

- LIBRO CIENCIAS DE LA SALUD -

-AUTOR: Prof. Dr. Enrique Barmaimon.

-

**-Doctor en Medicina.
-Cátedras de Anestesiología
-Cuidados Intensivos
-Neuroanatomía
-Neurofisiología
-Psicofisiología
-Neuropsicología.**

- TOMO III -

**-AÑO 2017- 1ª Edición Virtual: 15.01.2017.- Biblioteca Virtual de Salud- S.M.U.
- MONTEVIDEO, URUGUAY.**

Queda terminantemente prohibido reproducir este libro en forma escrita y virtual, total o parcialmente, por cualquier medio, sin la autorización previa del autor. Derechos reservados.
1ª Edición. Año 2017. Impresión virtual-.www.svb.smu.org.uy.
- email: henribar1@multi.com.uy; henribar204@gmail.com; henribar@multi.com.uy.
-Montevideo, 15 de febrero de 2017. - 4 TOMOS: TOMO III -
- Biblioteca Virtual de Salud del S. M.U. .(<http://www.bvssmu.org.uy/>). (libros);
(barmaimon).(OR).(buscar);(Elegir libro entre 41 : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra).

- TOMO III -

- LIBROS CIENCIAS DE LA SALUD -
- INDICE.
- INTRODUCCIÓN.
- 1)-TÉCNICA.
- 2)- PROTOCOLOS.
- 2. [1\)- Requerimientos de la técnica.](#)
- 2. [2 \)-Conceptos relacionados.](#)
- 2,3)- [Historia.](#)
- 2.4)- [Véase También.](#)
- 2.5)- [Enlaces Externos.](#)
- 3)- TECNOLOGÍA.
- 3.1)- [Funciones de la Tecnología .](#)
- 3.1.1)- [Importancia de la Tecnología en Nuestros Tiempos.](#)
- 3.1.2) [Funciones No Técnicas de los Productos tecnológicos .](#)
- 3.1.2.1)- [Función Estética de los Objetos Tecnológicos.](#)
- 3.1.2.2)- [Función simbólica de los objetos tecnológicos.](#)
- 3.2)-[Métodos de las Tecnologías .](#)
- 3.2.1)- [Herramientas e Instrumentos.](#)
- 3.2.2)- [Invención de Artefactos.](#)
- 3.3)- [Tipos de Tecnologías .](#)
- 3.3.1)- [Tecnologías Duras y Blandas.](#)
- 3.3.2)- [Tecnologías Apropriadas](#)
- 3.3.2.1)- [Ejemplos de Tecnologías Apropriadas.](#)
- 3.3.3)- [Nuevas Tecnologías.](#)
- 3.4)- [Economía y Tecnologías](#)
- 3.4.1)- [Teoría Económica.](#)
- 3.4.2)- [Industria.](#)
- 3.4.3)- [Servicios.](#)
- 3.4.4)- [Comercio.](#)
- 3.4.5)- [Recursos Naturales.](#)
- 3.4.6)- [Trabajo .](#)
- 3.4.6.1)- [Taylorismo.](#)
- 3.4.6.2)-[Fordismo.](#)
- 3.4.6.3)- [Toyotismo.](#)
- 3.4.6.4)- [La Desaparición y Creación de Puestos de Trabajo.](#)
- 3.4.6.4.1)- [Sistema Educativo en Uruguay.](#)
- 3.4.6.4.1.1) -[Generalidades.](#)
- 3.4.6.4.1.2)- [Principios Generales de la Educación Uruguaya.](#)
- 3.4.6.4.1.3)- [Organismos Gestores del Sistema Educativo .](#)
- 3.4.6.4.1-3.1)- [Ministerio de Educación y Cultura \(MEC\).](#)
- 3.4.6.4.1.3.2)- [Administración Nacional de Educación Pública \(ANEP\).](#)
- 3.4.6.4.1.3.3)- [Universidad de la República.](#)
- 3.4.6.4.1.4)- [Tránsito Educativo .](#)
- 3.4.6.4.1.4.1)- [Educación Formal .](#)
- 3.4.6.4.1.4.1.1)- [Educación Preprimaria e Inicial.](#)
- 3.4.6.4.1.4.1.2) -[Educación Primaria.](#)
- 3,4.6.4.1.4.1.3)- [Educación Media o Secundaria.](#)
- 3.4.6.4.1.4.1.4)-[Educación Superior o Terciaria.](#)

- 3.4.6.4.1. [4.2\)- Educación No Formal.](#)
 - 3.4.6.4.1.5)- [Estadísticas Sobre Educación,](#)
 - 3.4.6.4.1.6)- [Grados Académicos.](#)
 - 3.4.6.4.1.7)- [Véase También](#)
 - 3.4.6.4.1.8)- [Referencias.](#)
 - 3.4.7)- [Publicidad.](#)
 - 3.5)- [Impactos de la Tecnología.](#)
 - 3.6)- [Cultura y Tecnologías.](#)
 - 3.7)- [Medio Ambiente y Tecnologías.](#)
 - 3.8)- [Ética y Tecnologías.](#)
 - 3.9)- [Tecnología y Discapacidad Visual.](#)
 - 3.10)- [Crítica a la Tecnología.](#)
 - 3.11)- [Tecnología y Género.](#)
 - 3.12)- [Véase También.](#)
 - 3.13)- [Referencias.](#)
 - 3.14)- [Bibliografía .](#)
 - [3.15\)- Enlaces Externos.](#)
 - 4)- **METODOLOGÍA.**
 - 4.1)- [Términos Filosóficos.](#)
 - 4.2)- [Metodología de la Investigación Científica .](#)
 - 4.2.1)- [La Heurística Como Metodología Científica.](#)
 - 4.2.2)- [Metodología de las Ciencias Sociales.](#)
 - 4.2.3)- [Metodología de las Ciencias Humanas .](#)
 - 4.3)- [Véase También.](#)
 - 4.4)- [Referencias .](#)
 - 4.5)- [Bibliografía.](#)
 - 4. 6)- [Enlaces Externos.](#)
 - 5)- **TEST ESTANDARIZADO.**
 - 6)- **CASO CLÍNICO.**
 - 6. 1)- [Definición.](#)
 - 6.2)- [Objetivo.](#)
 - 6.3)- [Contenido](#)
 - 6.4)- [Tipos](#)
 - 6.4.1)- [Según los Datos Manejados.](#)
 - 6.4.2)- [Según el Diagnóstico.](#)
 - 6.5)- [Modelos de Casos Clínicos.](#)
 - 6.6)- [Véase También.](#)
 - 6.7)- [Referencias.](#)
 - 6.8)- [Enlaces Externos.](#)
- PARTE I : GENERALIDADES:**
- 1)- **CIENCIAS.**
 - 1.1)- [Clasificación de las Ciencias .](#)
 - 1.1.1)- [Interdisciplinariedad.](#)
 - 1.1.2)- [Clasificación de Comte.](#)
 - 1.1.3)- [Clasificaciones Fundamentales.](#)
 - 1.2)- [Construcción de la Ciencia .](#)
 - 1.2.1)- [Método Hipotético-deductivo.](#)
 - 1.2.2)- [Inductivismo.](#)
 - 1.2.3)- [Crisis de la Ciencia Moderna.](#)

- 1.2.4)- [Posmodernidad](#).
- 1.3)- [Construcción del Saber Científico](#).
- 1.3.1)- [Demarcación de la Ciencia](#)
- 1.3.2)- [Conocer y Saber](#).
- 1.3.3)- [Observación de los Hechos](#).
- 1.3.4)- [Ley Científica](#).
- 1.3.5)- [Teoría Científica](#) .
- 1.3.5.1)- [Construcción de Modelos](#).
- 1.3.5.2)- [Teoría](#)
- 1.3.5.2.1)- [La Caja Negra](#)-
- 1.3.6)- [Problema de la Inducción](#)
- 1.4)- [Historia y Progreso del Conocimiento Científico](#).
- 1.5)- [Terminología](#)
- 1.6)- [Método Científico](#).
- 1.7)- [Consenso Científico y Objetividad](#).
- 1.8)- [Aplicaciones de la Lógica y de las Matemáticas en la Ciencia](#).
- 1.9)- [Divulgación Científica](#).
- 1.10)- [Influencia en la Sociedad](#).
- 1.11)- [Véase También](#).
- 1.12)- [Notas](#).
- 1.13)- [Referencias](#).
- 1.14)- [Bibliografía](#)
- 1.15)- [Enlaces Externos](#).

- 2)- [FILOSOFÍA](#).
- 2.1)- [Etimología](#).
- 2.2)- [Ramas de la Filosofía](#) .
- 2.2.1)- [Metafísica](#).
- 2.2.2)- [Gnoseología](#).
- 2.2.3)- [Lógica](#).
- 2.2.4)- [Ética](#).
- 2.2.5)- [Estética](#).
- 2.2.6)- [Filosofía Política](#).
- 2.2.7)- [Filosofía del Lenguaje](#).
- 2.2.8)- [Filosofía de la Mente](#).
- 2.2.9)- [Filosofía de la Historia](#).
- 2.3)- [Historia de la filosofía](#)
- 2.3.1)- [Filosofía Presocrática](#)
- 2.3.2)- [Filosofía Griega Clásica](#).
- 2.3.3)- [Filosofía Helenística](#).
- 2.3.4)- [Filosofía Medieval](#).
- 2.3.5)- [Filosofía Renacentista](#).
- 2.3.6)- [Filosofía Moderna : siglos XVII y XVIII](#) .
- 2.3.7)- [Filosofía del siglo XIX](#).
- 2.3.8)- [Filosofía del siglo XX](#).
- 2.4)- [Iconología](#).
- 2.5)- [Véase También](#).
- 2.6)- [Notas y Referencias](#).
- 2.7)- [Bibliografía](#)
- 2.8)- [Enlaces Externos](#).

- 3)- ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD .
 - 3.1)- [Objetivos](#)
 - 3.2)- [Características](#)
 - 3.3)- [Prestación Sanitaria](#) .
 - 3.3.1)- [Servicios](#)
 - 3.4)- [Organización](#)
 - 3.4.1)- [Estructura](#) .
 - 3.4.1.1)- [Estructura Física](#).
 - 3.4.1.2)- [Estructura Humana](#).
 - 3.4.2)- [Proceso](#).
 - 3.4.3)- [Resultado](#).
 - 3.5)- [Historia Clínica](#).
 - 3.6)- [Problemas de Salud](#).
 - 3.7)- [Día de la Atención Primaria](#)
 - 3.8)- [Profesionales Ilustres](#).
 - 3.9)- [Centros de Salud](#).
 - 3.10)- ASSE : Administración de los Servicios de Salud del Estado.
 - 3.10.1)- [Características](#).
 - 3.10.2)- [Centros asistenciales](#)
 - 3.10.2.1)- [Montevideo y Área Metropolitana](#).
 - 3.10.2.2)- [Interior](#)
 - 3.10.2.2.1)- [Centros del 2.º nivel de atención](#).
 - 3.10.2.2.2)- [Centros Regionales](#).
 - 3.10.3)- [Referencias](#).
 - 3.11)- [Sistema Integrado de Salud de Uruguay](#).
 - 3.12)- [Véase También](#).
 - 3.13)- [Referencias](#)
 - 3.14)- [Bibliografía](#)
 - 3.15)- [Enlaces Externos](#)
 - 4)- CIENCIAS DE LA SALUD.
 - 4.1)- [Clasificación](#)
 - 4.1.1)- [Medicina](#).
 - 4.1.2)- [Psicología](#).
 - 4.1.3)- [Logopedia](#): Fonoaudiología.
 - 4.1.4)- [Obstetricia : Matronería](#).
 - 4.1.5)- [Optometría](#).
 - 4.1.6)- [Fisioterapia](#).
 - 4.1.7)- [Enfermería](#).
 - 4.1.8)- [Podología](#)
 - 4.1.9)- [Ciencias de la Nutrición](#).
 - 4.1.10)- [Farmacia](#).
 - 4.1.11)- [Laboratorio Clínico](#).
 - 4.1.12)- [Veterinaria](#)
 - 4.2)- [Véase También](#).
 - 4.3)- [Referencias](#).
 - Clasificación : -[Medicina](#).
 - 1.1)- [Alergología](#).
 - 1.2)- [Enfermedad Autoinmune](#).
 - 2)- [Anestesiología y Reanimación](#) o Medicina Perioperatoria.
 - 3)- [Cardiología](#).

- 4)- [Dermatología.](#)
- 5)- [Gastroenterología.](#)
- 6)- [Endocrinología.](#)
- 7)- [Geriatría.](#)
- 8)- [Hematología y Hemoterapia.](#)
- 9)- [Hidrología Médica.](#)
- 10)- [Infectología.](#)
- 11)- [Medicina Aeroespacial.](#)
- 12)- [Medicina del Deporte.](#)
- 13)- [Medicina del Trabajo.](#)
- 14)- [Medicina de Urgencias.](#)
- 15)- [Medicina Familiar y Comunitaria.](#)
- 16)- [Medicina Intensiva.](#)
- 17)- [Medicina Interna.](#)
- 18)- [Medicina Legal y Forense.](#)
- 19)- [Medicina Preventiva y Salud Pública.](#)
- 20)- [Nefrología.](#)
- 21)- [Neumología.](#)
- 22)- [Neurología.](#)
- 23)- [Nutriología.](#)
- 24)- [Obstetricia y Ginecología.](#)
- 25)- [Odontología.](#)
- 26)- [Oftalmología.](#)
- 27)- [Oncología Médica.](#)
- 28)- [Oncología Radioterápica.](#)
- 29)- [Otorrinolaringología.](#)
- 30)- [Pediatría.](#)
- 31)- [Proctología.](#)
- 32)- [Psiquiatría.](#)
- 33)- [Rehabilitación.](#)
- 34)- [Reumatología.](#)
- 35)- [Traumatología.](#)
- 36)- [Toxicología.](#)
- 37)- [Semiología.](#)
- 38)- [Urología.](#)
- Clasificación [Psicología.](#)
- 1)- [Psicología Clínica.](#)
- 2)- [Psicoterapia.](#)
- 3)- [Psicología Cognitiva.](#)
- 4)- [Psicología Comportamental.](#)
- 5)- [Psicología Cognitivo-Conductual.](#)
- 6)- [Psicología Humanista.](#)
- 7)- [Psicología Dinámica.](#)
- 8)- [Psicología Experimental.](#)
- 9)- [Psicología del Deporte.](#)
- 10)- [Psicología Educativa.](#)
- 11)- [Psicología Organizacional.](#)
- 12)- [Psicología Comunitaria.](#)
- 13)- [Psicología Evolutiva.](#)
- 14)- [Psicología Forense.](#)

- 15)- [Psicopatología](#).
- 16)- [Psicometría](#).
- 17)- [Neuropsicología](#).
- 18)- [Psicobiología](#).
- 19)- [Psicofisiología](#).
- Clasificación Otras Especialidades Ciencias de la Salud.
 - .-1)- [Logopedia](#): Fonoaudiología.
 - .-2)- [Obstetricia : Matronería](#) .
 - .-3)- [Optometría](#).
 - .Optometria funcional; Optometria pediatrica; Optometria geriatica ; .Optometria refractiva.
 - .-4)- [Fisioterapia](#).
 - [Fisioterapia Veterinaria](#).
 - [Fisioterapia Traumatológica](#).
 - [Fisioterapia Ortopédica](#).
 - [Fisioterapia Ginecológica](#).
 - [Fisioterapia Cardiovascular](#).
 - [Fisioterapia en Cuidado Crítico](#).
 - [Fisioterapia Respiratoria](#).
 - [Fisioterapia en Salud Mental y Psiquiatría](#).
 - [Fisioterapia Torácica](#).
 - [Fisioterapia Reumatológica](#).
 - [Fisioterapia Manual](#).
 - [Fisioterapia del Deporte](#).
 - .-5)- [Enfermería](#).
 - [Enfermería Obstétrico-Ginecológica](#).
 - [Enfermería de Salud Mental](#).
 - [Enfermería Geriátrica](#).
 - [Enfermería del Trabajo y Salud Laboral](#).
 - [Enfermería Médico-Quirúrgica](#).
 - [Enfermería Familiar y Comunitaria](#).
 - [Enfermería Pediátrica](#).
 - .-6)- [Podología](#).
 - .-7)- Ciencias de la Nutrición.
 - .-8)- [Bromatología](#)
 - .-9)- [Dietética](#).
 - .-10)- [Farmacia](#).
 - [Farmacia Comunitaria \(oficina de farmacia\)](#).
 - [Farmacia de Atención Primaria](#).
 - [Farmacia Galénica y Farmacología](#).
 - [Farmacogenética y Farmacogenómica](#).
 - [Farmacia Hospitalaria](#).
 - [Química Farmacéutica y Farmacognosia](#).
 - [Radiofarmacia](#).
 - .-11)- Laboratorio Clínico.
 - [Análisis Clínicos](#).
 - [Citogenética Clínica](#).
 - [Cito hematología Clínica](#).
 - [Genética molecular Clínica](#).
 - [Hemostasiología Clínica](#).

