

→SEXUALIDAD (no se pregunta, hay sexualidad “normal” mientras haya consentimiento y no se dañe a nadie).

Alteraciones:

- en más (hipersexualidad) trastorno de la psicomotricidad a consecuencia de una exaltación del impulso sexual, que se traduce en una hiperactividad en relación a todo aquello que adquiere un carácter sexual para el paciente. Se lo ve seductor, frecuentes alusiones a temas sexuales, busca exageradamente el contacto físico y con evidente erotización.

- en menos (disminución de la libido)

***Funciones psíquicas:** atención, conciencia, memoria, afectividad, discurso, sensopercepción, voluntad, presentación.

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Los 3 trastornos más frecuentes son:

- Anorexia Nerviosa
- Bulimia Nerviosa
- Trastorno por atracón

Anorexia y bulimia comparten un síntoma común que actualmente se considera esencial en el proceso etiopatogénico de todos los TCA: la **sobrevaloración de la figura y del peso**. Mientras en la **AN** esto se lleva a cabo a través de una actitud mantenida de búsqueda de pérdida de peso, en la **BN** los intentos de control de peso se ven frecuentemente frustrados por episodios descontrolados de sobre ingestas o atracones que intentan compensar con conductas extremas de control de peso (vómitos, laxantes, diuréticos). Otros fenómenos psicopatológicos comunes en los TCA son los síntomas afectivos con sus alteraciones cognitivas, síntomas obsesivos, disminución de la libido e insomnio.

ANOREXIA NERVIOSA

La palabra significa “falta de apetito o de impulso hacia la comida”.

Comportamiento caracterizado por una reducción en la alimentación que adoptan un aspecto diferente según la edad y condiciones en las que aparecen. Anorexia es un síntoma que puede

tener causa orgánica o funcional, por lo que no debe descuidarse nunca un examen somático completo y los estudios complementarios pertinentes. La reducción de la alimentación se produce alegando distintas razones; falta de apetito, temor a engordar, trastornos digestivos. Afirma siempre estar bien de salud y quita importancia al adelgazamiento progresivo. Paradójicamente conserva una actividad normal y, más a menudo, incluso excesiva.

Hay Subtipos:

- Restrictivo: disminución de la cantidad de alimento que ingiere la persona
- Purgativa: además del anterior, se elimina lo que come, mayor riesgo, egreso calórico altamente negativo

Severidad: (por el IMC), no diferencia sexo ni edad.

- Leve: 17.5-16
- Moderada: 16-15
- Severa: 15-14
- Extrema: menos de 14

Sospecha clínica: Habla de desnutrición, px dice que hace dieta por su cuenta

- Resaltes óseos, tendinosos, y venosos
- Uñas quebradizas
- Lanugo
- Piel y cabello seco
- Palidez o colorido terroso de la piel

BULIMIA NERVIOSA:

La palabra significa “hambre de buey”. Se caracteriza por episodios repetidos de ingesta excesiva de alimentos y por una preocupación exagerada por el control del peso corporal lo que lleva al enfermo a adoptar medidas extremas para mitigar el aumento de peso producido por la ingesta de comida. A primera vista, un enfermo previamente anoréxico puede parecer

que está mejorando a medida que gana peso e incluso, recupera la menstruación si es mujer. Pero entonces surge, una forma maligna de comportamiento caracterizado por sobrealimentación y vómitos. Los vómitos repetidos, pueden dar lugar a trastornos del equilibrio electrolítico, a complicaciones somáticas (letanía, crisis comiciales, arritmias cardíacas o debilidad muscular) y a una mayor pérdida de peso.

Severidad: (definida por la cant de conductas compensatorias por semana

- leve: 1-7 episodios
- Moderada: 7-14
- Severa: 7-21
- Extrema: más de 21

Clínica sospechosa:

- Hipertrofia parotídea → vómito autoprovocado
- Alt dentales como pérdida del esmalte y de piezas
- Signo de russell: callosidad de nudillos de la mano hábil, 2° y 3° art metacarpofalángica
- Cabello quebradizo. Piel seca y deslucida

Vómito autoprovocado con desequilibrio electrolítico + laxantes + h. tiroidea + hiperactividad + anfetamínicos.

