distracción. Creciente interés por nuevas actividades y más implicación en las relaciones con otras personas (que a menudo se alejan debido al comportamiento intrusivo y entrometido del paciente), compras y gastos desmesurados, conducta sexual indiscreta, inversiones alocadas en negocios.
Disfunción psicomotor y vegetativa	Retraso psicomotor, fatiga. Agitación. Anorexia y pérdida o ganancia de peso. Insomnio o hipersomnia. Irregularidades menstruales, amenorrea.	Aceleración psicomotora, euforia (aumento de la sensación física de bienestar). Posible pérdida de peso por aumento de la actividad y falta de atención a los hábitos adecuados de alimentación. Disminución de la necesidad de dormir. Aumento del deseo sexual.
Rasgos psicóticos	Anhedonia, pérdida de deseo sexual. Delirio de indignidad y culpabilidad. Delirio de referencia y persecución. Delirio de mala salud (nihilista, somático o hipochondríaco). Delirio de pobreza. Alucinaciones auditivas, visuales y (raramente) olfatorias de carácter depresivo.	Delirio grandioso de tener un talento excepcional. Delirio de auxilio o de referencia y persecución. Delirio de capacidad física excepcional. Delirio de riqueza, antepasados aristocráticos u otra identidad grandiosa. Alucinaciones auditivas o visuales fugaces.

Trastorno Adaptativo -antes denominado: Depresión Reactiva-

- Aparece con un hecho desencadenante puntual, o un acontecimiento vital que lo explique (un hecho doloroso)
- Produce una reacción emocional desajustada, que se prolonga más allá del acontecimiento que la provocó.
- Los pensamientos sobre ese hecho -actual o futuro- no pueden evitarse, están siempre presentes, impiden la alegría, paralizan la actividad y afectan los procesos vegetativos.

Bipolaridad



The diagram illustrates the Bipolar Spectrum as a continuum. A thick black curved line starts at the top left and arcs towards the bottom right. Along this curve, several labels are placed in boxes, representing different points on the spectrum. From top-left to bottom-right, these are: 'Personalidad hipertímica', 'Hipomanía', 'Ciclotimia', 'Bipolar tipo I', 'Bipolar tipo II', and 'Bipolar III'. A separate box labeled 'Espectro Bipolar' is positioned in the upper right area, and a box labeled 'Bipolaridad' is at the top center.

Personalidad
hipertímica

Hipomanía

Ciclotimia

Bipolar tipo I

Bipolar tipo II

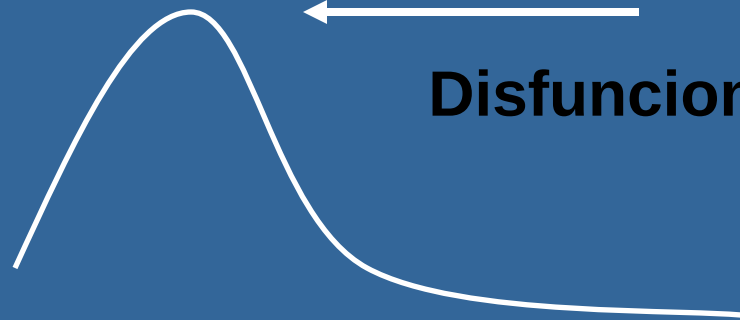
Bipolar III

Espectro
Bipolar

Personalidad hipertimica

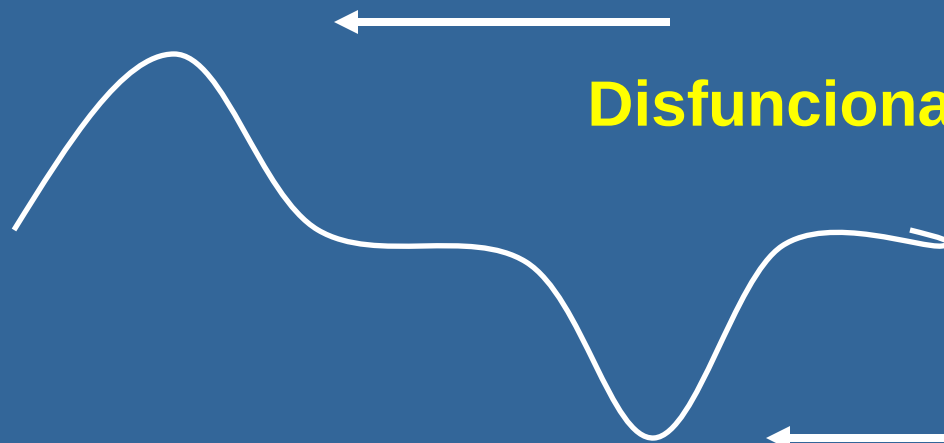
Personalidad activa.
Gran carga vital.
Buen nivel de funcionamiento social
y laboral