- [Inmunología Clínica.](#)
- [Microbiología Clínica.](#)
- . -12)- [Veterinaria.](#)
- 5)- [CIENCIAS SOCIALES.](#)
- 5.1)- [Caracterización de las Ciencias Sociales](#)
- 5.1.1)- [Ciencia Social frente a Estudios Sociales.](#)
- 5.1.2)- [Entre la Ciencia y la Filosofía.](#)
- 5.1.3)- [Interdisciplinariedad.](#)
- 5.2)- [Lista de Ciencias Sociales.](#)
- 5.3)- [Disciplinas Conectadas con las Ciencias Sociales.](#)
- 5.4)- [Lista de Humanidades.](#)
- 5.5)- [Educación y Grados.](#)
- 5.6)- [Véase También.](#)
- 5.7)- [Referencias.](#)

- PARTE II - MEDICINA.
- 1)- [Historia .](#)
- 1.1)- [Generalidades Antiguas..](#)
- 1.2)- [Premodernismo.](#)
- 1.3)- [A Partir del del siglo XIX .](#)
- 1.4)- [APORTACIONES A LA CIENCIA DE LA SALUD: Algunos Personajes.](#)
- 1.5)- [Báculo de Asclepio o Esculapio.](#)
- 2)- [Fines de la Medicina.](#)
- 3)- [Práctica de la Medicina .](#)
- 3.1)- [Agentes de Salud.](#)
- 3.2)- [Relación Médico-paciente.](#)
- 3.3)- [Sistema Sanitario y Salud Pública.](#)
- 4)- [Ética Médica.](#)
- 5)- [Especialidades Médicas.](#)
- 6)- [Sociedades Científicas.](#)
- 7)- [Colegios de Médicos.](#)
- 8)- [Formación Universitaria .](#)
- 8.1)- [Competencias Básicas de Un Estudiante de Medicina.](#)
- 8.2)- [Materias Básicas.](#)
- 8.3)- [Materias relacionadas-](#)
- 8.4)- [En España.](#)
- 8.5)- [En Uruguay UDELAR.](#)
- 8.5.1)- [Historia.](#)
- 8.5.2)- [Estudiantes.](#)
- 8.5.3)- [Títulos de Grado y Posgrado.](#)
- 8.5.4)- [Escuelas de la Facultad de Medicina](#)
- 8.5.5)- [Hospital Universitario](#)
- 8.5.6)- [Decanos](#)
- 8.5.7)- [Direcciones.](#)
- 8.5.8)- [Organigramas.](#)
- 8.5.9)- [Referencias.](#)
- 8.5.10)- [Enlaces Externos.](#)
- 8.6)- [En URUGUAY CLAEH.](#)
- 9)- [Controversias.](#)
- 10)- [Véase También.](#)

[-11- Referencias.](#)

[-12- Enlaces Externos.](#)

-PARTE III- PSICOLOGÍA.

[-1\)- Etimología.](#)

[-2\)- Ámbito Científico.](#)

[-2.1\)- Métodos de Investigación en Psicología.](#)

[-2.2\)- Organizaciones Científicas en Psicología.](#)

[-3\)- Cronología de las Escuelas Psicológicas.](#)

[-4\) - Teorías y Sistemas Psicológicos .](#)

[-4.1\)- El Psicoanálisis.](#)

[-4.2\)- El Conductismo.](#)

[-4.3\)- El Cognitivismo.](#)

[-4.4\)- La Psicología Humanista.](#)

[-4.5\)- La Psicobiología.](#)

[-4.6\)- El Estructuralismo.](#)

[-4.7\)- El Asociacionismo.](#)

[-4.8\) -La Psicología de la Gestalt.](#)

[-4.9\)- El Funcionalismo.](#)

[-5\)- Psicología Básica .](#)

[-5.1\)- Funciones Psicológicas.](#)

[-5.2\)- Psicología del Aprendizaje.](#)

[-5.3\)- Psicología Evolutiva o del Desarrollo.](#)

[-5.4\)- Psicopatología o psicología de la Anormalidad.](#)

[-5.5\)- Psicología del Arte.](#)

[-5.6\)- Psicología de la Personalidad.](#)

[-6 -Psicología aplicada](#)

[-6.1- Psicología Clínica.](#)

[-6.2- Psicología Educativa.](#)

[-6.3- Psicología Infantil o Infanto-juvenil](#)

[-6.4- Psicología Social.](#)

[-6.5- Psicología Industrial u Organizacional.](#)

[-6.6- Psicología Comunitaria.](#)

[-6.7- Psicología de la Salud.](#)

[-6.8- Psicología de la Emergencia.](#)

[-6.9- Psicología Forense.](#)

[-6.10- Psicología del Deporte.](#)

[-6.11- Psicología Cognitiva.](#)

[-7\)- Formación del Psicólogo .](#)

[-7.1\)- Área Sustantivo-psicológica.](#)

[-7.2\)- Área Metodológica y de Investigación.](#)

[-7.3\)- Área Aplicada.](#)

[-7.4\)- Área Complementaria.](#)

[-8\)- Diferencias entre Psicología y Psiquiatría.](#)

[-9\)- Otras acepciones de *Psicología*.](#)

[-10\)- Véase También.](#)

[-11\)- Referencias.](#)

[-12\)- Enlaces Externos.](#)

-TOMO II-

- PARTE IV- ESPECIALIDADES MÉDICAS.

- Clasificación:

-1.1)- [ALERGOLOGÍA](#).

-1.1.1)- [Clasificación](#)

-1.1.1.1)- [Específicas de órgano](#).

-1.1.1.2 [Multiorgánicas o Sistémicas](#).

-1.1.2) [Etiología](#) .

-1.1.2.1)- [Teorías antiguas](#).

-1.1.2.2)- [Teorías nuevas: permeabilidad Intestinal Aumentada](#).

-1.1.3)- [Pronóstico](#).

-1.1.4)- [Referencias](#).

-1.1.5)- [Bibliografía](#)

- 1.2)- ENFERMEDADES AUTOINMUNES.

-1.2.1)- [Terminología](#).

-1.2.2)- [Órganos Primarios y Secundarios](#).

-1.2.3)- [Líneas Inmunitarias de Defensa](#).

-1.2.4)- [Características del Sistema Inmunitario](#).

-1.2.5)- [Barreras Superficiales y Químicas](#).

-1.2.6)- [Inmunidad Innata](#) .

-1.2.6.1)- [Barreras Humorales y Químicas](#) .

-1.2.6.1.1) - [Fiebre](#).

-1.2.6.1.2)- [Inflamación](#).

-1.2.6.1.3)- [Sistema del Complemento](#).

-1.2.6.2)- [Barreras Celulares del Sistema Innato](#).

-1.2.7)- [Inmunidad Adaptativa o Adquirida](#) .

-1.2.7.1)- [Linfocitos](#) .

-1.2.7.1.1)- [Linfocitos T Citotóxicos](#).

-1.2.7.1.2)- [Linfocitos T Colaboradores](#).

-1.2.7.1.3)- [Células T y \$\delta\$](#) .

-1.2.7.1.4)- [Anticuerpos y Linfocitos B](#).

-1.2.7.1.5)- [Sistema Inmunitario Adaptativo Alternativo](#).

-1.2.7.)- [Memoria Inmunitaria](#) .

-1.2.7.2.1)- [Inmunidad Pasiva](#).

-1.2.7.2.2)- [Inmunidad Activa e Inmunización](#).

-1.2.8)- [Trastornos de la Inmunidad Humana](#) .

-1.2.8.1)- [Inmunodeficiencias](#).

-1.2.8.2)- [Autoinmunidad](#).

-1.2.8.3)- [Hipersensibilidad](#).

-1.2.9)- [Otros Mecanismos de Defensa del Huésped](#).

-1.2.10)- [Inmunología de Tumores](#).

-1.2.11)- [Regulación Fisiológica](#).

-1.2.12)- [Manipulación en la Medicina](#).

-1.2.13)- [Manipulación por los Patógenos](#).

-1.2.14)- [Historia de la Inmunología](#).

-1.2.15)- [Véase También](#).

-1.2.16)- [Referencias](#).

-1.2.17)- [Enlaces Externos](#).

-2)- [ANESTESIOLOGÍA Y REANIMACIÓN](#) - MEDICINA PERIOPERATORIA.

-2.1)- [Competencias Profesionales](#)

-2.2)- [Véase También](#).

- 2.3)- [Referencias.](#)
- 2.4)- [Enlaces Externos.](#)
- 3)- [CARDIOLOGÍA.](#)
- 3.1)- [Subespecialidades](#)
- 3.2)- [Requisitos para la Formación de Cardiólogos.](#)
- 3.3)- [Enfermedades](#)
- 3.4)- [Procedimientos en Cardiología.](#)
- 3.5)- [Referencias.](#)
- 3.6)- [Enlaces Externos.](#)
- 4)- [DERMATOLOGÍA.](#)
- 4.1)- [Formación](#)
- 4.1.1)- [Subespecialidades.](#)
- 4.2)- [Lesiones Elementales.](#)
- 4.3)- [Enfermedades.](#)
- 4.4)- [Referencias](#)
- 4.5)- [Véase También.](#)
- 4.6)- [Enlaces Externos.](#)
- 5)- [GASTROENTEROLOGÍA.](#)
- 5.1)- [Historia.](#)
- 5.2)- [Ramas de la Gastroenterología.](#)
- 5.3)- [Enfermedades.](#)
- 5.4)- [Técnicas Diagnósticas.](#)
- 5.4.1)- [Endoscopia Digestiva.](#)
- 5.5)- [Referencias.](#)
- 6)- [ENDOCRINOLOGÍA.](#)
- 6.1)- [Sistema Endócrino.](#)
- 6.1.1)- [RECEPTOR CELULAR.](#)
- 6.1.1.1)- [Tipos de Receptores Celulares .](#)
- 6.1.1.1.1)- [Tipos.](#)
- 6.1.1.2)- [Tipos de Receptores por Mecanismo .](#)
- 6.1.1.2.1)- [Receptores Acoplados a Proteínas G.](#)
- 6.1.1.2.2)- [Receptores Basados en la Apertura de un Canal Iónico.](#)
- 6.1.1.2.3)- [Receptores Ligados a Enzima.](#)
- 6.1.1.2.4)- [Receptores Transmembrana .](#)
- 6.1.1.2.4.1)- [Receptores con Actividad Tirosina Quinasa Intrínseca.](#)
- 6.1.1.2.4.2)- [Receptores Que Carecen de Actividad Intrínseca y Reclutan Quinasas.](#)
- 6.1.1.2.4.3)- [Receptores Acoplados a Proteínas G.](#)
- 6.1.1.2.4.4)- [Reconocimiento de la Hormona por los Receptores Transmembrana](#)
- 6.1.1.2.5)- [Receptores Nucleares .](#)
- 6.1.1.2.5.1)- [Receptores Esteroideos.](#)
- 6.1.1.2.5.2)- [RXS y Receptores Huérfanos.](#)
- 6.1.1.3)- [Referencias.](#)
- 6.1.2)- [TRANSDUCCIÓN DE SEÑALES.](#)
- 6.1.2.1)- [Generalidades.](#)
- 6.1.2.2)- [Estímulos Celulares.](#)
- 6.1.2.3)- [Respuestas Celulares.](#)
- 6.1.2.4)- [Tipos de Señales Celulares .](#)
- 6.1.2.4.1)- [Señales Extracelulares.](#)
- 6.1.2.4.2)- [Señales Intracelulares.](#)
- 6.1.2.4.3)- [Señales Intercelulares .](#)

- 6.1.2.4.3.1)- [Hormonas.](#)
- 6.1.2.5)- [Tipos de Receptores Celulares .](#)
- 6.1.2.5.1)- [Receptores Transmembrana.](#)
- 6.1.2.5.1.1)- [Reconocimiento de la Hormona por los Receptores Transmembrana.](#)
- 6.1.2.5.1.2)- [Transducción de Señales por Cambios Estructurales de los Receptores Transmembrana .](#)
- 6.1.2.5.1.2.1)- [Receptores con Actividad Tirosina Quinasa Intrínseca.](#)
- 6.1.2.5.1.2.2)- [Receptores Que Carecen de Actividad Intrínseca y Reclutan Quinasas.](#)
- 6.1.2.5.1.2.3)- [Receptores Asociados a Proteínas G.](#)
- 6.1.2.5.1.3)- [Transducción de Señales de Receptores Transmembrana Que son Canales Iónicos.](#)
- 6.1.2.5.1.4)- [Transducción de Señales de Receptores Transmembrana Que Cambian el Potencial Transmembrana](#)
- 6.1.2.5.2)- [Receptores Nucleares](#)
- 6.1.2.5.2.1)- [Receptores Esteroideos.](#)
- 6.1.2.5.2.2)- [RXS y Receptores Huérfanos.](#)
- 6.1.2.6)- [Amplificación de la Señal .](#)
- 6.1.2.6.1)- [Amplificación de Señal del Receptor Transmembrana Hormonal.](#)
- 6.1.2.7)- [Transducción de Señal Intracelular .](#)
- 6.1.2.7.1)- [Calcio Como Segundo Mensajero .](#)
- 6.1.2.7.1.1)- [Función del Calcio.](#)
- 6.1.2.7.2)- [Óxido nítrico Como Segundo Mensajero.](#)
- 6.1.2.8)- [Véase También.](#)
- 6.1.2.9)- [Referencias.](#)
- 6.1.1.3)- [PROTAGLANDINAS.](#)
- 6.1.1.3.1)- [Historia y Nombre.](#)
- 6.1.1.3.2)- [Síntesis de las Prostaglandinas.](#)
- 6.1.1.3.3)- [Función de las Prostaglandinas.](#)
- 6.1.1.3.4)- [Prostaglandinas y Antiinflamatorios No Esteroides \(AINE\)](#)
- 6.1.1.3.4.1)- [Tipos.](#)
- 6.1.1.3.5)- [Función Fisiológica Vascular.](#)
- 6.1.1.3.6)- [Prostaglandinas y Calvicie.](#)
- 6.1.1.3.7)- [Prostaglandinas y Cáncer.](#)
- 6.1.1.3.8)- [Véase También.](#)
- 6.1.1.3.9)- [Bibliografía.](#)
- 6.1.1.3.10)- [Referencias.](#)
- 6.1.1.3.11)- [Enlaces Externos.](#)
- 6.2)- [Historia de la Endocrinología,](#)
- 6.3)- [Endocrinopatías.](#)
- 6.4)- [Referencias.](#)
- 6.5)- [Enlaces Externos.](#)
- 7)- [GERIATRÍA.](#)
- 7.1)- [Campo de Actuación.](#)
- 7.2)- [Ejercicio Profesional.](#)
- 7.3)- [Véase También.](#)
- 7.4)- [Referencias.](#)
- 7.5)- [Enlaces Externos.](#)
- 8)- [HEMATOLOGÍA Y HEMOTERAPIA.](#)
- 8.1)- [Objetivo de la Hematología.](#)
- 8.2)- [Fundamentos de la Hematología.](#)

- 8.2.1)- ERITROCITOS.
- 8.2.1.1)- [Descripción](#)
- 8.2.1.2)- [Los Eritrocitos en los Mamíferos](#) .
- 8.2.1.2.1)- [Eritrocitos Humanos](#) .
- 8.2.1.2.1.1)- [Valores Considerados Normales de Eritrocitos en Adultos](#).
- 8.2.1.2.1.2)- [Maduración de los Eritrocitos](#).
- 8.2.1.2.2)- [Composición de la Membrana](#) .
- 8.2.1.2.2.1)- [Lípidos de Membrana](#).
- 8.2.1.3)- [Metabolismo Energético del Eritrocito](#).
- 8.2.1.3.1)- [Vía Embden–Meyerhof o Glucólisis Anaeróbica](#).
- 8.2.1.3.2)- [Ciclo de las Pentosas](#).
- 8.2.1.3.3)- [Vía de la Hemoglobina Reductasa](#).
- 8.2.1.3.4)- [Ciclo de Rapoport–Luebering](#).
- 8.2.1.4)- [Hemoglobina](#).
- 8.2.1.5)- [Véase También](#).
- 8.2.1.6)- [Referencias](#).
- 8.2.1.7)- [Enlaces Externos](#).
- 8.2.2)- LEUCOCITOS.
- 8.2.2.1)- [Etimología](#).
- 8.2.2.2)- [Características](#).
- 8.2.2.3)- [Clasificación](#) .
- 8.2.2.3.1)- [Generalidades](#).
- 8.2.2.3.2)- [Neutrófilos](#).
- 8.2.2.3.3)- [Eosinófilos](#).
- 8.2.2.3.4)- [Basófilos](#).
- 8.2.2.3.5)- [Linfocitos](#).
- 8.2.2.3.6)- [Monocitos](#).
- 8.2.2.4)- [Leucocitos Fijos](#).
- 8.2.2.5)- [Trastornos](#) .
- 8.2.2.5.1)- [Leucopenias](#) .
- 8.2.2.5.1.1)- [Neutropenia](#).
- 8.2.2.5.1.2)- [Linfocitopenia](#).
- 8.2.2.5.2)- [Trastornos Proliferativos](#) .
- 8.2.2.5.2.1)- [Neutrofilia](#).
- 8.2.2.5.2.2)- [Eosinofilia](#).
- 8.2.2.6)- [Cuantificación y Rangos de Referencia](#).
- 8.2.2.7)- [Referencias](#)
- 8.2.2.8)- [Enlaces Externos](#).
- 8.2.3)- LINFOCITOS.
- 8.2.3.1)- [Tipos](#)
- 8.2.3.1.1)- [Linfocitos B](#).
- 8.2.3.1.2)- [Linfocitos T](#).
- 8.2.3.1.3)- [Asesinos Naturales](#).
- 8.2.3.2)- [Tráfico de Linfocitos](#).
- 8.2.3.3)- [Transmigración](#).
- 8.2.3.4)- [Véase También](#).
- 8.2.3.5)- [Referencias](#).
- 8.2.3.6)- [Enlaces Externos](#).
- 8.2.4)- PLAQUETAS.
- 8.2.4.1)- [Descubrimiento](#).