CURSO Y EVOLUCIÓN

La anorexia nerviosa no necesariamente se autolimita. Existen casos muy graves de desnutrición que ponen en riesgo la vida del paciente.

Los casos graves, tanto en bulimia como en anorexia, suelen aparecer en personas que tienen algún tipo de psicosis de base. Por eso, no es fácil establecer un protocolo de abordaje para todos los casos (hay que estudiar muy bien a cada persona). Además, hay muchas formas solapadas o subclínicas de ambos trastornos que pueden darse, incluso, de manera intermitente; y también en comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos.

MANEJO TERAPÉUTICO

1) Psicoterapia

2) Psicofarmacología, depende de la clínica específica del paciente (ideas delirantes, alucinaciones, trastornos del estado del ánimo, etc)

Cabe aclarar que ambas necesitan tratamiento psicoterapéutico y, dependiendo de la gravedad, psicofarmacológico.

ETIOLOGIA:

Cada vez a menor edad 10- 11 años. En paso de niñez la pubertad y adolescencia, perderse, busca de aprobación de los pares, px con baja autoestima, hay una búsqueda de elementos

TABLA I. Criterios diagnósticos (DSM-IV y CIE-10) de anorexia y bulimia nerviosas.

Criterios	Anorexia	Bulimia
DSM-IV	<ul style="list-style-type: none">– Rechazo a mantener un peso en un nivel mínimamente normal para la edad y sexo (por debajo del 85%)– Miedo intenso a engordar– Distorsión de la imagen corporal– Negación de la situación de peligro– Amenorrea secundaria (con ausencia de, al menos, 3 ciclos consecutivos) o primaria (retraso de la menarquia)– Se establecen dos tipos de AN: purgativo o restrictivo, en función de que existan o no conductas purgativas y/o episodios de atracones	<ul style="list-style-type: none">– Episodios recurrentes de ingesta voraz, al menos 2 semanales durante 3 meses– Conductas compensatorias para no ganar peso, con carácter mantenido: vómitos autoprovocados, uso de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos, ejercicio físico excesivo.– Distorsión de la imagen corporal– También se establecen dos tipos: purgativo (vómitos autoprovocados, uso de laxantes, diuréticos, enemas en exceso) y no purgativo (utilizan el ayuno o el ejercicio físico excesivo)
CIE-10	<ul style="list-style-type: none">– Pérdida significativa de peso (IMC inferior a 17,5) o ausencia de ganancia ponderal prepúberes– La pérdida de peso es autoinducida por:<ul style="list-style-type: none">- vómitos autoprovocados y/o- utilización de laxantes y/o- diuréticos y/o- anorexígenos u otros fármacos y/o- ejercicio físico excesivo– Distorsión de la imagen corporal– Amenorrea en la mujeres y pérdida de interés y potencia sexual en los varones– Retraso en la aparición de la pubertad	<ul style="list-style-type: none">– Preocupación constante por la comida, con episodios de polifagia durante los cuales consumen gran cantidad de alimentos en períodos cortos de tiempo– Uso de técnicas compensatorias frente al aumento de peso:<ul style="list-style-type: none">- vómitos autoprovocados- utilización de laxantes- anorexígenos u otros fármacos y/o- periodos intermitentes de ayuno- miedo intenso a engordar, con objetivos de peso siempre inferior al peso óptimo- antecedente o no de anorexia prexia

externos para validarse. Buscan en la imagen la forma de lograrlo, tmb se ve en la forma de vestirse y mostrarse. Se da por factores: culturales, sociales, familiares, psicológicos, biológicos y genéticos. Se da de manera más frecuente en la juventud y adolescencia.

