



**Universidad Del Sureste**  
**Campus Comitán De Domínguez, Chiapas**  
**Licenciatura En Medicina Humana**



## **Tema: TRASTORNO DE BIPOLATIDAD**

**Nombre: Angélica González Cantinca**

**Grupo: B**

**Grado: 4**

**Materia: Psiquiatría**

**Docente: Cristian Jonathan Aguilar Ocampo**

# TRASTORNO BIPOLAR

Para poder abordar este tema debemos saber principalmente que el estado de ánimo se define como un tono emocional o sentimental generalizado y sostenido que influye en el comportamiento de una persona y da color a su percepción de formar parte del mundo. El estado de ánimo puede ser lábil, fluctuando o alterado rápidamente entre extremos. Estos cambios originan casi siempre un deterioro del funcionamiento interpersonal, social y laboral. El estado de ánimo puede ser normal, elevado o deprimido. Las personas sanas experimentan una amplia variedad de estados de ánimo, tienen un repertorio igualmente grande de expresiones afectivas y se sienten en control de sus estados de ánimo y afectos.

Por lo tanto, el trastorno bipolar se caracteriza por una intensa oscilación del estado de ánimo entre la depresión y la exaltación, así como por su remisión y recurrencia. El inicio del trastorno bipolar se registra alrededor de los 30 años de edad. Sin embargo, este trastorno también puede presentarse en niños pequeños y en adultos mayores. Se clasifica en cinco variantes; trastorno bipolar I, trastorno bipolar II, trastorno ciclotímico, trastornos bipolares debido a otra afección médica y trastorno bipolar inducido por sustancias/médicas de los cuales hablaremos más adelante.

## TRASTORNO BIPOLAR I

Se caracteriza imprescindible por los antecedentes de un episodio maníaco o de un episodio mixto-depresivo. Un episodio maníaco es un periodo bien definido de estado de ánimo anormal u persistentemente elevado, expansivo o irritable, y un aumento anormal y persistente de la actividad o la energía, que dura como mínimo una semana y está presente la mayor parte del día, casi todos los días.

El trastorno se subdivide de muchas formas: según el tipo de episodio actual (maníaco, hipomaníaco, depresivo o mixto), en remisión parcial o en remisión (leve, moderado, grave sin psicosis, grave con rasgos psicóticos, en remisión parcial o en remisión total) y dependiendo de si la evolución reciente se caracteriza por una sucesión rápida de ciclos (por lo menos cuatro episodios en 12 meses). El trastorno bipolar es más frecuente en los países ricos que en los países pobres (1,4:s. 0,7 %). Existen mayores tasas de trastorno bipolar I entre los separados, divorciados y viudos que entre las personas casadas y las que nunca lo han estado, aunque no está clara la tendencia de la asociación.

Una historia familiar de trastorno bipolar es uno de los factores de riesgo más sólidos y sistemáticos del trastorno bipolar. Existe un riesgo promedio 10 veces superior entre los familiares adultos de los pacientes con trastorno bipolar I y II. La magnitud del riesgo aumenta con el grado de parentesco. La esquizofrenia y el trastorno bipolar probablemente comparten un origen

genético, que se refleja en la agregación familiar de la esquizofrenia y el trastorno bipolar. De acuerdo a los modificadores del curso si un individuo ha tenido un episodio maníaco con rasgos psicóticos, es más probable que los siguientes episodios incluyan rasgos psicóticos. La recuperación interepisódica incompleta es más frecuente si el episodio actual se acompaña de rasgos psicóticos incongruentes con el estado de ánimo.

## **TRASTORNO BIPOLAR II**

Se caracteriza por antecedentes de episodios hipomaniacos y de depresión mayor. Los episodios hipomaniacos son síntomas de trastornos del estado de ánimo. Estos episodios son menos graves que los episodios maníacos, aunque todavía pueden interferir en la capacidad de la persona para desempeñarse adecuadamente, este tiene una duración mínima de 4 días. La principal diferencia entre manía e hipomanía es la intensidad de la alteración asociada con el síndrome.

El riesgo de trastorno bipolar II tiende a ser mayor entre los familiares de los pacientes con trastorno bipolar II, a diferencia de lo que ocurre en los pacientes con trastorno bipolar I o con trastorno depresivo mayor. Parecen existir factores genéticos que influyen sobre la edad de inicio de los trastornos bipolares. El patrón de ciclos rápidos se asocia a un peor pronóstico. En los pacientes con trastorno bipolar II, la vuelta a los niveles anteriores de funcionamiento social es más probable en los sujetos de menor edad y con depresión menos grave, lo que sugiere que la mayor duración de la enfermedad influye negativamente en la recuperación. En los pacientes con trastorno bipolar, una mayor educación, menos años de enfermedad y estar casado son factores que se asocian de forma independiente con la recuperación funcional, incluso después de ajustar el tipo de diagnóstico (I o II), los síntomas depresivos actuales y la presencia de comorbilidad psiquiátrica. Como un consejo clínico debemos saber que, si hay antecedente de un episodio maniaco completo único, el diagnóstico será siempre trastorno bipolar I; en el trastorno bipolar II siempre se encuentran antecedentes de un episodio depresivo mayor.