- 8.2.4.2)-[Cinética](#).
- 8.2.4.3)- [Formación de Trombos](#) .
- 8.2.4.3.1)- [Activación](#).
- 8.2.4.3.2)- [Cambio de Forma](#).
- 8.2.4.3.3)- [Secreción de Gránulos](#).
- 8.2.4.3.4)- [Síntesis de Tromboxano A2](#).
- 8.2.4.3.5)- [Adhesión y Agregación](#).
- 8.2.4.3.6)- [Reparación de Heridas](#).
- 8.2.4.4)- [Otras Funciones](#).
- 8.2.4.4.1)- [Señalización Citoquímica](#).
- 8.2.4.5)- [Papel en Enfermedades](#) .
- 8.2.4.5.1)- [Recuentos Altos y Bajos](#).
- 8.2.4.5.2)- [Medicamentos](#).
- 8.2.4.5.3)- [Enfermedades](#).
- 8.2.4.6)- [Plasma Rico en Plaquetas \(PRP\)](#).
- 8.2.4.7)- [Referencias](#).
- 8.2.4.8)- [Enlaces Externos](#)
- 8.3)- [Enfermedades Hematológicas](#).
- 8.4)- [Pruebas en Hematología](#).
- 8.5)- [Tratamientos](#).
- 8.6)- [Referencias](#).
- 8.7)- [Enlaces Externos](#).
- 9)- [HIDROTERAPIA: HIDROLOGÍA MÉDICA](#).
- 9.1)- [Concepto de Hidroterapia](#)
- 9.2)- [Historia](#).
- 9.3)- [Beneficios](#).
- 9.4)- [Establecimientos](#).
- 9.5)- [Véase También](#).
- 9.6)- [Bibliografía](#).
- 9.7)- [Referencias](#)
- 9.8)- [Enlaces Externos](#)
- 10)- [INFECTOLOGÍA](#).
- 10.1)- [Otras Especialidades Médicas](#).
- 10.2)- [Véase También](#).
- 10.3)- [Enlaces Externos](#).
- 11)- [MEDICINA AEROESPACIAL](#).
- 12)- [MEDICINA DEL DEPORTE](#).
- 12.1)- [La Salud Pública](#).
- 12.2)- [Medicina del Ejercicio](#).
- 12.3)- [Lesiones Deportivas Comunes](#).
- 12.4)- [Organizaciones](#)
- 12.5)- [Referencias](#)
- 13)- [MEDICINA DEL TRABAJO](#).
- 13.1)- [Campo de acción](#)
- 13.2)- [Diferencia entre Medicina en el trabajo y Salud Ocupacional](#).
- 13.3)- [Véase También](#).
- 13.4)- [Enlaces Externos](#).
- 14)- [MEDICINA DE URGENCIAS](#).
- 14.1)- [Respuesta](#).
- 14.2)- [Respuesta Clínica](#).

- 14.3)- [Organizaciones o Sociedades Científicas Nacionales de Medicina de Emergencias](#) .
- 14.3.1)- [Argentina](#).
- 14.3.2)- [Chile](#).
- 14.3.3)- [Costa Rica](#).
- 14.3.4)- [España](#).
- 14.3.5)- [Venezuela](#).
- 14.3.6)- [El Salvador](#).
- 14.3.7)- [Panamá](#).
- 14.3.8)- [Ecuador](#).
- 14.3.9)- [Uruguay](#).
- 14.4)- [Véase También](#).
- 14.5)- [Enlaces Externos](#).
- 15)- [MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA](#).
- 15.1)- [Características](#).
- 15.2)- [En Otros Países](#).
- 15.3)- [Véase También](#).
- 15.4)- [Referencias](#).
- 15.5)- [Bibliografía](#).
- 15.6)- [Enlaces Externos](#).
- 16)-[MEDICINA INTENSIVA](#).
- 16.1)- [Historia](#) .
- 16.1.1)- [Florence Nightingale](#).
- 16.1.2)- [Walter Edward Dandy](#).
- 16.1.3)- [Peter Safar](#)
- 16.2 [Sistemas Orgánicos](#)
- 16.3)- [Equipo y Sistemas](#).
- 16.4)- [Médicos e Intensivistas](#)
- 16.5)- [Véase También](#).
- 16.6)-[Referencias](#).
- 16.7)- [Enlaces Externos](#).
- 16.7.1)- [Otras Especialidades Médicas..](#)
- 17)-[MEDICINA INTERNA](#).
- 17.1)- [Objetivos](#).
- 17.2)- [Historia](#)
- 17.3)-[Características](#)
- 17.4)- [Otras Especialidades Médicas](#).
- 17.5)- [Véase También](#).
- 17.6)- [Referencias](#).
- 17.7)- [Bibliografía](#).
- 17.8)- [Enlaces Externos](#).
- 18)-[MEDICINA LEGAL Y FORENSE](#).
- 18.1)- [Terminología](#).
- 18.2)- [Historia](#) .
- 18.2.1)- [Antecedentes](#).
- 18.2.2)- [Siglos XIX y XX](#).
- 18.2.3)- [Mundo Hispanohablante](#).
- 18.3)- [Ámbito de Actuación](#).
- 18.4)- [Metodología](#).
- 18.5)- [Subdisciplinas](#).
- 18.6)- [La medicina Legal y Forense en España](#).

- 18.7)- La Medicina Legal en Uruguay.
- 18.7.1)- Certificado de Defunción.
- 18.8)- [Véase También](#)
- 18.9)- [Referencias](#).
- 18.10)- [Bibliografía](#).
- 18.11)- [Enlaces Externos](#).
- 19)-[MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA](#).
- 19.1)- [Campos de Acción](#) .
- 19.1.1)- [Administración Sanitaria](#).
- 19.1.2)- [Epidemiología](#).
- 19.1.3)- [Medicina Preventiva](#)
- 19.1.4)- [Prevención de Enfermedades](#)
- 19.1.4.1.)- [Tipos de Prevención](#)
- 19.1.4.1.1)- [Prevención Primaria](#)
- 19.1.4.1.2)- [Prevención Secundaria](#)
- 19.1.4.1.3)- [Prevención Terciaria](#)
- 19.1.4.1.4)- [Prevención Cuaternaria](#).
- 19.1.4.2)-[Precauciones sobre la Prevención](#)
- 19.1.4.3)- [Véase También](#).
- 19.1.5)- [Promoción de la Salud](#).
- 19.1.6)- [Salud Ambiental y Laboral](#).
- 19.2)- [Formación de Especialistas](#).
- 19.3)- [Véase También](#).
- 19.4)- [Referencias](#).
- 20)-[NEFROLOGÍA](#).
- 20.1)- [Definición](#).
- 20.2)- [Alcance de la Especialidad](#).
- 20.3)- [Enfermedades de las que se ocupa la Nefrología](#).
- 20.4)- [Diagnóstico](#).
- 20.5)- [Tratamientos en Nefrología](#).
- 20.6)- [Otras Especialidades Médicas](#).
- 20.7)- [Enlaces Externos](#).
- 21)- [NEUMOLOGÍA](#).
- 21.1)- [Historia](#).
- 21.2)- [Formación](#).
- 21.3)- [Procedimientos](#).
- 21.4)- [Enfermedades](#).
- 21.5)- [Causas de las Enfermedades del Pulmón](#).
- 21.6)- [Referencias](#).
- 21.7)- [Enlaces Externos](#).
- 22)- [NEUROLOGÍA](#).
- 22.1)- [Neurólogos Destacados](#) .
- 22.1.1)- [Thomas Willis](#).
- 22.1.2)- [Jean-Martin Charcot](#).
- 22.1.3)- [Edward Flatau](#).
- 22.2)- [Otros Neurólogos o Médicos Especialistas Que han Contribuido a la Neurología](#).
- 22.3)- [Diagnóstico del Sujeto con Enfermedad Neurológica](#).
- 22.3.1)- [Método Clínico en la Neurología](#).
- 22.4)- [Exploración Neurológica](#) .
- 22.4.1)- [Procedimientos de Exploración y Diagnóstico](#).

- 22.5)- [Tarea Clínica](#) .
- 22.5.1)- [Casos en General](#).
- 22.5.2)- [Áreas Destacadas](#).
- 22.5.3)- [Relaciones a la Neurofisiología Clínica](#).
- 22.5.4)- [Superposición con la Psiquiatría](#).
- 22.6)- [Efectos del Envejecimiento sobre el Sistema Nervioso](#).
- 22.7)- [Neurología Cosmética](#).
- 22.8)- [Temas Relacionados](#).
- 22.9)- [Véase También](#).
- 22.10)- [Referencias](#).
- 22.11)- [Enlaces Externos](#) .
- 22.11.1)- [Documentales](#).
- 23)- [NUTRIOLOGÍA](#).
- 24)- [OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA](#).
- 24.1)- [Formación Especializada](#).
- 24.2)- [Subespecialidades](#).
- 24.3)- [Véase También](#)-
- 24.4)- [Referencias](#) .
- 24.5)- [Bibliografía](#).
- 24.6- [Enlaces Externos](#).
- 25)- [ODONTOLOGÍA](#).
- 25.1)- [Significado del Término](#).
- 25.2)- [Historia de la Odontología](#).
- 25.3)- [Estudios de Odontología](#).
- 25.3.1)- En UDELAR, Uruguay.
- 25.3.2)- En Universidad Católica Uruguay.
- 25.3.3)- En Universidad U.S.M.P. , Lima, Perú.
- 25.4)- [Especialidades](#).
- 25.5)- [Enfermedades de las que se Ocupa la Odontología](#) .
- 25.5.1)- [Caries](#).
- 25.5.2)- [Enfermedad Periodontal](#).
- 25.5.3)- [Maloclusión](#).
- 25.5.4)- [Traumatismos Dentales](#).
- 25.5.5)- [Lesiones de la Mucosa Oral](#).
- 25.6)- [Principales Intervenciones en Odontología](#) .
- 25.6.1)- [Exodoncia o Extracción](#).
- 25.6.2)- [Obturación o Empaste](#).
- 25.6.3)- [Endodoncia](#).
- 25.6.4)- [Ortodoncia](#).
- 25.6.5)- [Implante Dental](#).
- 25.7)- [Terminología en Odontología](#).
- 25.8)- [Referencias](#).
- 15.9)- [Enlaces Externos](#).
- 26)- [OFTALMOLOGÍA](#).
- 26.1)- [Historia](#) .
- 26.1.1)- [Antigua India](#).
- 26.1.2)- [Prehipocráticos](#).
- 26.1.3)- [Siglos XVII y XVIII](#).
- 26.2)- [Subespecialidades](#).
- 26.3)- [Enfermedades del Globo Ocular](#).

- 26.3.1)- [Tratamientos Más Comunes.](#)
- 26.4)- [Véase También.](#)
- 26.5)- [Referencias.](#)
- 26.6)- [Enlaces Externos.](#)
- 27)- [ONCOLOGÍA MÉDICA.](#)
- 27.1)- [Concepto y Objetivo.](#)
- 27.2)- [Historia de la Especialidad.](#)
- 27.3)- [Sociedad Científica de Oncología Médica.](#)
- 27.4)- [Asociaciones en acción.](#)
- 27.5)-[Oncología Médica en Uruguay.](#)
- 27.6)- [Véase También.](#)
- 28)- [ONCOLOGÍA RADIOTERÁPICA.](#)
- 29)- [OTORRINOLARINGOLOGÍA.](#)
- 29.1)- [Subespecialidades.](#)
- 29.2)- [Historia.](#)
- 29.3)- [Enfermedades.](#)
- 29.4)- [Cirugía.](#)
- 29.5)- [Véase También.](#)
- 29.6)- [Referencias.](#)
- 30)- [PEDIATRÍA.](#)
- 30.1)- [Historia.](#)
- 30.2)- [Definición de Recién Nacido o Neonato.](#)
- 30.3)- [Clasificación Según Edad Gestacional del Recién Nacido y Clasificación Según el Peso](#)
- 30.4)- [Véase También .](#)
- 30.4.1)- [Personajes Relevantes.](#)
- 30.4.2)- [Instituciones](#)
- 30.4.3)- [Sociedades Científicas.](#)
- 30.4.4)- [Publicaciones.](#)
- 30.4.5)- [Otros](#)
- 30.5)- [Bibliografía](#)
- 30.6)- [Enlaces Externos.](#)
- 31)-[PROCTOLOGÍA.](#)
- 31.1)- [Enfermedades Tratadas por un Coloproctólogo .](#)
- 31.1.1)- [Enfermedad Diverticular.](#)
- 31.1.2)- [Cáncer Colorrectal.](#)
- 31.2)- [Especialidades Relacionadas.](#)
- 31.2.1)- [Especialidad de Cirugía de Colon y Recto.](#)
- 31.2.2)- [Cirugía General.](#)
- 31.2.3)- [Gastroenterología.](#)
- 31.2.4)- [Proctología.](#)
- 31.3)- [Véase También.](#)
- 31.4)- [Referencias.](#)
- 31.5)- [Enlaces externos.](#)
- 32)- [PSIQUIATRÍA.](#)
- 32.1)- [Historia.](#)
- 32.2)- [Especialidad Médica.](#)
- 32.3)- [Subespecialidades.](#)
- 32.4)- [Campo Clínico de Actuación.](#)
- 32.5)- [Tratamientos.](#)
- 32.6)- [Psiquiatras Famosos.](#)

- 32.7)- [La Psiquiatría y la Psicología: Ciencias Hermanas.](#)
- 32.8)- [Véase También.](#)
- 32.9)- [Referencias.](#)
- 32.10)- [Bibliografía](#)
- 32.11)- [Enlaces Externos.](#)
- 33)- [REHABILITACIÓN.](#)
- 33.1)- [Definición.](#)
- 33.2)- [Fundamentos y Competencias .](#)
- 33.2.1)- [Competencias Profesionales.](#)
- 33.3)- [Véase También.](#)
- 33.4)- [Referencias.](#)
- 33.5)- [Enlaces Externos.](#)
- 34)- [REUMATOLOGÍA.](#)
- 34.1)- [Clasificación de las Enfermedades Reumatológicas.](#)
- 34.2)- [Referencias.](#)
- 34.3)- [Véase También.](#)
- 34.4)- [Enlaces Externos.](#)
- 35)-[TRAUMATOLOGÍA.](#)
- 35.1)- [Historia de la Traumatología.](#)
- 35.2)- [Campo de Acción .](#)
- 35.2.1)- [Tratamiento Conservador.](#)
- 35.2.2)- [Tratamiento Quirúrgico.](#)
- 35.3)- [Véase También.](#)
- 35.4)- [Referencias.](#)
- 36)-[TOXICOLOGÍA-](#)
- 36.1)- [Etimología.](#)
- 36.2)- [Historia.](#)
- 36.3)- [Ramas](#)
- 36.3.1)- [Ocupacional.](#)
- 36.3.2)- [Ambiental.](#)
- 36.3.3)- [Ecotoxicología.](#)
- 36.3.4)- [Alimentaria.](#)
- 36.4)- [Términos y Definiciones .](#)
- 36.4.1)- [Peligro y Riesgo.](#)
- 36.4.2)- [Vías de exposición.](#)
- 36.4.3)- [Concentración o Dosis y Respuesta .](#)
- 36.4.3.1)- [Dosis o Concentraciones Significativas.](#)
- 36.5)- [Véase También.](#)
- 36.6)- [Referencias.](#)
- 36.7)- [Bibliografía.](#)
- 36.8)- [Enlaces Externos.](#)
- 37)-[SEMIOLOGÍA.](#)
- 37.1)- [Introducción.](#)
- 37.2)- [Desarrollo.](#)
- 37.3)- [La semiología Frente a la Semiótica.](#)
- 37.4)-[Función de la Semiología.](#)
- 37.5)- [Ramas.](#)
- 37.6)- [Semiótica en el Teatro.](#)
- 37.7)- [Autores Destacados de la Semiótica.](#)
- 37.8)- [Véase También.](#)