NEUROSIS

Según Henri Ey es el malestar del individuo frente a sí mismo y a los otros, que es experimentado como una angustia en la que se mezclan los sentimientos de vergüenza, culpabilidad, deseo de castigarse, decepción de frustraciones, complejo de inferioridad, entre otros. Estos aspectos son los considerados como característicos del carácter neurótico.

ES UNA SITUACIÓN CONTINUA DE CONFLICTO INTERNO. No consigue identificarse consigo mismo ni autenticar su persona, siente una angustia, que su punto de partida es interno e inconsciente (valores, obligaciones que internalizamos). Los síntomas que presenta es por la angustia misma, o por las reacciones a ella, como defensas o procedimientos destinados a neutralizarla, a hacerla soportable. Para ello puede tomar diferentes caminos:

- **HISTERIA:** utiliza medios de expresión somática para expresar su psiquis(trastorno de conversión).
- **FOBIA:** desplaza la angustia hacia el pánico a un objeto, una acción, o una situación simbólica. Osea la fija en algo.
- **OBSESIÓN:** ideas obsesivas (intrusivas) que molestan a la persona y, para evitarlos, realiza actos compulsivos que se manifiestan como acciones o conductas repetitivas.

Entonces, la neurosis se conforma, por regla general, con evitar el fragmento de la realidad correspondiente que lo perturba y protegerse del encuentro con él. Es como que la persona se "hace la desentendida" con ciertas situaciones de la realidad que le producen angustia.

Freud definía la Neurosis de angustia (manifestación permanente, flotante), que constituye como una especie de tronco común de la organización neurótica que marcha hacia conductas más estables y estructuradas. Hoy, la misma es catalogada como trastorno de ansiedad generalizada. Todas cursan con crisis paroxística de angustia, el llamado Ataque de pánico. Este es una urgencia psiquiátrica donde la persona siente que se va a morir físicamente o a volverse loca.

El tratamiento de base de la neurosis es psicológico pero, según su nivel de gravedad, puede ser necesario un tratamiento combinado de psicoterapia y tratamiento farmacológico. La psicoterapia está dirigida a cambiar las cogniciones equivocadas y la interpretación desenfocada que el sujeto ha construido sobre sí mismo. El tratamiento farmacológico tiene un papel de apaciguador de los síntomas agudos, cuando estos sobrepasan el umbral de sufrimiento personal, y como cortafuegos, ya que los síntomas agudos actúan como potenciadores de las interpretaciones neuróticas.

ANSIEDAD

La ansiedad no es algo patológico sino fisiológico, es un sentimiento de alerta, de intranquilidad, necesario para la supervivencia y que nos permite reaccionar frente a situaciones estresantes. Se convierte en patológico cuando se prolonga en el tiempo o tiene una profundidad excesiva, es decir cuando comienza a intervenir en el día a día.

ANGUSTIA	ANSIEDAD
<ul style="list-style-type: none">-Posee carácter somático o visceral (opresión torácica),-Se vivencia cómo amenaza de muerte inminente-Orientada al presente.-Es un fenómeno más físico, bulbar	<ul style="list-style-type: none">-Se manifiesta más como mental o psíquico con síntomas vegetativos, “estado de alerta”-Se vivencia cómo posibilidad que algo malo ocurra-Orientada al futuro-Fenómeno más psíquico, cortical, intelectual

La diferencia básica entre la ansiedad normal y la patológica es que la neurótica se funda en valoraciones irreales de la amenaza. Cuando la ansiedad es leve produce una sensación de inquietud, de intranquilidad y desasosiego. Cuando es severa puede llegar a paralizar al individuo transformándose en pánico.

Diferencias entre ansiedad normal y patológica

- 1- La ansiedad es desproporcionada respecto del estímulo que la produce.
- 2- La ansiedad persiste una vez que ha desaparecido el estímulo.
- 3- La ansiedad interfiere las actividades habituales de la persona.

4- La ansiedad interfiere en la relación con los otros.