## **TRASTORNO CICLOTÍMICO**

Equivalente bipolar del trastorno distímico. Es una alteración crónica y leve del estado de ánimo con numerosos episodios e hipomaniacos por un mínimo de 2 años. Es un trastorno menos grave, se presenta con la misma frecuencia en hombre y mujeres. El inicio es insidioso y, por lo general, tiene lugar al final de la adolescencia o en la edad adulta temprana. El abuso de

sustancias es habitual. El trastorno de depresión mayor y el trastorno bipolar son más frecuentes entre parientes de primer grado que entre la población en general. Las fluctuaciones recurrentes del estado de ánimo pueden dar lugar a dificultades sociales y profesionales. Los pacientes pueden responder al litio. comienza normalmente en la adolescencia o en la edad adulta temprana y a veces se considera que refleja una predisposición temperamental hacia otros trastornos. El comienzo del trastorno ciclotímico suele ser insidioso, y el curso es persistente. Existe un riesgo del 15-50% de que un paciente con trastorno ciclotímico desarrolle posteriormente un trastorno bipolar I o bipolar II. Si el comienzo de los síntomas hipomaníacos o depresivos, que son persistentes y fluctuantes, se produce en la edad adulta tardía, antes de asignar el diagnóstico de trastorno ciclotímico será necesario distinguirlo claramente del trastorno bipolar y de los trastornos relacionados debidos a otra afección médica (p. ej, la esclerosis múltiple). En los niños con trastorno ciclotímico, la edad promedio de inicio son los 6 años y medio.

### **TRASTORNO BIPOLAR DEBIDO A OTRA AFECCIÓN MÉDICA.**

Se diagnostica cuando existen pruebas de que una alteración importante del estado de ánimo es consecuencia directa de una enfermedad médica general (tumor del lóbulo frontal). El trastorno bipolar y trastorno relacionado debido a otra afección médica tiene un comienzo agudo o subagudo dentro de las primeras semanas o el primer mes tras el comienzo de la afección médica asociada. Sin embargo, esto no es siempre así, ya que el empeoramiento y las recaídas posteriores de la afección médica asociada pueden preceder al comienzo del síndrome maníaco o hipomaníaco. En estas situaciones, el clínico debe emplear el juicio clínico para discernir si la afección médica es causal basándose en la secuencia temporal y la plausibilidad de una relación etiológica. Finalmente, el trastorno debe remitir antes o justo después de que la afección médica remita, en particular cuando es eficaz el tratamiento de los síntomas maníacos/hipomaníacos.

### **TRASTORNO BIPOLAR INDUCIDO POR SUSTANCIAS/MEDICAMENTOS.**

Se diagnostica cuando la causa de la alteración del estado de ánimo es la intoxicación por una sustancia, la abstinencia de esta o un fármaco (p.ej., anfetaminas). En la manía inducida por fenciclidina, la presentación inicial puede ser el delirium con rasgos afectivos que se convierte en un estado

atípico de manía o de manía mixta. Esta afección acompaña al consumo o la inhalación rápida y aparece normalmente en unas horas o, como mucho, en unos pocos días. En los estados de manía o hipomanía inducidos por estimulantes, la respuesta se produce en cuestión de minutos o una hora tras uno o varios consumos o inyecciones. El episodio es muy breve y normalmente se resuelve en 1-2 días. En el caso de los corticosteroides y de algunos medicamentos inmunosupresores, la manía (o los estados mixtos o depresivos) normalmente se produce varios días después del consumo y existe mayor probabilidad de que se produzcan síntomas bipolares con las dosis de medicación más altas.

Por lo tanto, para concluir con ese tema es importante recalcar que este trastorno no es un simple sentimiento o emoción, por lo cual requiere de gran conocimiento saber de lo que estamos hablando. Por lo tanto, el trastorno bipolar es una **intensa oscilación del estado de ánimo entre la depresión y la exaltación, así como por su remisión y recurrencia**. Estos cambios pueden afectar negativamente a la vida personal, académica y laboral de las personas que lo padecen, e incluso llevarlas al suicidio. Sin embargo, con un diagnóstico oportuno y un tratamiento adecuado, los pacientes pueden mejorar su calidad de vida y reducir los riesgos de las crisis. El trastorno bipolar no es una incapacidad, sino una dificultad para controlar las emociones.