- 37.9)- [Referencias.](#)
- 37.10)- [Bibliografía : en español e inglés.](#)
- 37.11)- [Enlaces Externos.](#)
- 38)- [UROLOGÍA.](#)
- 38.1)- [Historia.](#)
- 38.2)- [Áreas .](#)
- 38.2.1)- [Andrología.](#)
- 38.2.2)- [Laparoscopia.](#)
- 38.2.3)- [Oncología Urológica.](#)
- 38.2.4)- [Neurourología.](#)
- 38.2.5)- [Endourología.](#)
- 38.2.6)- [Urología Pediátrica o Infantil.](#)
- 38.2.7)- [Urología Geriátrica.](#)
- 38.2.8)- [Urolitiasis.](#)
- 38.2.9)- [Trasplante Renal.](#)
- 38.3)- [Enlaces Externos.](#)
- 38.4)- [Bibliografía.](#)

- TOMO III -

- PARTE V: ESPECIALIDADES PSICOLÓGICAS.
- 1)- [PSICOLOGÍA CLÍNICA.](#)
- 1.1)- [Historia de la Psicología Clínica.](#)
- 1.2)- [Áreas y Modalidades.](#)
- 1.3)- [Representantes.](#)
- 1.4)- [Véase También.](#)
- 1.5)- [Referencias](#)
- 2)- [PSICOTERAPIA.](#)
- 2.1)- [Escuelas de Psicoterapia.](#)
- 2.2)- [Escuelas y Enfoques.](#)
- 2.3)- [Lista de Modalidades Psicoterapéuticas.](#)
- 2.4)- [Objetivos de las Psicoterapias.](#)
- 2.5)- [Eficacia de la Psicoterapia .](#)
- 2.5.1)- [Estudios Comparativos de Eficacia.](#)
- 2.5.2)- [Tratamientos Científicamente Validados.](#)
- 2.6)- [Véase También.](#)
- 2.7)- [Referencias.](#)
- 2.8)- [Bibliografía](#)
- 2.8.1)- [Escuelas Psicodinámicas.](#)
- 2.8.2)- [Escuelas Humanistas.](#)
- 2.8.3)- [Escuelas Conductistas.](#)
- 2.8.4)- [Psicoterapia en general.](#)
- 2.9)- [Enlaces Externos.](#)
- 3)- [PSICOLOGÍA COGNITIVA.](#)
- 3.1)- [Historia.](#)
- 3.2)- [Psicología Cognitiva.](#)
- 3.3)- [Etapas en el Desarrollo de la Psicología Cognitiva .](#)
- 3.3.1)- [Hipótesis Cognitivista.](#)

- 3.3.2)- [Hipótesis Conexionista.](#)
- 3.4)- [Aplicación .](#)
- 3.4.1)- [Psicología Anormal.](#)
- 3.4.2)- [Psicología Social.](#)
- 3.4.3)- [Psicología del Desarrollo.](#)
- 3.4.4)- [Psicología Educativa.](#)
- 3.4.5)- [Psicología de la Personalidad.](#)
- 3.5)- [Críticas](#)
- 3.6)- [Véase También](#)
- 3.7)- [Referencias](#)
- 4)- [PSICOLOGÍA COMPORTAMENTAL.](#)
- 5)- [PSICOLOGÍA COGNITIVO-CONDUCTUAL.](#)
- 5.1)- [Lista de Algunas Terapias Cognitivo-conductuales.](#)
- 5.2)- [Fechas Históricas.](#)
- 5.3)- [Evidencia de Eficacia Clínica.](#)
- 5.4)- [Véase Además.](#)
- 5.5)- [Referencias](#)
- 6)- [PSICOLOGÍA HUMANISTA.](#)
- 6.1)- [Antecedentes.](#)
- 6.2)- [Planteamientos Fundamentales en la Psicología](#)
- 6.3)- [Críticas.](#)
- 6.4)- [Véase También.](#)
- 6.5)- [Referencias.](#)
- 6.6)- [Enlaces Externos.](#)
- 7)- [PSICOLOGÍA DINÁMICA.](#)
- 7.1)- [Fundamentación Teórica.](#)
- 7.2)- [Técnicas, Instrumentos y Metodología Utilizada.](#)
- 7.3)- [Diferencias con el Psicoanálisis Como Tratamiento.](#)
- 7.4)- [Historia.](#)
- 7.5)- [Principales Representantes .](#)
- 7.5.1)- [Tradición Neofreudiana.](#)
- 7.5.2)- [Tradición Analítica del Yo.](#)
- 7.5.3)- [Las Psicoterapias No Psicoanalíticas.](#)
- 7.6)- [Bibliografía.](#)
- 7.7)- [Enlaces Externos.](#)
- 7.8)- [Véase También.](#)
- 8)- [PSICOLOGÍA EXPERIMENTAL.](#)
- 8.1)- [Método Experimental.](#)
- 8.2)- [Escuelas Psicológicas.](#)
- 8.3)- [Historia de la Psicología.](#)
- 8.4)- [Referencias.](#)
- 8.5)- [Enlaces externos.](#)
- 9)- [PSICOLOGÍA DEL DEPORTE.](#)
- 9.1)- [Definición .](#)
- 9.1.1)- [Compendio de definiciones.](#)
- 9.2)- [Deporte.](#)
- 9.2.1)- [Historia](#)
- 9.2.2)- [Deporte Profesional](#)
- 9.2.3)- [Arte Físico](#)
- 9.2.4)- [Tecnología](#)

- 9.2.5)- [Deporte y Sociedad.](#)
- 9.3)- [Véase También.](#)
- 9.4)- [Referencias](#)
- 9.5)- [Bibliografía.](#)
- 9.6)- [Enlaces Externos.](#)
- 10)- [PSICOLOGÍA EDUCATIVA.](#)
- 10.1)- [Historia.](#)
- 10.2)- [Psicólogos y teóricos educativos influyentes.](#)
- 10.3)- [Referencias.](#)
- 10.4)- [Enlaces Externos.](#)
- 11)- [PSICOLOGÍA ORGANIZACIONAL.](#)
- 11.1)- [Historia.](#)
- 11.2)- [Estructuras Organizacionales.](#)
- 11.3)- [Temas en la Psicología Organizacional del Empleo .](#)
- 11.3.1)- [Análisis del Empleo.](#)
- 11.3.2)- [Reclutamiento y Selección de Personal.](#)
- 11.3.3)- [La Evaluación del Desempeño/gestión.](#)
- 11.4)- [Modelo de Preferencias Cerebrales.](#)
- 11.5)- [Referencias](#)
- 11.6)- [Véase también](#)
- 11.7)- [Enlaces Externos.](#)
- 12)- [PSICOLOGÍA COMUNITARIA.](#)
- 12.1)- [Objeto de la Disciplina.](#)
- 12.2)- [Historia de la Psicología Comunitaria.](#)
- 12.3)- [Herramientas Metodológicas .](#)
- 12.3.1)- [Construcción de Conocimiento.](#)
- 12.3.2)- [Intervención .](#)
- 12.3.2.1)- [El Cómo de la Intervención](#)
- 12.4)- [Investigadores en el Área .](#)
- 12.4.1)- [Latinoamericanos.](#)
- 12.4.2)- [Norteamericanos.](#)
- 12.5)- [Véase También.](#)
- 12.6)- [Referencias.](#)
- 12.7)- [Bibliografía.](#)
- 12.8)- [Enlaces Externos .](#)
- 12.8.1)- [Programas de Pregrado.](#)
- 12.8.2)- [Programas de Posgrado.](#)
- 13)- [PSICOLOGÍA EVOLUTIVA.](#)
- 13.1)- [Objeto y Concepto.](#)
- 13.2) [Fantasía Inconsciente.](#)
- 13.3)- [Posición Esquizoparanoide : Melanie Klein.](#)
- 13.3.1)- [Proyección e Introyección.](#)
- 13.3.2)- [Idealización.](#)
- 13.3.3)- [Negación.](#)
- 13.3.4)- [Identificación Proyectiva.](#)
- 13.4)- [Etapas del Desarrollo.](#)
- 13.5)- [Teorías del Aprendizaje.](#)
- 13.6)- [Bibliografía.](#)
- 13.7)- [Véase También.](#)
- 13.8)- [Enlaces Externos.](#)

- 14)- [PSICOLOGÍA FORENSE](#)
- 14.1)- [Véase También.](#)
- 14.2)- [Referencias.](#)
- 14.3)- [Bibliografía.](#)
- 14.4)- [Enlaces Externos.](#)
- 15)- [PSICOPATOLOGÍA.](#)
- 15.1)- [Psicopatología Como Área de Estudio.](#)
- 15.2)- [Véase También.](#)
- 15.3)- [Bibliografía.](#)
- 15.4)- [Referencias.](#)
- 15.5)- [Enlaces Externos.](#)
- 16)- [PSICOMETRÍA.](#)
- 16.1)- [Fundamento Histórico.](#)
- 16.2)- [Validez y Confiabilidad.](#)
- 16.3)- [Véase También.](#)
- 16.4)- [Referencias.](#)
- 16.5)- [Enlaces Externos.](#)
- 17)- [NEUROPSICOLOGÍA.](#)
- 17.1)- [Diversos Enfoques.](#)
- 17.2)- [Historia .](#)
- 17.2.1)- [El Estudio de la Afasia.](#)
- 17.2.2)- [Gall y la Frenología .](#)
- 17.2.2.1)- [Principales Aportes de Gall.](#)
- 17.2.2.2)- [Conclusiones de Gall.](#)
- 17.3)- [Frenología .](#)
- 17.3.1)- [El Debate Entre Localizacionismo y Funcionalismo.](#)
- 17.3.2)- [Luria, Padre de la Neuropsicología Actual.](#)
- 17.3.3)- [Las guerras Mundiales y el Estudio de Pacientes Neurológicos.](#)
- 17.4)- [Actualidad .](#)
- 17.4.1)- [La Escuela Reflexológica.](#)
- 17.4.2)- [Ciencias Cognitivas.](#)
- 17.4.3)- [Las Pruebas Neuropsicológicas.](#)
- 17.4.4)- [Tiempo Actual y Futuro.](#)
- 17.4.4.1)- [Neurorehabilitación.](#)
- 17.4.4.2)- [Dimensión Social de la Discapacidad.](#)
- 17.4.4.3)- [Rol del Cuidador.](#)
- 17.4.4.3.1)- [Síndrome de Burnout.](#)
- 17.4.4.3.1.1)- [Sinonimia](#)
- 17.4.4.3.1.2)- [Origen Conceptual del Síndrome de Burnout.](#)
- 17.4.4.3.1.3)- [Población de Riesgo.](#)
- 17.4.4.3.1.4)- [Dimensiones.](#)
- 17.4.4.3.1.5)- [Síntomas.](#)
- 17.4.4.3.1.6)- [Causas.](#)
- 17.4.4.3.1.7)- [Prevalencia del Burnout.](#)
- 17.4.4.3.1.8)- [Taxonomía de Modelos Explicativos del Burnout.](#)
- 17.4.4.3.1.9)- [Burnout en el Ámbito Deportivo.](#)
- 17.4.4.3.1.10)- [Instrumentos de Valoración.](#)
- 17.4.4.3.1.11)- [Diferencias Entre Estrés y Burnout.](#)
- 17.4.4.3.1.12)- [Véase También.](#)
- 17.4.4.3.1.13) [Notas.](#)

- 17.4.4.3.1. [14\)- Referencias.](#)
- 17.4.4.3.1. [15\)- Enlaces Externos.](#)
- 17. [5\)- Neuropsicólogos Influyentes.](#)
- 17.6)- Neurohistología.
- 17.6.1)- Células Gliales.
- 17.6.1.1)- Clasificación Topográfica.
- 17.6.1.2)- Clasificación Morfo-funcional.
- 17.6.2)- Neuronas.
- 17.6.2.1)- Clasificación Morfológica.
- 17.6.2.2)- Clasificación Fisiológica.
- 17.6.3)- Señales Neuronales.
- 17.7)- Sistema Nervioso Humano-
- 17.7.1)- Sistema Nervioso Central.
- 17.7.2)- Sistema Nervioso Periférico.
- 17.7.3)- Clasificación Funcional.
- 17.8)- Neurofarmacología.
- 17.9)- NEUROANATOMÍA.
- 17.9. [1\)- División Neuroanatómica Estructural.](#)
- 17.9. [2\)- División Neuroanatómica Funcional.](#)
- 17.9. [3\)- Recursos para la Investigación Neurofuncional.](#)
- 17.9. [4\)- Arquitectura de la Médula Espinal.](#)
- 17.9. [5\)- Encéfalo.](#)
- 17.9. [6\)- Neuroanatomía Celular.](#)
- 17.9. [7\)- Recursos para la Investigación Neurocelular .](#)
- 17.9. [7.1\)- Materia de estudio.](#)
- 17.9.8)- Véase También.
- 17.10)-SISTEMAS ANATOMOFUNCIONALES.
- 17.10.1)- Generalidades.
- 17.10.2)- Sistemas de Integración. Sistema Nervioso Central.
- 17.10.3.)- Sistemas Nervioso Periférico, Autónomo, Hormonal y Enzimático..
- 17.11)-CAMBIOS ANATOMOFUNCIONALES.
- 17.11.1)- Generalidades.
- 17.11.2)- Sistemas de Integración. Sistema Nervioso Central.
- 17.11.3.)- Sistemas Nervioso Periférico, Autónomo, Hormonal y Enzimático.
- 17.11.4) Los Cambios Producidos.
- 17.11.5)- . Estatura, Hábitos y Composición Corporal, y Hepática.
- 17.11.6)- . Función Renal, Sanguínea, Medio Interno y Capacidad de Reserva.
- 17.11.7)- . Sistema Cardiovascular.
- 17.11.8)- . Aparato Respiratorio.
- 17.11.9)- Teorías Explicativas de la Demencia Senil.
- 17.11.10)- Paliativos y Consuelos del Envejecimiento.
- 17.12)-DIVERSAS PARTES NERVIOSAS.
- 17.12.1)- Sinapsis y Funciones Mentales.
- 17.12.2)- Circulación Cerebral.
- 17.12.3)- Insuficiencia Cerebral.
- 17.12.3.1)- Insuficiencia Cerebrovascular.
- 17.12.3.2)- Insuficiencia Cerebrometabólica.
- 17.12.4) - Barrera Hematoencefálica.
- 17.12.5)- Metabolismo Neuronal.
- 17.12.5.1)- Características.