Clasificación de los trastornos

→ Los que presentan síntomas continuamente → trastorno de ansiedad generalizada

→ Los que presentan síntomas episódicos:

- La ansiedad aparece en situaciones concretas → trastorno por ansiedad fóbica:
 - Fobia simple
 - Fobia social.
 - Agorafobia
 - La ansiedad aparece en cualquier situación → trastorno de pánico
- **Trastorno por ansiedad generalizada:** Es un estado de preocupación excesiva crónica por sucesos de la vida cotidiana. Suelen acompañarse por síntomas somáticos como taquicardia, tensión muscular, cefaleas, sudoración y mal funcionamiento social o laboral. Tratamiento: buspirona
- **Crisis de angustia con agorafobia y sin ella:** Caracterizado por crisis espontáneas de angustia, bien solitarias o asociadas a agorafobia (miedo a los espacios abiertos, salir solo de casa o estar entre la multitud). Con síntomas físicos como palpitaciones, disnea, molestias precordiales, hiperventilación, etc. También síntomas psicológicos como sensación de muerte inminente,

DSM-IV-TR (2000) Trastornos de ansiedad	CIE-10 (1992) Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfias
Trastorno de angustia sin agorafobia Trastorno de angustia con agorafobia Agorafobia sin trastorno de angustia Fobia específica Fobia social Trastorno obsesivo-compulsivo Trastorno por estrés postraumático Trastorno por estrés agudo Trastorno de ansiedad generalizada Trastorno de ansiedad debido a... (indicar enfermedad médica) Trastorno de ansiedad inducido por sustancias Trastorno de ansiedad no especificado	Trastorno de ansiedad fóbica Agorafobia (con o sin pánico) Fobias sociales Fobias específicas Otros trastornos de ansiedad Trastorno de pánico Trastorno de ansiedad generalizada Trastorno mixto ansioso-depresivo Otro trastorno mixto de ansiedad Otros trastornos de ansiedad Trastorno obsesivo-compulsivo Reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación Trastornos disociativos Trastornos somatomorfos Otros trastornos neuróticos

miedo a la pérdida del control o a estar volviéndose loco, despersonalización y desrealización. Complicaciones: preocupación constante por la repetición de las crisis: Ansiedad anticipatoria.

▪ **Trastornos fóbicos:** (agorafobia, fobia social, fobias específicas o simples). La fobia es el miedo irracional a un objeto, actividad o situación específica (estímulo fóbico). La persona experimenta una enorme ansiedad o malestar muy intensos al exponerse al objeto temido y trata de evitarlo a toda costa (conductas de evitación, anticipación ansiosa). Puede acompañarse de crisis de angustia. Tratamientos: Terapia+ BZPs+ antidepresivos. Fobia social: IMAOS

▪ **Trastorno obsesivo-compulsivo:** Comprende ideas, imágenes, impulsos o pensamientos intrusivos recurrentes (pensamientos obsesivos) y patrones repetidos de conducta o acción (compulsiones). Tratamiento: clorimipramina + BZP.

▪ **Trastornos por estrés agudo y postraumático:** Trastorno que aparece meses posteriores a una situación traumática. Se caracteriza por presentar:

- Fenómenos de reexperimentación del acontecimiento en forma de sueños que reproducen la escena traumática, recuerdos intrusivos y sensación constante de que el suceso acaba de ocurrir.
- Conductas de evitación.
- Sensación de embotamiento emocional como pérdida del interés, desapego, futuro desolador.
- Síntomas de hiperalerta (insomnio, irritabilidad, hipervigilancia, sobresaltos ante ruidos, dificultad para concentrarse).

Tratamiento: amitriptilina y desipramina.

▪ **Fobia social:** Es un miedo irracional y persistente a enfrentar situaciones sociales en donde el individuo puede sentirse humillado o controlado. Se puede padecer uno o más miedos fóbicos, como comer, hablar en público, concurrir a fiestas, usar baños públicos. Ante estas situaciones aparece una ansiedad muy importante con sudoración, palpitaciones, disnea, temblores y aún desmayos.