Hipomanía



Disfuncionalidad

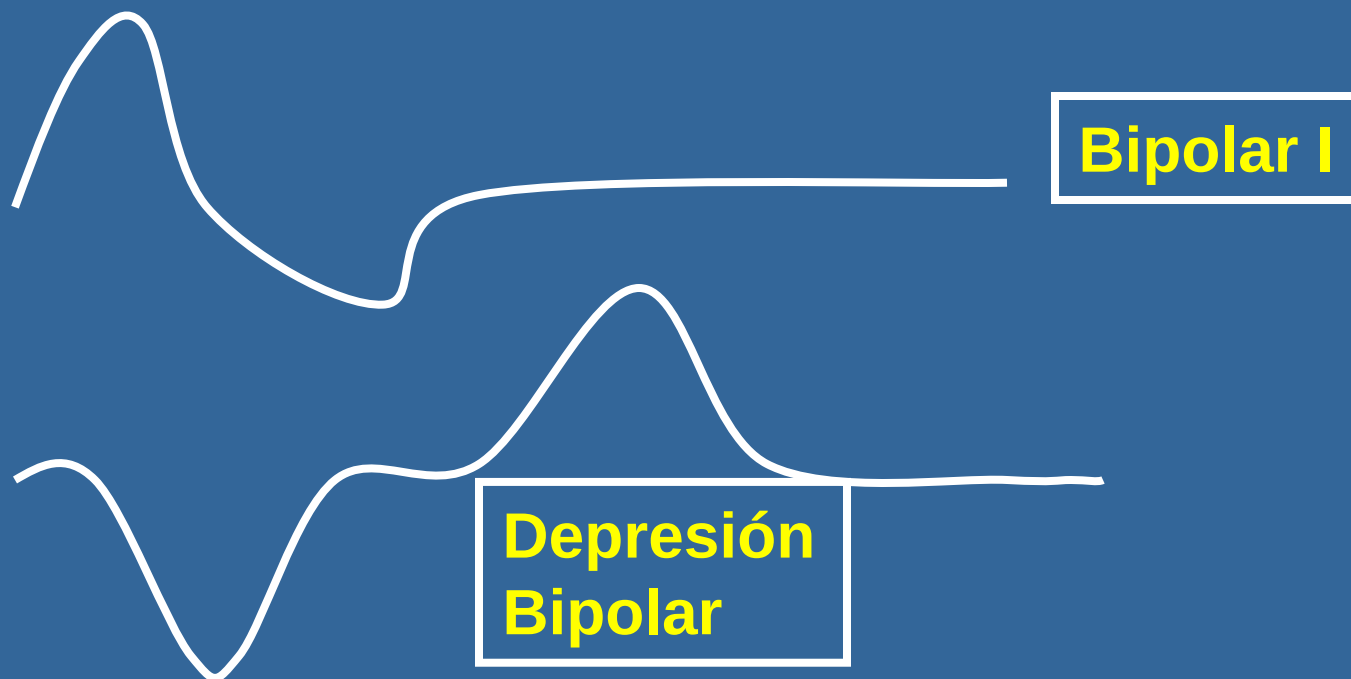
Ciclotimia



Disfuncionalidad

Disfuncionalidad

Bipolaridad



Bibliografía consultada

- Akiskal.HS;Pinto,PsychClinNorth; 1999
- Antidepresivos,Akiskal HS, et al. *J Affect Disord* 2000;59(Suppl 1):F; Akiskal HS. *Psychiatry Res* 2006;141:81-88
- Ey,H; Tratado de Psiquiatría; “*Elementos de Psicología médica*”; Capítulo primero; 8º edición; Masson S.A., Barcelona, 1980
- Gobbi,H; Miniño,L; Peña C. ; Fascículo III de Psicopatología II; “*Trastornos del estado de ánimo*”; Editorial UB; Buenos Aires; 2007
- Vallejos Ruiloba;J. Introducción a la psicopatología y a la psiquiatría; Ediciones científicas y Técnicas S.A., Barcelona, España, 1991
- Kaplan H., Sadock B., Sinopsis de Psiquiatría, Tomo I, “*Semiología del estado mental*”, Cáp. 9, Editorial Panamericana; Madrid; 2004

Lic. Leonor Miniño

Equipo Psicoterapéutico Cognitivo Conductual

Coordinación y Admisiones: Lic. Laura Galasso

Informes: 011 4 925 0936

info@psicoterapia-breve.com.ar

www.psicoterapia-breve.com.ar