- 17.12.5.2)- Función del ATP y del AMPc.
- 17.12.5.3)- Alteraciones del Metabolismo Energético.
- 17.12.5.4)- Neurotransmisores y Envejecimiento Cerebral.
- 17.12.5.4.1)- Envejecimiento.
- 17.12.5.4.2)- Demencia Senil.
- 17.12.5.4.3)- Isquemia Cerebral.
- 17.12.5.4.4)- Síndromes Extrapiramidales.
- 17.12.5.4.5. Deficiencias Funcionales.
- 17.13)- SISTEMAS DE INTEGRACIÓN: REACCIÓN DE LUCHA O HUIDA.
- 17.13.1)- [Fisiología](#) .
- 17.13.1.1)- [Sistema Nervioso Autónomo](#)
- 17.13.1.1.1)- [Sistema Nervioso Simpático](#).
- 17.13.1.1.2)- [Sistema Nervioso Parasimpático](#).
- 17.13.1.2)- [Respuesta](#).
- 17.13.1.3)- [Función de los Cambios Fisiológicos](#).
- 17.13.1.4)- [Perspectiva Evolutiva](#).
- 17.13.1.5)- [Ejemplos](#).
- 17.13.1.6)- [Variedad de Reacciones](#).
- 17.13.2)- [Componentes Emocionales](#) .
- 17.13.2.1)- [Regulación Emocional](#).
- 17.13.2.2)- [Reactividad Emocional](#).
- 17.13.3)- [Componentes Cognitivos](#) .
- 17.13.3.1)- [Especificidad del Contenido](#).
- 17.13.3.2)- [Percepción de Control](#).
- 17.13.3.3)- [Procesamiento de Información Social](#)
- 17.13.4)- [Efectos Negativos de la Reacción de Estrés en Humanos](#).
- 17.14)- COMPORTAMIENTO o CONDUCTA.
- 17.14.1)- [Delimitación del Término](#).
- 17.14.2) [Comportamiento en psicología](#) .
- 17.14.2.1)- [Conducta](#).
- 17.14.2.2)- [Aspectos Psico-sociales](#).
- 17.14.3)- [Comportamiento en Psicología](#).
- 17.14.4)- [Comportamiento de los Sistemas Sociales](#) .
- 17.14.4.1)- [Agrupaciones y Sociedades](#).
- 17.14.4.2)- [Costes y Beneficios de Vivir en Grupo](#).
- 17.14.4.3)- [Las Adaptaciones a la Vida en Grupo](#).
- 17.14.5)- [Conducta Formal](#).
- 17.14.6)- [Realización Voluntaria](#).
- 17.14.7) [Comportamiento del Consumidor](#).
- 17.14.8)- [Véase También](#).
- 17.14.9)- [Referencias](#)
- 17.14.10)- [Bibliografía](#)
- 17.14.11)- [Enlaces Externos](#).
- 17.15)-REALIMENTACIÓN.
- 17.15.1)- Historia
- 17.15.1.1)- Aspecto Social.
- 17.15.1.2)- Aspecto Tecnológico.
- 17.15.1.3)- Aspecto Político-económico.
- 17.15.2)- Lazo Abierto y Cerrado.
- 17.15.3)- Visión General.

- 17.15.4)- Realimentación Positiva y Realimentación Negativa.
- 17.15.4.1)- Sistemas Abiertos y Sistemas Cerrados.
- 17.15.5)- Tipos de Realimentación .
- 17.15.5.1)- Realimentación negativa
- 17.15.5.2) Realimentación Positiva.
- 17.15.6)- Norbert Wiener.
- 17.15.7)- Principales Aportes de la Realimentación.
- 17.15.8)- Véase También.
- 17.15.9)- Referencias.
- 17.16)- [Véase También.](#)
- 17.17)- [Bibliografía.](#)
- 17.18)- [Enlaces Externos.](#)
- 18)- [PSICOBIOLOGÍA.](#)
- 18.1)- [Fondo.](#)
- 18.2) [Problemática.](#)
- 18.3)- [Objetivos](#)
- 18.4)- [Metódica](#)
- 18.5)- [Factores Filogenético y Ontogénico.](#)
- 18.6) - [Véase También](#)
- 18.7)- [Referencias](#) .
- 18.8)- [Bibliografía](#)
- 18.9)- [Enlaces Externos.](#)
- 19)- [PSICOFISIOLOGÍA](#) .
- 20)- TESTS PSICOLÓGICOS.
- 20.1)- TEST PSICOLÓGICOS.
- 20.1.1)-Generalidades.
- 20.1.2)- Clasificaciones
- 20.1.2.1)- Clasificación general.
- 20.1.2.1.1)-Test Psicométricos.
- 20.1.2.1.1.1)- Algunas Fichas Técnicas.
- 20.1.2.1.1.2)-Algunas Subcategorías de Tests Psicológicos.
- 20.1.2.1.1.3)- Algunos Tests Psicológicos (35).
- 20.1.2.1.2)- Tests Projectivos.
- 20.1.2.1.2.1)- Clasificación.
- 20.1.2.1.2.1.1)- Test de Rorschach.
- 20.1.2.1.2.1.1.1)- Generalidades.
- 20.1.2.1.2.1.1.2)- Método.
- 20.1.2.1.2.1.1.3)- Controversias.
- 20.1.2.1.2.1.1.4)- Argumentos a Favor de la Validez Científica del Test.
- 20.1.2.1.2.1.1.5)- Las Diez Láminas del Test de Rorschach.
- 20.1.2.1.2.1.1.6) Véase También.
- 20.1.2.1.2.1.1.7)- Referencias.
- 20.1.2.1.2.1.1.8)- Bibliografía Complementaria.
- 20.1.2.1.2.1.1.9)- Enlaces Externos.
- 20.1.2.1.2.1.2)- Test de Holtzman.Z.
- 20.1.2.1.2.1.3)- Técnicas Temáticas.
- 20.1.2.1.2.1.4)- Técnicas Expresivas.
- 20.1.2.1.2.1.5)- Técnicas Constructivas.
- 20.1.2.1.2.1.6)- Técnicas Asociativas.
- 20.1.2.1.2.2)- Tests Estandarizados.

- 20.1..2.2)- Clasificación por niveles.
- 20.1.2.3)- Áreas de aplicación.
- 20.2)-Relación de Test Psicológicos.
- 20.3)- Exámenes y Pruebas.
- 20.4)- Diagnóstico Médico.
- 20.5)- Pruebas Psicológicas.
- 20.6)- Evaluación Psicológica.
- 20.7)- Psicometría.
- 20.8.)- Véase También.

- TOMO IV -

PARTE VI)- ESPECIALIDADES DE CIENCIAS DE LA SALUD.

.1- [LOGOPEDIA: FONOAUDIOLOGÍA.](#)

- 1.[1\). Definición](#)
- 1.[1.1\)- Etimología.](#)
- 1.[1.2\)- Concepto.](#)
- 1.[1.3\)- Denominaciones.](#)
- 1.[2\)- Funciones y Competencias Profesionales](#)
- 1.[2.1\)- Ámbitos de Actuación.](#)
- 1.[2.2\)- Área de Audiología.](#)
- 1.[2.3\)- Área de Lenguaje Infantil.](#)
- 1.[2.4\)- Área de Lenguaje Adulto o Neurogénico.](#)
- 1.[2.5\)- Área de Voz.](#)
- 1.[2.6\)- Área de Habla y Deglución.](#)
- 1.[2.7\)- Fonoaudiología y Otras Disciplinas.](#)
- 1.[2.8\)- Maestro Especialista en Audición y Lenguaje.](#)
- 1.[3\)- Asociación Internacional.](#)
- 1.[4\)- Revistas Especializadas.](#)
- 1.[5\)- Evolución de la Comunicación Durante el Primer Año de Vida.](#)
- 1.[6\)- Representaciones en la Ficción.](#)
- 1.[7\)- Véase También.](#)
- 1.[8\)- Referencias](#)
- 1.[9\)- Bibliografía.](#)
- 1.[10\)- Enlaces Externos.](#)
- .2-[OBSTETRICIA : MATRONERÍA](#) , Parteras.
- 2.[1\)- Profesionales de Obstetricia : Matronería.](#)
- 2.[2\)- Áreas de la Obstetricia : Matronería.](#)
- 2.[2.1 Embarazo.](#)
- 2.[2.1.1\)- Atención Preconcepcional.](#)
- 2.[2.1.2\)- Atención Prenatal](#)
- 2.[2.2\)- Parto .](#)
- 2.[2.2.1\)- Inducción del Parto.](#)
- 2.[2.2.2\)- Parto.](#)
- 2.[2.3\)- Puerperio.](#)
- 2.[2.4 \)- Atención del Recién Nacido.](#)
- 2.[2.5\)- Salud Sexual y Reproductiva.](#)
- 2.[3\)- Ámbito de Práctica de la Obstetricia: Matronería .](#)
- 2.[4\)- Historia de la Obstetricia : Matronería .](#)
- 2.[4.1\)- Cultura Hebrea.](#)

- [-2.4..2\)- Antiguo Egipto.](#)
- [-2.4.3\)- Cultura Greco-romana.](#)
- [-2.4.4\)- Edad Media.](#)
- [-2.4.5\)- Renacimiento.](#)
- [-2.4.6\)- Edad Contemporánea.](#)
- [-2.4.7\)- Siglo XX.](#)
- [-2.5\)- Modelo de Atención Obstétrica Dirigido Por Matronas.](#)
- [-2.6\)- Definiciones y Términos Obstétricos.](#)
- [-2.7\)- Véase También.](#)
- [-2.8\)- Referencias.](#)
- [-2.9\)- Enlaces Externos.](#)
- [.3-OPTOMETRÍA.](#)
- [-3.1\)- Perfil Profesional del Tecnólogo Médico en Optometria.](#)
- [-3.2\)- Ámbito de Acción.](#)
- [-3.3\)- Competencias.](#)
- [-3.4\)- Valoración Preoperatoria en Procedimientos Refractivos .](#)
- [-3.5\)- Véase También.](#)
- [-3.6\)- Notas.](#)
- [-3.7\)- Enlaces Externos.](#)
- [. 4-FISIOTERAPIA.](#)
- [-4.1\)- Historia.](#)
- [-4.2\)- Definición.](#)
- [-4.3\)- Marco Profesional.](#)
- [-4.4 \)-Funciones](#)
- [-4.4.1\)- Función Asistencial](#)
- [-4.4.2\)- Medios Utilizados por la Fisioterapia.](#)
- [-4.4.3\)- Función Docente e Investigadora.](#)
- [-4.4.4\)- Función de Gestión.](#)
- [-4.5\)- Procesos en los Que Interviene la Fisioterapia.](#)
- [-4.6\)- Especialidades.](#)
- [-4.6.1\)- FISIOTERAPIA VETERINARIA.x](#)
- [-4.6.2\)- FISIOTERAPIA TRAUMATOLÓGICA.](#)
- [-4.6.3\)- FISIOTERAPIA ORTOPÉDICA.x](#)
- [-4.6.4\)-FISIOTERAPIA GINECOLÓGICA.x](#)
- [-4.6.5\)- FISIOTERAPIA CARDIOVASCULAR.x](#)
- [-4.6.6\)- FISIOTERAPIA EN CUIDADO CRÍTICO.x](#)
- [-4.6.7\)- FISIOTERAPIA RESPIRATORIA.](#)
- [-4.6.7.1\)- Características.](#)
- [-4.6.7.2\)- Valoración Diagnóstica en FTR.](#)
- [-4.6.7.3\)- Técnicas.](#)
- [-4.6.7.4\)- Campo de Acción .](#)
- [-4.6.7.4.1\)- Post-operatorio.](#)
- [-4.6.7.4.2\)- Enfermedades Neuromusculares.](#)
- [-4.6.7.4.3\)- Otras Intervenciones.](#)
- [-4.6.7.5\)- Véase También.](#)
- [-4.6.8\)- FISIOTERAPIA EN SALUD MENTAL Y PSIQUIATRÍA.x](#)
- [-4.6.9\)- FISIOTERAPIA TORÁCICA.x](#)
- [-4.6.10\)- FISIOTERAPIA REUMATOLÓGICA.x](#)
- [-4.6.11\)-FISIOTERAPIA MANUAL.](#)
- [-4.6.12\)- FISIOTERAPIA DEL DEPORTE.](#)

- 4.7)- [Otras Terapias Manuales.](#)
- 4.8)- [Posibles Efectos Secundarios y Contraindicaciones.](#)
- 4.9)- [Fisioterapia y Rehabilitación.](#)
- 4.10)- [Modelos de la Salud Usados en la Fisioterapia.](#)
- 4.11)- [Campo Laboral.](#)
- 4.12)- [Véase También.](#)
- 4.13)- [Referencias.](#)
- 4.14)- [Enlaces Externos.](#)
- .5-[ENFERMERÍA.](#)
- 5.1)- [Definiciones y Conceptos .](#)
- 5.1.1)- [Definiciones de la Enfermería.](#)
- 5.1.2)- [Conceptos de la Enfermería.](#)
- 5.2)- [Profesionales de Enfermería .](#)
- 5.2.1)- [España.](#)
- 5.2.2)- [Hispanoamérica](#)
- 5.2.2.1)- [Chile](#)
- 5.2.2.3)- [URUGUAY](#)
- 5.2.3)- [Especialidades .](#)
- 5.2.3.1)- [Títulos de Enfermero Especialista en España^{\[14\]}](#)
- 5.3)-[Historia de la Enfermería .](#)
- 5.3.1)- [Primeros Tiempos.](#)
- 5.3.2)- [Edad Media.](#)
- 5.3.3)-[Edad Moderna.](#)
- 5.3.4)- [Edad Contemporánea.](#)
- 5.4)- [Enfermeras Relevantes .](#)
- 5.4.1)- [En la Historia.](#)
- 5.4.2)- [Otras Enfermeras Relevantes](#)
- 5.5)- [Subespecialidades.](#)
- 5.5.1)- [ENFERMERÍA OBSTÉTRICO-GINECOLÓGICA.](#)
- 5.5.2)-[ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL.](#)
- 5.5.3)-[ENFERMERÍA GERIÁTRICA.](#)
- 5.5.4)- [ENFERMERÍA DEL TRABAJO Y SALUD LABORAL.](#)
- 5.5.5)-[ENFERMERÍA MÉDICO-QUIRÚRGICA.x](#)
- 5.5.6)-[ENFERMERÍA FAMILIAR Y COMUNITARIA.](#)
- 5.5.7)- [ENFERMERÍA PEDIÁTRICA.](#)
- 5.6)- [Véase También.](#)
- 5.7)- [Referencias}](#)
- 5.8)- [Enlaces Externos.](#)
- 6-.[PODOLOGÍA.](#)
- 6.1)- [Campos.](#)
- 6.2)- [Grupos](#)
- 6.2.1)- [Grado Universitario en Podología.](#)
- 6.2.2)- [Tecnicatura en Podología y Otros Estudios No Universitarios.](#)
- 6.3)- [Evolución Histórica .](#)
- 6.3.1)- [Egipto.](#)
- 6.3.2)- [Grecia.](#)
- 6.3.3)- [Imperio Romano.](#)
- 6.3.4)- [Edad Media.](#)
- 6.3.5)- [Siglos XVI y XVII.](#)
- 6.3.6)- [En Inglaterra en el S. XVII.](#)

- 6.3.7)- [En Francia en los Reinados de Luis XIV, Luis XV y Luis XVI.](#)
- 6.3.8)- [Entre los Siglos XIX y XX.](#)
- 6.3.9)- [España en el s. XIX.](#)
- 6.3.10)- [En Estados Unidos a Finales del Siglo XIX y Principios del XX.](#)
- 6.3.11)- [Antecedentes Próximos y Actualidad Podológica en España](#)
- 6.4)- [La Podología y su Realidad Actual](#) .
- 6.4.1)- [Chile.](#)
- 6.4.2)- [España.](#)
- 6.4.3)- [México.](#)
- 6.4.4)- [Perú.](#)
- 6.4.5)- [Uruguay.](#)
- 6.5)- [Véase También.](#)
- 6.6)- [Referencias.](#)
- 6.7)- [Enlaces Externos.](#)
- 7)-CIENCIAS DE LA NUTRICIÓN.

VER: -  - 2017. - Barmaimon, Enrique.2017. Libro Con Tipos de Dietas y Alimentación Según Salud, Enfermedad, y Patología. 2 Tomos:

-1.1-Tomo I: Índice, Introducción, Régimen Alimenticio, Hábitos Alimentarios, Tipo de Dietas, Alimentos, Gastronomía Uruguay y el Mundo, Necesidades Básicas, Dieta Saludable, Animales por Dieta, y Alimentos Comunes y Energía.

-1.2-Tomo II: Índice, Dietista-Nutricionista, Ciencias de la Salud, Nutrición, Trastornos Conducta Alimentaria, Véase También, Referencias, Bibliografía, Curricula Prof. Barmaimon, Enlaces.

. 1ª Ed. Virtual. Montevideo, Uruguay. BVS.SMU.(<http://www.bvssmu.org.uy/>). (libros); (barmaimon).(OR).(buscar);(.Elegir libro entre 41 : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra).