Tratamiento farmacológico:

Objetivo: bloquear los ataques espontáneos de la enfermedad de pánico. La mayoría de los tratamientos psicofarmacológicos usados en la actualidad, actúan químicamente sobre los

sistemas de neurotransmisión tratando de regular, adecuadamente, la actividad en determinadas zonas del sistema nervioso que involucradas en el trastorno que se desea tratar.

En la ansiedad, empleamos habitualmente, dos tipos de psicofármacos: los ansiolíticos, y los antidepresivos.

ANSIOLITICOS	ANTIDEPRESIVOS
Benzodiacepinas de alta potencia: Alprazolam, Loracepam, Diacepam, Clonacepam. Producen efecto tranquilizante. Actúan reduciendo los síntomas de ansiedad, algunos de ellos en cuestión de minutos y disminuyen tanto la intensidad como la frecuencia de los episodios de angustia.	ISRS (Inhibidores Selectivos de la Recaptación de la Serotonina)→ Fluoxetina, Paroxetina, Fluvoxamina, Sertralina, Citalopram y Escitalopram.
Efectos adversos: somnolencia, alteraciones de la memoria, alteraciones de la atención y de la concentración. Su consumo prolongado puede generar efectos de dependencia (adicción) y tolerancia (pérdida progresiva de efectividad)	Efectos secundarios: aumento de peso, somnolencia, disfunción sexual

TRASTORNOS DEL ESTADO DEL ÁNIMO

Afecto significa estado emocional. La tristeza y la alegría son parte de la experiencia habitual de la vida diaria. El diagnóstico del trastorno del estado de ánimo se realiza en los casos en que la tristeza o la euforia son demasiado intensas y limitan la capacidad de llevar una vida normal a nivel físico, social y laboral.

ESTADOS DE ÁNIMO:



DEPRESION

Síndrome caracterizado por una disminución en el estado de ánimo. Según la OMS, es la tercera causa de licencia laboral.

Cursa con ánimo deprimido, ideas de culpa o muerte, clinofilia (tendencia a estar acostado), hipobulia, anhedonia, disminución de la libido. El tratamiento psicológico o psiquiátrico resulta imprescindible para reducir sus síntomas e incluso superarla.

Los síntomas acompañantes, que se presentan, con una evolución mínima de dos semanas, son:

- Aumento o disminución del apetito
- Aumento o disminución del sueño
- Ánimo deprimido
- Irritabilidad
- Ideas de muerte
- **Tríada** : humor triste, inhibición, dolor moral.(No es patognomónica)

FORMAS DE PRESENTACIÓN ACTUALES DE DEPRESIÓN

-**EPISODIO DEPRESIVO MAYOR**: síndrome depresivo que se prolonga más de 2 semanas y se repite de forma rutinaria durante más de 2 años. Tiene una alta tasa de mortalidad (15% se suicida) y es más frecuente en mujeres adolescentes/adultas.

Clasificación del C10 (según su gravedad)

0-Leve

1-Moderado

2-Grave sin síntomas psicóticos

3-Grave con síntomas psicóticos

4-En remisión parcial

5-En remisión total

6-No especificado

-**TRASTORNO DISTÍMICO**: Es un síndrome depresivo moderado que persiste durante más de 2 años. Puede iniciarse en la infancia y es difícil de reconocer, puede ser temprano o tardío si aparece antes o después de los 21 años. Este diagnóstico agrupa a la mayoría de las depresiones que anteriormente se las denominaba “neuróticas”.

-**DEPRESIÓN SECUNDARIA**: Son las provocadas por enfermedades orgánicas o fármacos. Entre las enfermedades médicas están las neurológicas, endocrinas, víricas: diabetes, hipotiroidismo, Síndrome de Cushing, tuberculosis, artritis reumatoide, Parkinson, entre otras. Entre los fármacos destacan los corticoides, anticonceptivos orales, los neurolépticos, etc.

CLASIFICACIÓN EN FUNCIÓN DEL PERFIL SINTOMÁTICO

Es necesario aclarar que las depresiones también se pueden clasificar sobre su base: Neurótica o Psicótica. En la NEUROTICA no hay desprendimiento de la realidad tan marcado y los síntomas son más tenues. La depresión PSICÓTICA (no estamos hablando de un episodio depresivo común en una persona psicótica) es la llamada **Melancolía** que presenta un estado de depresión intensa. Puede cursar con clinofilia, anorexia con pérdida de peso, disminución de la libido, alteraciones psicomotoras intensas y una ideación delirante de culpa o de ruina. La presencia de estos síntomas es un marcador de gravedad, conlleva un mayor riesgo de suicidio.

MELANCOLIA

Estado de depresión profunda, vivenciado con un sentimiento de dolor moral y caracterizado por un enlentecimiento e inhibición de las funciones psíquicas y psicomotoras. Aquí encontraremos la tríada semiológica de la depresión pero en caso de la melancolía, se encuentran en su extremo, se agravan, se profundiza.

- Características: es un cuadro de gravedad, sin tratamiento tiene una alta mortalidad. Es de importancia el correcto uso de fármacos, un antidepresivo podría potenciar la decisión del paciente de cometer suicidio.
- Circunstancias de aparición: En el marco de un trastorno bipolar o sola, conocida como depresión unipolar.
- Modo de Presentación: Suele ser lento (semanas o meses), con astenia, insomnio, falta de interés, dificultades para el trabajo, preocupaciones excesivas, humor sombrío, actividades enlentecidas.
- Período de estado: El paciente tiene la mirada fija, llora, casi no habla, entrecejo fruncido. Inhibición y abulia. Abandono, inercia, astenia. La inhibición psíquica es constante, la ideación es lenta, falta de atención y concentración. Hay mutismo y la síntesis mental está disminuida. Sentimientos depresivos. El paciente no se levanta de la cama, no come. Alucinaciones e ideas delirantes de tinte sombrío (no tienen corazón, se pudre una parte de su cuerpo, que está muerto [síndrome de Cotard]). Puede haber ideas de muerte marcadas y resistentes. Esto es un factor de gravedad, ya que el paciente en determinadas ocasiones muestra una mejoría, pero muchas veces esto puede significar que este ha tomado la decisión quitarse la vida.

Generalmente la melancolía se da en el contexto de un trastorno bipolar. Pero también puede desarrollarse sola, y se la llama trastorno unipolar.

Formas clínicas:

a-La Depresión melancólica simple o inhibida. Muy frecuente en la actualidad.

b-La Depresión melancólica estuporosa. Es forma grave con síntomas psicóticos.

c-Depresión melancólica ansiosa. Intensa angustia, casi contrario a la inhibida.

D-Depresión melancólica delirante. Delirio de culpa, de ruina y perjuicio, hipocondría, transformación de órganos.

Existen muchas **otras clasificaciones de depresión**. También encontramos una clasificación etiopatogénica:

- Depresión reactiva (un hecho concreto la desencadenó)
- Depresión endógena (no una causa explícita)
- Depresión enmascarada (predomina un estado más ansioso, irritable)

DEPRESION NEURÓTICA: se refiere a las depresiones reactivas. **La idea de una depresión REACTIVA** debe aplicarse a una depresión ligada estrechamente a un acontecimiento doloroso **pero de una intensidad y duración que no está en proporción con el acontecimiento**

Suele aparecer tras experiencias vividas como una frustración, decepciones, duelos, pérdida de aprecio, abandonos, etc. Una frustración amorosa, una decepción, hay un sufrimiento de no amar, o de no poder o de no ser amado. Una decepción de las aspiraciones laborales, de las ambiciones, etc. Surge la inseguridad, la desvalorización.