- .8-[BROMATOLOGÍA.](#)
- .9-[DIETÉTICA.](#)
- 9.1)- [Historia](#) .
- 9.1.1)- [Antigüedad.](#)
- 9.1.2) [Edad Contemporánea.](#)
- 9.2)- [Véase También.](#)
- 9.3) [Referencias](#)
- 9.4)- [Bibliografía.](#)
- 10- [FARMACIA.](#)
- 10.1)- [Historia de la Farmacia.](#)
- 10.2)- [Disciplinas de la Farmacia.](#)
- 10.3)- [Botica](#) .
- 10.3.1)- [Personal de Oficina de Farmacia.](#)
- 10.3.2)- [Labor de Concienciación Sanitaria y Medioambiental del Farmacéutico.](#)
- 10.3.3)- [Simbología Farmacéutica.](#)
- 10.4)- [Servicios de Farmacia Hospitalaria](#) .
- 10.4.1)- [Personal de los Servicios de Farmacia Hospitalaria](#)
- 10.5)- [Clasificación de Medicamentos.](#)
- 10.6)- [Subespecialidades.](#)
- 10.6.1)- [FARMACIA COMUNITARIA \(OFICINA DE FARMACIA\).](#)
- 10.6.2)- [FARMACIA HOSPITALARIA.](#)
- 10.6.2.1)- [Formación en Farmacia Hospitalaria.](#)
- 10.6.2.2)- [Desde 2005 a 1997](#)
- 10.6.2.3)- [Desde 1995 a 1984](#)

- 10.6.2.4)- [Desde 1982 a 1971](#)
- 10.6.2.5)- [Desde 1970 a 1955](#)
- 10.6.2.6)- [Otras especialidades para Farmacéuticos Internos Residentes](#)
- 10.6.2.7)- [Véase También](#)
- 10.6.2.8)- [Referencias](#)
- 10.6.2.9)- [Enlaces Externos](#)
- 10.6.3)- [FARMACIA DE ATENCIÓN PRIMARIA.](#)
- 10.6.4)- [FARMACIA GALÉNICA .](#)
- 10.6.5)- [FARMACOLOGÍA](#)
- 10.6.5.1)- [Destino de los fármacos en el organismo](#)
- 10.6.5.1.1)- [Absorción](#)
- 10.6.5.1.2)- [Distribución](#)
- 10.6.5.1.3)- [Metabolismo o biotransformación](#)
- 10.6.5.1.4)- [Excreción](#)
- 10.6.5.2)- [Acción de los Fármacos Sobre el Organismo](#)
- 10.6.5.3)- [Ramas de la Farmacología.](#)
- 10.6.5.4)- [Margen e Índice terapéutico](#)
- 10.6.5.5)- [Referencias](#)
- 10.6.5.6)- [Enlaces Externos.](#)
- 10.6.6)- [FARMACOGENÓMICA.](#)
- 10.6.6.1)- [Farmacogenómica](#)
- 10.6.6.2)- [Objetivos de la Farmacogenómica,](#)
- 1.0.6.6.2.1)- [Aspectos Éticos de la Investigación Farmacogenómica](#)
- 10.6.6.3)- [Historia de la Farmacogenómica y Farmacogenética.](#)
- 10.6.6.4)- [Farmacogenética .](#)
- 10.6.6.4.1)- [Enzimas Metabolizadoras de Fármacos .](#)
- 10.6.6.4.1.1)- [Enzimas Citocromo P450](#)
- 10.6.6.4.1.2)- [Enzimas Glutation S-Transferasas\(GST\)](#)
- 10.6.6.4.1.3)- [Enzima tiopurina metiltransferasa\(TPMT\)](#)
- 10.6.6.4.2)- [Farmacogenética del Transporte de Fármacos.](#)
- 10.6.6.4.3)- [Farmacogenética de los Receptores de Fármacos.](#)
- 10.6.6.4.4)- [Aplicabilidad de las Pruebas Farmacogenéticas.](#)
- 10.6.6.4.5)- [Beneficios de la Farmacogenética.](#)
- 10.6.6.4.6)- [Diferencias interétnicas](#)
- 10.6.6.4.7)- [Implicaciones éticas, jurídicas y sociales de la Farmacogenética](#)
- 10.6.6.4.8)- [Tarjeta Farmacogenética](#)
- 10.6.6.5)- [Nuevos Proyectos.](#)
- 10.6.6.6)- [Véase También.](#)
- 10.6.6.7)- [Referencias](#)
- 10.6.6.8)- [Enlaces Externos.](#)
- 10.6.7)- [FARMACOGENÉTICA.](#)
- 10.6.8)- [QUÍMICA FARMACÉUTICA Y FARMACOGNOSIA.](#)
- 10-6.8.1)- [Características](#)
- 10.6.8.2)- [Química farmacéutica](#)
- 10.6.8.3)- [Especialización](#)
- 10.6.8.4)- [Química Medicinal](#)
- 10.6.8.5)- [Véase También](#)
- 10.6.8.6)- [Referencias.](#)
- 10.6.9)- [FARMACOGNOSIA](#)
- 10.6.9.1)- [Objetivos de la Farmacognosia.](#)

- 10.6.9.2)- [Áreas terapéuticas.](#)
- 10.6.9.3)- [Secuencia de las etapas para la investigación farmacognósica .](#)
- 10.6.9.3.1)- [Reunión de datos.](#)
- 10.6.9.3.2)- [Cultura y hábitat](#)
- 10.6.9.3.3)- [Recolección](#)
- 10.6.9.3.4)- [Preparado y Dsecación](#)
- 10.6.9.3.5)- [Estabilización](#)
- 10.6.9.3.6)- [Molienda](#)
- 10.6.9.3.7)- [Embalaje y Almacenaje](#)
- 10.6.9.3.8)- [Extracción](#)
- 10.6.9.4)- [Referencias](#)
- 10.6.9.5)- [Temas Relacionados.](#)
- 10.6.10)- [RADIOFARMACIA . MEDICINA NUCLEAR.](#)
- 10.6.10.1)- [Filtros de imagen en medicina nuclear](#)
- 10.6.10.2)- [Ejemplos de exploraciones](#)
- 10.6.10.3)- [Véase también](#)
- 10.6.10.4)- [Referencias](#)
- 10.6.10.5)- [Enlaces Externos](#)
- 10.7)- [Véase También.](#)
- 10.8)- [Referencias.](#)
- 10.9)- [Enlaces Externos.](#)
- 11)- [LABORATORIO CLÍNICO.](#)
- 11.1)- [Áreas de servicio.](#)
- 11.2)- [Riesgos Específicos.](#)
- 11.3)- [ANÁLISIS CLÍNICOS.](#)
- 11.3.1)- [Interpretación.](#)
- 11.3.2)- [Historia.](#)
- 11.3.3)- [Véase También.](#)
- 11.4)- [CITOGENÉTICA CLÍNICA.](#)
- 11.4.1)- [Historia](#)
- 11.4.1.1)- [Primeros Años](#)
- 11.4.2)- [Aplicaciones en Biología .](#)
- 11.4.2.1)- [Los Trabajos de McClintock con el Maíz.](#)
- 11.4.2.2)- [Poblaciones Naturales de Drosophila.](#)
- 11.4.3)- [Anomalías Numéricas Humanas .](#)
- 11.4.3.1)- [Aparición de las Técnicas de Bando.](#)
- 11.4.3.2)- [Comienzos de la Citogenética Molecular.](#)
- 11.4.4)- [Usos en Medicina.](#)
- 11.4.5)- [Técnicas .](#)
- 11.4.5.1)- [Análisis Rutinarios .](#)
- 11.4.5.1.1)- [Preparación de Muestras.](#)
- 11.4.5.1.2)- [Análisis](#)
- 11.4.5.2)- [Hibridación por Fluorescencia in Situ.](#)
- 11.4.5.2.1)- [Preparación de muestras](#)
- 11.4.5.2.2)- [Análisis](#)
- 11.4.5.3)- [Otras Técnicas.](#)
- 11.4.6)- [Citogenética Molecular.](#)
- 11.4.7)- [Futuro de la Citogenética.](#)
- 11.4.8)- [Véase También.](#)
- 11.4.9)- [Referencias.](#)

- 11.4.10)- [Enlaces Externos.](#)
- 11.5)- [CITOHEMATOLOGÍA CLÍNICA.](#)
- 11.6)- [GENÉTICA MOLECULAR CLÍNICA.](#)
- 11.6.1)- [Ramas de la Genética Molecular.](#)
- 11.6.2)- [Forward genetics.](#)
- 11.6.3)- [Reverse genetics.](#)
- 11.6.4) [Técnicas Utilizadas en Genética Molecular .](#)
- 11.6.4.1) [Amplificación .](#)
- 11.6.4.1.1)- [Reacción en Cadena de la Polimerasa.](#)
- 11.6.4.1.2)- [Clonación de ADN en Bacterias.](#)
- 11.6.5)- [Aplicaciones](#)
- 11.6.5.1)- [TERAPIA GÉNICA.](#)
- 11.6.5.1.1)- [Aplicaciones.](#)
- 11.6.5.1.2)- [Tipos de Terapia Génica.](#)
- 11.6.5.1.3)- [Procedimiento.](#)
- 11.6.5.1.4)- [Vectores en Terapia Génica.](#)
- 11.6.5.1.4.1)- [Retrovirus.](#)
- 11.6.5.1.4.2)- [Adenovirus.](#)
- 11.6.5.1.4.3)- [Virus Adenoasociados \(AAV\).](#)
- 11.6.5.1.4.4)- [Herpes Virus.](#)
- 11.6.5.1.4.5)- [Proteína "pseudotyping" de Vectores Virales.](#)
- 11.6.5.1.4.6)- [Métodos No Virales .](#)
- 11.6.5.1.4.6.1)- [ADN Desnudo.](#)
- 11.6.5.1.4.6.2)- [Oligonucleótidos.](#)
- 11.6.5.1.4.7)- [Cromosomas Artificiales .](#)
- 11.6.5.1.4.7.1)- [Lipoplexes y Poliplexes.](#)
- 11.6.5.1.4.8)- [Métodos Híbridos.](#)
- 11.6.5.1.4.9)- [Dendrímeros.](#)
- 11.6.5.1.5)- [Células Diana.](#)
- 11.6.5.1.6)- [Principales Acontecimientos en el Desarrollo de la Terapia Génica .](#)
- 11.6.5.1.6.1)- [Año 2002 y Anteriores.](#)
- 11.6.5.1.6.2)- [Año 2003.](#)
- 11.6.5.1.6.3)- [Año 2006.](#)
- 11.6.5.1.6.4)- [Año 2007.](#)
- 11.6.5.1.6.5)- [Año 2008.](#)
- 11.6.5.1.6.6)- [Año 2009.](#)
- 11.6.5.1.6.7)- [Año 2012.](#)
- 11.6.5.1.6.8)- [Porcentajes de Ensayos de Terapia Génica en la Actualidad.](#)
- 11.6.5.1.7)- [Enfermedades y Terapia Génica .](#)
- 11.6.5.1.7.1)- [ADA.](#)
- 11.6.5.1.7.2)- [Cáncer.](#)
- 11.6.5.1.7.3)- [Síndrome de Wiskott-Aldrich \(WAS\).](#)
- 11.6.5.1.7.4)- [Beta Talasemia.](#)
- 11.6.5.1.8)- [Problemas de la Terapia Génica y de sus Aplicaciones.](#)
- 11.6.5.1.9)- [Terapia Génica en Otros Animales.](#)
- 11.6.5.1.10)- [Terapia Génica en la Cultura Popular.](#)
- 11.6.5.1.11)- [Referencias.](#)
- 11.6.5.1.12)- [Bibliografía.](#)
- 11.6.5.1.13)- [Enlaces Externos.](#)
- 11.6.6)- [Véase También.](#)

- 11.6.7)- [Referencias.](#)
- 11.6.8)- [Enlaces Externos.](#)
- 11.7)- [HEMOSTASIOLOGÍA CLÍNICA.](#)x
- 11.8)- [INMUNOLOGÍA CLÍNICA.](#)x
- 11.9)- [MICROBIOLOGÍA CLÍNICA.](#)
- 11.9.1)- [Historia .](#)
- 11.9.1.1)- [Empirismo y Especulación.](#)
- 11.9.2)- [Tipos de Microbiología.](#)
- 11.9.3)- [Subdisciplinas y Otras Disciplinas Relacionadas.](#)
- 11.9.4)- [Beneficios de la Microbiología.](#)
- 11.9.4.1)- [Refutación de la Teoría de la Generación Espontánea.](#)
- 11.9.4.2)- [La Microbiología en la Actualidad.](#)
- 11.9.5)- [Importancia.](#)
- 11.9.6)- [Véase también](#)
- 11.9.7)- [Enlaces Externos.](#)
- .12- [VETERINARIA.](#)
- 12.1)- [Denominación Oficial.](#)
- 12.2)- [Etimología.](#)
- 12.3)- [Historia](#)
- 12.3.1 [Establecimiento de profesión](#)
- 12.3.1.1 [Chile.](#)
- 12.3.1.2)- [Uruguay,](#)
- 12.4)- [Roles dentro de la Medicina veterinaria](#)
- 12.4.1)- [Médico veterinario](#)
- 12.4.2)- [Técnico veterinario](#)
- 12.5)- [Véase También.](#)
- 12.6)- [Referencias.](#)
- 12.7)- [Enlaces Externos](#)

-PARTE VII- ESPECIALIDADES DE CIENCIAS SOCIALES.

- 1)- CIENCIAS RELACIONADAS CON LA [INTERACCIÓN SOCIAL:](#)
- 1.1)- [CIENCIA POLÍTICA.](#)
- 1.1.1)- [Definición.](#)
- 1.1.2)- [Antecedentes.](#)
- 1.1.3)- [Historia.](#)
- 1.1.4)- [Ciencia Política Como Disciplina Universitaria.](#)
- 1.1.5)- [Áreas de Investigación.](#)
- 1.1.6)- [Enfoques](#)
- 1.1.7)- [Métodos](#)
- 1.1.8)- [Relación con Otras Ciencias.](#)
- 1.1.9)- [Aplicaciones Profesionales.](#)
- 1.1.10)- [Véase También.](#)
- 1.1.11)- [Referencias](#)
- 1.1.12)- [Bibliografía.](#)
- 1.1.13)- [Enlaces Externos.](#)
- 1.2)-[ANTROPOLOGÍA.](#)
- 1.2.1)- [Antecedentes.](#)
- 1.2.2)- [Historia.](#)
- 1.2.3)- [El Objeto de Estudio Antropológico.](#)

- 1.2.4)- [Campos de Acción de la Antropología](#) .
- 1.2.4.1)- [Ramas y Subramas](#).
- 1.2.5)- [El Origen de la Pregunta Antropológica](#) .
- 1.2.5.1)- [Antropología Moderna](#).
- 1.2.6)- [Historia de la Antropología](#) .
- 1.2.6.1)- [Nacimiento Institucional de la Antropología](#).
- 1.2.7)- [El Sevenir de la Antropología Durante el Siglo XX](#) .
- 1.2.7.1)- [El Desarrollo de la Sociología y la Etnología Francesa](#).
- 1.2.7.2)- [El Culturalismo Estadounidense](#).
- 1.2.7.3)- [El Funcionalismo Británico](#) .
- 1.2.7.3.1)- [Tesis Centrales del Funcionalismo](#).
- 1.2.7.3.2)- [Una Mirada Histórica sobre el Funcionalismo Británico](#).
- 1.2.7.4)- [Funcionalismo, Funcionalismo Estructuralista, Antropología Cognoscitiva, Antropología Simbólica y Ecología Cultural](#).
- 1.2.7.5)- [Antropología y Etnografía Soviética](#).
- 1.2.7.6)- [La Antropología en Latinoamérica](#).
- 1.2.8)- [La Antropología en Tiempos Modernos](#).
- 1.2.9)- [Código de Ética y Política en Antropología](#).
- 1.2.10)- [Véase También](#).
- 1.2.11)- [Notas](#).
- 1.2.12)- [Referencias](#).
- 1.2.13)- [Enlaces Externos](#).
- 1.3)- [BIBLIOTECONOMÍA](#).
- 1.3.1)- [Informática y Biblioteconomía](#).
- 1.3.1.1)- [Clasificación](#).
- 1.3.2)- [Biblioteconomía y Documentación](#)
- 1.3.3)- [BIBLIOTECA VIRTUAL DIGITAL](#).
- 1.3.3.1)- [Características](#)
- 1.3.3.2)- [Historia](#)
- 1.3.3.3)- [Bibliotecas Digitales](#).
- 1.3.3.4)- [Ventajas y Desventajas](#)
- 1.3.3.5)- [Véase También](#)
- 1.3.3.6)- [Referencias](#)
- 1.3.3.7)- [Bibliografía](#)
- 1.3.3.8)- [Enlaces Externos](#)
- 1.3.4)- [Véase también](#)
- 1.3.5)- [Referencias](#).
- 1.3.6)- [Enlaces Externos](#).
- 1.4)-[DERECHO](#).
- 1.4.1)- [Etimología](#).
- 1.4.2)- [El Derecho Objetivo y el Derecho Subjetivo](#).
- 1.4.3)- [Concepto del Derecho](#).
- 1.4.4)- [Creación y Evolución del Derecho](#).
- 1.4.5)- [Realización del Derecho](#).
- 1.4.6)- [Características del Derecho](#) .
- 1.4.6.1)- [Normatividad](#).
- 1.4.6.2)- [Bilateralidad](#).
- 1.4.6.3)- [Coercibilidad](#).
- 1.4.6.4)- [Pretensión de Inviolabilidad](#).
- 1.4.6.5)- [Sistema](#).