El paciente se hace reproches, quiere que se le consuele y compadezca, se le escuche. Casi siempre culpa a los demás o a la mala suerte.

Se queja de su estado psíquico, de su astenia e impotencia. **Se sienten peor por la tarde y mejor a la mañana, todo lo contrario al melancólico.** El comportamiento pseudosuicida es un chantaje

MANIA:

Modificación del estado del ánimo en sentido positivo, expansivo. Traducido en un estado de exaltación de las funciones psíquicas que se manifiesta como un exceso de energía en las áreas psíquica y corporal. De intensidad suficiente para deteriorar el funcionamiento del paciente y con una duración de al menos una semana.

CLINICA:

→ **Síntomas fundamentales:** Euforia, expansividad, irritabilidad cuando se ponen límites a su conducta (manías disfóricas), hiperprosexia, verborragia, verborrea, Hiperactividad psicomotriz

→ **Síntomas somáticos:** de la necesidad de sueño, hiporexia, hipersexualidad.

→ **Síntomas conductuales:** Aumento de la actividad mental (verborrea, taquipsiquia, fuga de ideas). Aumento de las actividades físicas (agitación, implicación en actividades arriesgadas, desprecio por el peligro).

→ **Síntomas cognitivos-pensamientos:** Aumento de la autoestima, gran optimismo, ideas delirantes o deliroides de tinte maníaco (marcadas por la euforia y la megalomanía). También pueden aparecer ideas delirantes persecutorias o de perjuicio. Pueden aparecer alucinaciones (suelen ser auditivas o verbales, relacionadas con el tema delirante y congruentes con su estado de ánimo).

HIPOMANÍA: Es una forma atenuada del estado maníaco. Puede evolucionar a la manía.

TRASTORNO BIPOLAR

Grupo de patologías caracterizadas por la alteración e inestabilidad del estado de ánimo en las que coexisten períodos de exaltación y de depresión, de diversa intensidad y durabilidad. Para su desarrollo como en todos los trastornos mentales, se conjugan factores de vulnerabilidad genética con factores de exposición ambiental. Se caracterizan por su curso recurrente en forma de diversas combinaciones de episodios maníacos o hipomaníacos con episodios depresivos.

Clasificación Según el DSM-5- (manual clasificatorio de la Asociación Americana de Psiquiatría), existen cuatro formas clínicas del trastorno bipolar:

- Trastorno Bipolar I: episodio de manía, con o sin depresión.
- Trastorno Bipolar II: hipomanía, con depresión.
- Trastorno ciclotímico: hipomanía + síntomas depresivos leves > 2 años.
- Otros Trastornos Bipolares Especificados: cuadros con “rasgos” de bipolaridad

Presentación clínica

Depende del episodio que esté cursando (ver presentación de manías y depresión) o mixta (con síntomas de depresión y manía superpuestos al mismo tiempo).

Alteraciones en el estado de ánimo, la psicomotricidad y el pensamiento.

- ♦ **Afecto aumentado:** autoestima, euforia, grandiosidad, expansibilidad e irritabilidad.
- ♦ **Motricidad:** necesidad de dormir (no tienen necesidad de dormir, no se sienten cansados, y de repente tienen mucho sueño es cómo que se les acaba la batería), verborragia, logorrea, hiperactividad, hipersexualidad buscan seducir todo el tiempo, complacer), gastos excesivos y conductas de riesgo (promiscuidad).
- ♦ **Pensamiento:** fuga de ideas (lluvia de ideas una detrás de otra y habla incoherencias, se bloquea el pensamiento del paciente y no se le entiende nada de lo que habla). Taquipsiquia (constantemente está en “multitasking”) y la distraibilidad (cómo está pensando en tantas cosas se distraen fácil)

La Crisis de Manía.

Cuadro Clínico: Tiene antecedentes similares, generalmente se asocia a una causa desencadenante, como ser, emocional. Se puede manifestar como una fase depresiva, fatiga, insomnio, o con síntomas de exaltación emocional

Condiciones de aparición

- Edad media del primer acceso es antes de los 40 años.
- Predisposición en el sexo femenino.
- Raza de tipo alpino y latino... es decir las más pícnicas.
- Niveles socioeconómicos acomodados.

Período de estado.

En la presentación típica el paciente puede mostrarse desarreglado, a veces con vestimenta estrafalaria, tiene facie alegre o furiosa. Hay aumento en el ritmo de las funciones psíquicas, una aceleración de los diferentes procesos: la taquipsiquia se exterioriza como una aceleración de las representaciones mentales, no hay un orden, la asociación de ideas es superficial y rápida, el lenguaje sigue un flujo constante, las frases son mal armadas y se reproducen muy rápido.

Síndrome nuclear sería:

1-Fuga de ideas. Taquipsiquia, o sea a aceleración del conjunto de los procesos mentales del pensamiento, imágenes, memoria, imaginación. Las ideas corren una atrás de otra, se atropellan sin acabar de completarse.

2-Excitación psicomotora. Una hiperactividad constante de la que no puede escapar ni detenerse. Nada está quieto en el maníaco.

3-Síndrome somático. El insomnio, la pérdida de peso con adelgazamiento, la glotonería, la taquicardia y a veces hipertermia, y eso que se ha dado en llamar Potomanía, exceso en la ingestión de agua y a veces cualquier otro líquido.

4-Síndrome delirante. Se manifiesta en un alto porcentaje de los casos (60 a 70 %) y es más bien de tipo megalomaníaco que persecutorio, lo que ya ayuda a diferenciarlo de la esquizofrenia.

Evolución

La característica fundamental de los trastornos bipolares es su tendencia a la recurrencia, los episodios de depresión son más extensos que los maníacos; con un intervalo lúcido entre los mismos cuya duración puede ser variable, pero que tiende a acortarse si no se realiza el tratamiento adecuado. Puede haber deterioro cognitivo, físico y social de la persona.

Tratamiento: Se necesita un tratamiento farmacológico de base, en conjunto con psicoterapia e intervenciones de carácter social. Debe tratarse a largo plazo, consta de 2 fases: la fase aguda (maníaca, hipomaníaca, depresiva o mixta) y fase de mantenimiento.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ANSIEDAD-DEPRESIÓN

ANSIEDAD	DEPRESION
-Comienzo antes de los 30 años	-Después de los 30 años
-Síntomas críticos o permanentes	-Síntomas cíclicos
-Mejoría matutina	Mejoría vespertina
-Insomnio de conciliación.	Insomnio tardío (despertar precoz)
-Pesadillas (sueños de angustia)	Sueños tristes y sombríos
-Temor a la muerte.	Ideas desiderativas de muerte
-Proyección al futuro.	Proyección al pasado (culpa)
-Mejoría con psicoterapia	Mejoría con antidepresivos

TRASTORNO DEPRESIVO:

-estados ansiosos.

-Demencia: los trastornos depresivos suelen ser difíciles de separar de la demencia en los pacientes de edad media y avanzada, ya que algunos pacientes con depresión se queja de dificultades graves con la memoria.

-Esquizofrenia:

-Abuso de sustancias: en los trastornos por el consumo de sustancias son frecuentes los síntomas depresivos.

TRASTORNOS MANIACOS:

-Esquizofrenia, demencia y abuso de estimulantes.

PSICOSIS

Clásicamente se consideran **psicosis** todos los trastornos mentales en los que la pérdida de contacto con la realidad es el dato relevante.

Las **Psicosis** cursan frecuentemente con ***delirios*** (pensamientos ilógicos, irracionales, por lo general muy extravagantes y sin basamento real, que no están apoyados en una creencia cultural compartida y que no son posibles de rebatir a través de argumentos lógicos) y con ***alucinaciones*** (percepciones sin estímulo real, como voces, visiones, etc.).