- 1.4.6.6)- [Justicia.](#)
- 1.4.7)- [Fuentes del Derecho.](#)
- 1.4.8)- [Hermenéutica Jurídica .](#)
- 1.4.8.1)- [Interpretación Jurídica .](#)
- 1.4.8.1.1)- [Concepto.](#)
- 1.4.8.1.2)- [Clasificaciones .](#)
- 1.4.8.1.2.1)- [Según su Fuente Formal.](#)
- 1.4.8.1.2.2)- [Según su Intérprete.](#)
- 1.4.8.1.2.3)- [Según si su Normador o Intérprete Sea el Mismo.](#)
- 1.4.8.1.2.4)- [Según sus Resultados.](#)
- 1.4.8.1.3)- [Interpretación de la Ley .](#)
- 1.4.8.1.3.1)- [Concepto.](#)
- 1.4.8.1.3.2)- [Tendencias Doctrinarias .](#)
- 1.4.8.1.3.2.1)- [Tendencia Subjetivista.](#)
- 1.4.8.1.3.2.2)- [Tendencia Objetivista.](#)
- 1.4.8.1.3.3)- [Escuelas de Interpretación.](#)
- 1.4.8.1.3.3.1)- [Escuela Exegética o Clásica .\(Demolombe y Laurent\)](#)
- 1.4.8.1.3.3.2)- [Escuela del Derecho Libre \(Kantorowicz\)](#)
- 1.4.8.1.3.3.3)- [Escuela Histórica \(Savigny\)](#)
- 1.4.8.1.3.3.4)- [Escuela de la Libre Investigación Científica \(Gény\).](#)
- 1.4.8.1.3.3.5)- [Escuela Teleológica \(Ihering\)](#)
- 1.4.8.1.3.3.6)- [Escuela Formalista \(Kelsen\)](#)
- 1.4.8.1.3.4)- [Reglas de Interpretación de la Ley .](#)
- 1.4.8.1.3.4.1)- [Elemento Gramatical.](#)
- 1.4.8.1.3.4.2)- [Elemento Lógico.](#)
- 1.4.8.1.3.4.3)- [Elemento Histórico.](#)
- 1.4.8.1.3.4.4)- [Elemento Sistemático.](#)
- 1.4.8.1.4)- [Interpretación de la Costumbre Jurídica.](#)
- 1.4.8.1.5)- [Interpretación de los Actos y Contratos.](#)
- 1.4.8.2)- [Integración Jurídica .](#)
- 1.4.8.2.1)- [Concepto.](#)
- 1.4.8.2.2)- [Clases de Lagunas .](#)
- 1.4.8.2.2.1)- [Lagunas Normativas \(*de lege lata*\) y Lagunas Axiológicas \(*de lege ferenda*\)](#)
- 1.4.8.2.2.2)- [Lagunas de la Ley y Lagunas del Derecho.](#)
- 1.4.8.2.2.3)- [Lagunas de Conocimiento y Lagunas de Reconocimiento.](#)
- 1.4.8.2.3)- [Mecanismos de Integración .](#)
- 1.4.8.2.3.1)- [Analogía.](#)
- 1.4.8.2.3.2)- [Principios Generales del Derecho.](#)
- 1.4.8.2.3.3)- [Equidad Natural.](#)
- 1.4.8.3)- [Antinomia Jurídica.](#)
- 1.4.8.3.1)- [Requisitos para que Exista Antinomia Legal.](#)
- 1.4.8.3.2)- [Mecanismos para Superar las Antinomias.](#)
- 1.4.9)- [Disciplinas Jurídicas.](#)
- 1.4.10)- [División del Derecho .](#)
- 1.4.10.1)- [Derecho Público.](#)
- 1.4.10.2)- [Derecho Privado.](#)
- 1.4.10.3)- [Derecho Social.](#)
- 1.4.11)- [Véase También.](#)
- 1.4.12)- [Referencias](#)
- 1.4.13)- [Bibliografía](#)

- 1.4.14)- [Enlaces Externos.](#)
- 1.5)- [ECONOMÍA.](#)
- 1.5.1)- [Definiciones de Economía](#)
- 1.5.1.1)- [Definición Objetiva Clásica.](#)
- 1.5.1.2)- [Definición Objetiva Marxista.](#)
- 1.5.1.3)- [Definición Subjetiva o Marginalista.](#)
- 1.5.1.4 [Definición Sistémica.](#)
- 1.5.2)- [Distinciones Importantes en Economía .](#)
- 1.5.2.1)- [Economía Teórica y Empírica.](#)
- 1.5.2.2)- [Microeconomía y Macroeconomía.](#)
- 1.5.2.3)- [Economía Normativa y Economía Positiva.](#)
- 1.5.2.4)- [Economía Ortodoxa y Heterodoxa.](#)
- 1.5.3)- [Objeto de Estudio.](#)
- 1.5.4)- [Multidisciplinariedad de la Economía.](#)
- 1.5.5)- [Críticas .](#)
- 1.5.5.1)- [Críticas Generales.](#)
- 1.5.5.2)- [Críticas de los Supuestos.](#)
- 1.5.6)- [Economía Para Filósofos.](#)
- 1.5.7)- [Principales Escuelas del Pensamiento Económico.](#)
- 1.5.8)- [Véase También.](#)
- 1.5.9)- [Referencias.](#)
- 1.5.10)- [Bibliografía.](#)
- 1.5.11)- [Enlaces Externos.](#)
- 1.6)-[RELACIONES INTERNACIONALES.](#)
- 1.6.1) [Perspectiva Histórica .](#)
- 1.6.1.1)- [Historia.](#)
- 1.6.1.2)- [Estudio de las Relaciones Internacionales](#)
- 1.6.2)- [El Estudio de las Relaciones Internacionales Desde el Ángulo de la Política .](#)
- 1.6.2.1)- [Liberalismo.](#)
- 1.6.2.2)- [Idealismo.](#)
- 1.6.2.3)- [Realismo Político.](#)
- 1.6.2.4)- [Escuela Inglesa.](#)
- 1.6.2.5)- [Neorrealismo Estructural.](#)
- 1.6.2.6)- [Neoliberalismo.](#)
- 1.6.2.6.1)- [Interdependencia Compleja.](#)
- 1.2.2.6.2)- [Regímenes Internacionales.](#)
- 1.6.2.7)- [Hermenéutica.](#)
- 1.6.3)- [Escuelas Notables en Relaciones Internacionales .](#)
- 1.6.3.1)- [Ecuador.](#)
- 1.6.3.2)- [Argentina .](#)
- 1.6.3.2.1)- [Buenos Aires.](#)
- 1.6.3.2.2)- [Santa Fe.](#)
- 1.6.3.2.3)- [Rosario.](#)
- 1.6.3.2.4)- [Córdoba.](#)
- 1.6.3.2.5)- [Salta.](#)
- 1.6.3.3)- [Chile .](#)
- 1.6.3.3.1)- [Santiago de Chile.](#)
- 1.6.3.4)- [Colombia .](#)
- 1.6.3.4.1)- [Bogotá.](#)
- 1.6.3.4.2)- [Barranquilla](#)

- 1.6.3.4.3)- [Cali](#).
- 1.6.3.4.4)- [Cartagena](#)
- 1.6.3.4.5)- [Bucaramanga](#)
- 1.6.3.4.6)- [Manizales](#)
- 1.6.3.5)- [El Salvador](#) .
- 1.6.3.5.1)- [San Salvador](#).
- 1.6.3.6)- [República Dominicana](#).
- 1.6.3.7)- [México](#) .
- 1.6.3.7.1)- [Chihuahua](#).
- 1.6.3.7.2)- [Ciudad de México](#).
- 1.6.3.7.3)- [Mexicali](#).
- 1.6.3.7.4)- [Tijuana](#).
- 1.6.3.7.5)- [Guadalajara](#).
- 1.6.3.7.6)- [Monterrey](#).
- 1.6.3.7.7)- [Puebla](#).
- 1.6.3.7.8)- [Tuxtla Gutiérrez](#).
- 1.6.3.8)- [Paraguay](#).
- 1.6.3.9)- [Perú](#) .
- 1.6.3.9.1)- [Lima](#).
- 1.6.3.10)- [Uruguay](#) .
- 1.6.3.10.1)- [Montevideo](#)
- 1.6.3.11)- [Venezuela](#) .
- 1.6.3.11.1)- [Caracas](#).
- 1.6.4)- [Instituciones Dedicadas al Estudio de las Relaciones Internacionales](#) .
- 1.6.4.1)- [Argentina](#).
- 1.6.4.2)- [El Salvador](#) .
- 1.6.4.2.1)- [San Salvador](#).
- 1.6.4.3)- [México](#).
- 1.6.4.3.1)- [Ciudad de México](#).
- 1.6.4.4)- [República Dominicana](#).
- 1.6.4.5)- [Ecuador](#).
- 1.6.5)- [Véase También](#).
- 1.6.6)- [Referencias](#).
- 1.6.7)- [Enlaces Externos](#).
- 1.7)- [ETNOGRAFÍA](#).
- 1.7.1)- [Definición](#).
- 1.7.2)- [Registrar y Organizar la Información en Etnografía](#).
- 1.7.3)- [Ventajas y Limitaciones de la Etnografía](#).
- 1.7.4)- [Etnología y Etnografía](#).
- 1.7.5)- [Historias de Vida](#)
- 1.7.6)- [Fotografía y Cine en la Etnografía](#).
- 1.7.7)- [Vocabulario Técnico](#).
- 1.7.8)- [Proceso a Seguir al Hacer una Investigación](#).
- 1.7.9)- [Etnografía por Países](#).
- 1.7.10)- [Referencias](#) .
- 1.7.11)- [Bibliografía](#)
- 1.7.12)- [Véase También](#).
- 1.8)-[ETNOLOGÍA](#).
- 1.8.1)- [La Evolución de la Etnología](#).
- 1.8.2)- [La etnografía Como Método de Investigación de la Etnología](#).

- 1.8.3)- [Fines de la Etnología.](#)
- 1.8.4)- [Véase También](#)
- 1.8.5)- [Referencias](#)
- 1.8.6)- [Enlaces Externos.](#)
- 1.9)-[SOCIOLOGÍA.](#)
- 1.9.1)- [Fundadores de la Disciplina](#)
- 1.9.2)- [Los métodos Sociológicos.](#)
- 1.9.2.1)- [Métodos Cualitativos.](#)
- 1.9.2.2)- [Métodos Cuantitativos.](#)
- 1.9.2.3)- [Método Comparativo.](#)
- 1.9.3)- [Teorías y Paradigmas Sociológicos .](#)
- 1.9.3.1)- [Funcionalismo Estructuralista.](#)
- 1.9.3.2)- [Interaccionismo Simbólico.](#)
- 1.9.3.3)- [Etnometodología.](#)
- 1.9.3.4)- [Teorías del Conflicto.](#)
- 1.9.3.5)- [Teoría del Intercambio.](#)
- 1.9.3.6)- [Teoría de Sistemas.](#)
- 1.9.3.7)- [Acción y Estructura.](#)
- 1.9.4)- [Dinámica Social.](#)
- 1.9.5)- [Sociología en Latinoamérica.](#)
- 1.9.6)- [Áreas de la Sociología.](#)
- 1.9.7)- [Véase También.](#)
- 1.9.8)- [Referencias.](#)
- 1.9.9)- [Enlaces Externos.](#)
- 1.10)-[CRIMINOLOGÍA.](#)
- 1.10.1)- [Historia.](#)
- 1.10.1.1)- [Escuela Clásica.](#)
- 1.10.1.2)- [Escuela Biológica-Positivista.](#)
- 1.10.1.3)- [Criminología Moderna .](#)
- 1.10.1.3.1)- [Escuela de Chicago.](#)
- 1.10.1.3.2)- [Teorías Individualistas.](#)
- 1.10.1.3.3)- [Criminología Crítica.](#)
- 1.10.2)- [Tipos y Definiciones de Crimen.](#)
- 1.10.3)- [Tipos de Conducta .](#)
- 1.10.3.1)- [Conducta Social.](#)
- 1.10.3.2)- [Conducta Asocial.](#)
- 1.10.3.3)- [Conducta Parasocial.](#)
- 1.10.3.4)- [Conducta Antisocial.](#)
- 1.10.4)- [Principales Conceptos .](#)
- 1.10.4.1)- [Conducta Desviada.](#)
- 1.10.4.2)- [Control Social.](#)
- 1.10.4.3)- [Delincuente.](#)
- 1.10.4.4)- [Víctima.](#)
- 1.10.4.5)- [Delito.](#)
- 1.10.5)- [Criminología en Iberoamérica.](#)
- 1.10.6)- [Véase También.](#)
- 1.10.7)- [Referencias.](#)
- 1.10.8)- [Enlaces Externos.](#)
- 2)-CIENCIAS SOCIALES RELACIONADAS CON EL [SISTEMA COGNITIVO](#) HUMANO:
- 2.1)-[LINGÜÍSTICA.](#)

- [-2.1.1\)- Objetivo de la Lingüística.](#)
- [-2.1.2\)- Historia .](#)
- [-2.1.2.1\)- Lingüística Precientífica.](#)
- [-2.1.2.2\)- Lingüística Científica.](#)
- [-2.1.2.3\)- Enfoques Más Recientes.](#)
- [-2.1.3\)- Niveles de Estudio .](#)
- [-2.1.3.1\)- Escuelas Lingüísticas.](#)
- [-2.1.3.2\)- Estudios Interdisciplinarios de la Lingüística.](#)
- [-2.1.3.3\)- Temas de Estudio Lingüístico.](#)
- [-2.1.3.4\)- Centros de Investigación Lingüística.](#)
- [-2.1.3.5\)- Lingüistas Destacados.](#)
- [-2.1.4\)- Lenguas del Mundo .](#)
- [-2.1.4.1\)- Lista de Familias y Lenguas del Mundo.](#)
- [-2.1.4.2\)- Distribución Geográfica.](#)
- [-2.1.4.3\)- Lenguas por Número de Hablantes.](#)
- [-2.1.5\)- Véase También.](#)
- [-2.1.6\)- Referencias.](#)
- [-2.1.7 \)- Bibliografía.](#)
- [-2.1.8\)- Enlaces Externos.](#)

- [-2.2\)- PSICOLOGÍA.....](#)
- [-2.3\)- EDUCACIÓN.](#)
- [-2.3.1\)- Etimología](#)
- [-2.3.2\)- Historia .](#)
- [-2.3.2.1\)- Antigüedad](#)
- [-2.3.2.2\)- Edad Media](#)
- [-2.3.2.3\)- Edad Moderna y Contemporánea.](#)
- [-2.3.3\)- Tipos de Educación.](#)
- [-2.3.4\)- La red Nomológica de la Educación .](#)
- [-2.3.4.1\)- ¿Cuáles Son los Conceptos Centrales de la Red Nomológica de la Educación?](#)
- [-2.3.4.2\)- ¿Qué Es y Qué No Es la Educación?.](#)
- [-2.3.5\)- Tipos de Sistemas Educativos .](#)
- [-2.3.5.1\)- Educación Básica.](#)
- [-2.3.5.2\)- Objetivos.](#)
- [-2.3.5.3\)- Concepto de Educación.](#)
- [-2.3.6\)- Calendarios Escolares.](#)
- [-2.3.7\)- Educación a lo Largo de la Vida.](#)
- [-2.3.8\)- Evaluación .](#)
- [-2.3.8.1\)- Definición Alternativa de Evaluación.](#)
- [-2.3.9\)- Véase También.](#)
- [-2.3.10\)- Referencias.](#)
- [-2.3.11\)- Bibliografía.](#)
- [-2.3.12\)- Enlaces Externos.](#)

- [-3\)-CIENCIAS RELACIONADAS CON LA EVOLUCIÓN DE LAS SOCIEDADES:](#)
- [-3.1\)- ARQUEOLOGÍA.\(ver\)..](#)
- [-3.2\)-DEMOGRAFÍA.](#)
- [-3.2.1\)- Definición de Población y Demografía .](#)
- [-3.2.1.1\)- Definición de Población.](#)
- [-3.2.1.2\)- Definición de Demografía.](#)

- 3.2.2)- [Historia de la Demografía.](#)
- 3.2.3)- [Tipos de Demografía.](#)
- 3.2.4)- [Teorías Demográficas.](#)
- 3.2.4.1)- [La Teoría de la Transición Demográfica.](#)
- 3.2.4.2)- [La Teoría de la Segunda Transición Demográfica.](#)
- 3.2.4.3)- [La Teoría de la Revolución Reproductiva.](#)
- 3.2.5)- [Variación de Edades y Sexo.](#)
- 3.2.6)- [Importancia de la Demografía.](#)
- 3.2.7)- [Fuentes de Demografía en Países de Habla Hispana.](#)
- 3.2.8)- [Referencias.](#)
- 3.2.9)- [Expresión de los datos demográficos](#)
- 3.2.10)- [Véase También.](#)
- 3.2.11)- [Enlaces Externos.](#)
- 3.3)- [HISTORIA.](#) (ver).
- 3.4)- [ECOLOGÍA HUMANA.](#)
- 3.5)- [GEOGRAFÍA.](#)(ver).
- 3.6)- [ETNOGRAFÍA.](#) x
- 3.7)- DISCIPLINAS CONECTADAS CON LAS CIENCIAS SOCIALES: Existe un conjunto de disciplinas, a veces llamadas impropiaamente "ciencias sociales aplicadas", que hacen un uso colateral de desarrollos de las ciencias sociales propiamente dichas, para tratar de ordenar o mejorar procesos organizativos o enseñanza:
- 3.7.1)-- [ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS](#) O [ADMINISTRACIÓN.](#)(ver).
- 3.7.2)-[CONTABILIDAD.](#) (ver).
- 3.7.3)-[COMUNICACIÓN SOCIAL.](#)
- 3.7.4)-[COMUNICOLOGÍA.](#) CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN..
- 3.7.4.1)- [Aspectos Generales de la Comunicación .](#)
- 3.7.4.1.1)- [Tipos de Comunicación.](#)
- 3.7.4.1.2)- [Comunicación Organizacional.](#)
- 3.7.4.1.3)- [Estructura de la Información.](#)
- 3.7.4.2)- [Subespecialidades y Otras Disciplinas.](#)
- 3.7.4.3)- [Bibliografía.](#)
- 3.7.5)-[MERCADOTECNIA.](#) (ver).
- 3.7.6)-[PEDAGOGÍA.](#)
- 3.7.6.1)- [Etimología](#)
- 3.7.6.2)- [Definición en Diccionarios No Especializados.](#)
- 3.7.6.3)- [Véase También.](#)
- 3.7.6.4)- [Referencias](#)
- 3.7.6.5)- [Bibliografía](#)
- 3.7.6.6)- [Enlaces externos.](#)
- 3.7.7)-[TRABAJO SOCIAL.](#)
- 3.7.7.1)- [Historia y Antecedentes .](#)
- 3.7.7.1.1)- [Egipto.](#)
- 3.7.7.1.2)- [China.](#)
- 3.7.7.1.3)- [Roma](#)
- 3.7.7.1.4)- [Evolución Posterior](#)
- 3.7.7.2)- [Funciones de los Profesionales en Trabajo Social.](#)
- 3.7.7.3)- [Ámbitos de Actuación Profesional .](#)
- 3.7.7.3.1)- [Otras Áreas Laborales en Potencia Para el Trabajador Social](#)
- 3.7.7.4)- [Tensión Entre la Teoría Institucional y la Praxis Profesional.](#)
- 3.7.7.5)- [Trabajo Social Comparado.](#)

- 3.7.7.6)- [El Debate en Latinoamérica](#) .
- 3.7.7.6.1)- [El Emergente Asistencialismo Social en la Latinoamérica Contemporánea](#) .
- 3.7.7.6.1.1)- [Servicio Social y División del Trabajo](#).
- 3.7.7.6.2)- [El Proyecto Gramsciano y el Movimiento de la Reconceptualización](#).
- 3.7.7.6.3)- [El proyecto Ético-político \(PEPO\)](#).
- 3.7.7.7)- [El Trabajo Social de la Liberación: Una Aproximación Genética](#) .
- 3.7.7.7.1)- [Herencias Conceptuales del Marxismo](#).
- 3.7.7.7.2)- [Orígenes Históricos de Trabajo Social de Acuerdo al Proyecto Ético Político](#).
- 3.7.7.7.3)- [Orígenes de la Dimensión Profesional de Trabajo Social de Acuerdo con el P.E.P.O.](#).
- 3.7.7.8)- [Trabajo Social por Países](#)
- 3.7.7.8.1)- [Trabajo Social en México](#).
- 3.7.7.8.2)- [Trabajo Social en la Argentina](#).
- 3.7.7.8.3)- Trabajo Social en Uruguay.
- 3.7.7.9)- [Véase También](#).
- 3.7.7.10)- [Referencias](#).
- 3.7.7.11)- [Bibliografía](#).
- 3.8)- [PSIQUIATRÍA](#).x

-PARTE VIII- BIBLIOGRAFÍA.

- PARTE IX- VEASE TAMBIÉN.

-PARTE X - ENLACES EXTERNOS.

-PARTE XI - CURRICULA Prof. Dr. Enrique Barmaimon.

- TOMO III -

-PARTE V: ESPECIALIDADES PSICOLÓGICAS.

-1- [PSICOLOGÍA CLÍNICA](#).

-De Wikipedia, la enciclopedia libre. «[Psicología Clínica](#)»)



-Símbolo de la Psicología.

-La psicología clínica es una rama de la [psicología](#), que se encarga de la investigación de todos los factores, evaluación, diagnóstico, tratamiento y prevención, que afecten a la [salud mental](#) y a la conducta adaptativa, en condiciones que puedan generar malestar subjetivo y sufrimiento, al individuo humano.

-La psicología clínica tiene algunas orientaciones teóricas primarias: [Terapia de la conducta](#), [Terapia cognitiva](#), [Psicoanalítica o Psicodinámica](#), [Psicología humanista](#), y [Terapia Familiar Sistémica](#).

.Prácticas centrales de esta disciplina, son el diagnóstico de los trastornos psicológicos y la psicoterapia, así como también la: investigación, enseñanza, consulta, testimonio forense, desarrollo de programas, y administración.

.Se considera en Norteamérica, que esta área de la psicología tuvo su inicio en el año 1896, cuando [Lightner Witmer](#), dio inicio a la primera clínica psicológica, en la [Universidad de Pensilvania](#).

.También se reconoce en Europa, como iniciador de la psicología clínica a [Sigmund Freud](#), y su teoría del [psicoanálisis](#), que en 1895, enfrentaba oposición por sus prácticas de intervención psicoterapéutica, y sus planteamientos teóricos clínicos, estructurados en tres niveles: investigación, intervención psicoterapéutica y formulación de teorías psicológicas y psicopatológicas; anticipándose a Witmer, y estableciendo los criterios fundamentales de la psicología clínica aplicada.

.A pesar de que ambos fundadores de la psicología clínica : Freud y Witmer, incluían el tratamiento como una de sus principales funciones, lo cierto es que el psicodiagnóstico, así como la investigación, fueron los mayores indicadores de identidad del psicólogo clínico.

.En la primera mitad del siglo XX, la psicología clínica estuvo enfocada en la [evaluación psicológica](#), con poca atención hacia el tratamiento.

.El apogeo de este enfoque, comienza después de la década de 1940, cuando la [Segunda Guerra Mundial](#), produjo un incremento en la necesidad de clínicos capacitados.

-La psicología clínica puede ser confundida con la [psiquiatría](#), ya que generalmente tienen metas similares, como el alivio de trastornos mentales; pero la diferencia principal, es que la formación de base de los psicólogos clínicos es la psicología : los procesos mentales y la conducta humana; y la de los psiquiatras es la medicina : el cuerpo humano).

.Por otra parte, los psiquiatras, al ser [médicos](#), están legalmente autorizados para prescribir [medicamentos](#).

.En la práctica, los psicólogos y psiquiatras trabajan juntos, en equipos multidisciplinarios, junto a otros profesionales, como: los [terapeutas ocupacionales](#) y los [trabajadores sociales](#), para dar un enfoque multidisciplinar, a problemas complejos que afectan a los pacientes.

-Hay diversas maneras de entender el contacto con el objeto de estudio clínico.

.Para algunos es difícilmente observable y medible, por lo que se recurre de hecho a métodos cualitativos, que no necesariamente cumplen con los criterios demarcadores de lo que se considera científico.

.Para otros, en cambio, el foco de acción debe estar dirigido siempre a la observación y el diagnóstico de la conducta, definiendo este ámbito, como lo verdaderamente observable para la construcción de teorías, y al tratamiento de los "trastornos" conductuales.

-Índice.

1- [PSICOLOGÍA CLÍNICA](#).

- -1.1)- [Historia de la Psicología Clínica](#).
- -1.2)- [Áreas y Modalidades](#).
- -1.3)- [Representantes](#).
- -1.4)- [Véase También](#).
- -1.5)- [Referencias](#).

-1.1)- Historia de la Psicología Clínica.

- Su inicio como [ciencia](#) está asociado con los orígenes mismos de la Psicología, siendo la rama que ha servido de prototipo a toda la ciencia, desde la segunda mitad del siglo XIX, cuando [Wilhelm Wundt](#), funda el primer Laboratorio de Psicología en [Leipzig, Alemania](#), en el año 1879.

.La mayor parte de la investigación se centró en los procesos de [sensación](#) y [percepción](#) de los individuos, para encontrar evidencia consistente, acerca de los problemas de la [conducta humana](#).

.[Lightner Witmer](#), discípulo de [Wilhelm Wundt](#), y cabeza del departamento de [psicología](#) de la [Universidad de Pensilvania](#), utilizó el término "Psicología Clínica", por primera vez en 1907, para describir la práctica que había realizado durante diez años, en una [clínica](#) para [niños](#), establecida en 1896, en la Universidad de Pensilvania.

.Incentivó el estudio de individuos por observación y experimentación, con la intención de promover cambios.

.También fundó la primera revista de psicología clínica, "Psychological Clinic".

.El llamado de Witmer, para el involucramiento de los psicólogos en clínica, fue de lenta aceptación, pero para 1914, había otras veintiséis clínicas psicoeducativas, solo en los Estados Unidos.

.Mientras Witmer, se enfocó en niñas y niños con atrasos intelectuales y déficits, otras clínicas, surgieron con un enfoque en malestares emocionales; y la psicología se estaba desarrollando en hospitales mentales; por cuanto, psicólogos clínicos asumían puestos reconocidos hasta ese momento para psiquiatras.

.Los psicólogos aplicados, generalmente no se abocaban a la psicoterapia, pues ella estaba en manos de médicos psiquiatras, y en cambio, se empleaban en tareas de evaluación.
.Esta tendencia evaluativa, llegó a su máxima expresión durante la primera guerra mundial, para los efectos de selección de reclutas.
.Los psicólogos clínicos empezaron a organizarse bajo ese nombre, en 1917, con la fundación de la American Association of Clinical Psychology.
.Ello duró poco, pues en 1919, la Asociación Americana de Psicología, desarrolló una división sobre psicología clínica.

-En Europa, los primeros psicólogos clínicos ,se establecieron en Gran Bretaña, como reflejo de los sucesos en Estados Unidos.

.En Francia, una tradición europea, fue fundada por el psicoanalista [Daniel Lagache](#), que consideró a la Psicología Clínica, como un área distinta a la Psiquiatría, que si bien integraría elementos propios de la psicopatología, debía entender al individuo en su totalidad, más allá de la patología, pudiendo así obtener un conocimiento amplio y certero del funcionamiento psíquico, y su relación con los fenómenos del sufrimiento.

-En la década del 50, surge la terapia de conducta, gracias al trabajo pionero de: J. Dollard , N. Miller, y J. Rotter; y a las labores de desarrollo y divulgación de: H. J. Eysenck, J. Wolpe y A. A. Lazarus.

.En los años 60s, se delinea la terapia etiquetada como "cognitivo-conductual" o "cognitiva" gracias a las inquietudes de: [Albert Ellis](#) y [Aaron T. Beck](#).

.A partir de dichas líneas, eclosiona una gran cantidad de modelos y técnicas psicoterapéuticas, que llegan hasta la etapa actual, en que aparecen también enfoques clínicos constructivistas, ligados parcialmente a la terapia cognitiva.

-En cualquier caso, la Psicología Clínica, como disciplina y profesión. se fundamentó en sus inicios sobre la Evaluación Psicológica, y en muchos casos, era una práctica dependiente de la del Psiquiatra, con el desarrollo de la teoría y de la técnica; la Clínica evolucionó hacia el desarrollo de tratamientos y técnicas de intervención, desde un paradigma propiamente psicológico, dando paso a lo que hoy en día, se conoce como Psicoterapia, la cual desde una mirada actual y moderna, genera sus diagnósticos y procesos psicoterapéuticos, con una postura menos psicopatologicista etológica, y psiquiátrica; y mucho más desde la psicología positiva y humana, en tanto área de ejercicio propio de los psicólogos modernos, ejercicio que además está reglamentado en muchos países mediante leyes, códigos de [deontología](#), [ética](#) y [bioética](#).

-1.2)- Áreas y Modalidades.

-La Psicología Clínica se ha venido desarrollando a lo largo de muchas décadas, y sus temas de investigación, han captado el interés de gran cantidad de estudiosos del comportamiento; desde cómo se comentaba, la importancia que tuvo Wundt y Almi, con su laboratorio en Leipzig, objetividad misma de la psicología, siendo el área de especialización preferida por la mayoría de los profesionales de la Psicología, dentro de la multitud de enfoques y elementos que se desarrollan en la Clínica, donde existen algunos que son principales, como campos de estudio actuales en la psicología clínica:

- Psicología de familia y pareja;
- [Psicología Clínica](#) de adultos;
- Psicopediatría Clínica;
- [Neuropsicología Clínica](#);

- Rehabilitación Neuropsicológica;
- [Psicopatología](#);
- Evaluación Psicológica;
- [Psicoterapia](#) en sus diversas corrientes teóricas;
- [Psicología Social](#);
- [Psicología comunitaria](#);
- Psicología de la Salud;
- Psicología Médica;
- [Psicooncología](#);
- [Psiconeuroinmunología](#);
- Psicología Clínica Comunitaria.

-1.3)- Representantes.

- A pesar de ser en su mayoría psiquiatras de profesión, muchos de los siguientes autores, pueden considerarse como los precursores de la teoría y la práctica de la Psicología Clínica, como la conocemos en la actualidad:

- [Sigmund Freud](#) – Austria, 6 de mayo de 1856;
- [Lightner Witmer](#) – Pensilvania, 28 de junio de 1867;
- [Carl Jung](#) – Suiza, 26 de julio de 1875;
- [Fritz Perls](#) – Alemania, 8 de julio de 1893;
- [Carl Rogers](#) – Illinois, 8 de enero de 1902;
- [Albert Ellis](#) – Pensilvania, 27 de septiembre de 1913;
- [Joseph Wolpe](#) – Sudáfrica, 20 de abril 1915;
- [Hans J. Eysenck](#) – Alemania, 4 de marzo de 1916;
- [Julian B. Rotter](#) – Nueva York, 22 de octubre de 1916;
- [Aaron T. Beck](#) – Rhode Island, 18 de julio de 1921;

-1.4)- Véase También.

- [Psicología](#);
- [Psicología Comunitaria](#);
- [Psicología Social](#);
- [Psicopatología](#);
- [Psicólogo Especialista en Psicología Clínica](#);
- [Psiquiatría](#).

-1.5)- Referencias.

- American Psychological Association, Division 12, ["About Clinical Psychology"](#)
- Evans, Rand. (1999). [Clinical psychology born and raised in controversy](#). APA Monitor, 30(11)
- Bitácora en español de artículos en Psicología Clínica, ["Actualidad Clínica en Psicología"](#).
- -Barmaimon Enrique, Tratado de Neuroanatomía Funcional. 3 volúmenes : .Tomo I: Presentación, Índice, Prólogo, Bases Neuroanatómicas Funcionales, Bases Funcionales Organización Humana, La Célula, Embriología S.N., Meninges, Sistema Ventricular, Líquido Cefalorraquídeo e Irrigación Sanguínea, Sistematización General, Organización Estructural Anatómica;
.Tomo II: Organización Funcional: Los Sistemas Funcionales de Integración, Organización Anatomofuncional, Reglas para el Estudio e Interpretación del Sistema

- Nervioso, Medio Interno,; y
Tomo III: Neurona y Sinapsis, Potenciales Neuronales e Integración Interneuronal, Los Neurotransmisores, Los Conjuntos Neuronales, Envejecimiento, y Los Límites entre la Vida y la Muerte.) .
-Ed. EDUSMP.(1984)
.Lima, Perú. B.V.S.
- -Barmaimon Enrique . Envejecimiento. Cambios Anatomofuncionales, Psíquicos, Sociales, Económicos y Ambientales. Urgencias, Comorbilidad, Manejos-Ed. Virtual. (2011).1ªEd. Montevideo Uruguay. B.V.S.
 - -Barmaimon Enrique. Historia Medicina, Psiquiatría, Gerontología, Envejecimiento y Geriatria. (2015). 1ª Ed. Virtual. Montevideo, Uruguay. B.V.S.
-Barmaimon, Enrique.(2015).Historia Ciencias Cognitivas.3 Tomos:
. Tomo I: Filosofía, Psicología, Neuroanatomía Funcional, Neurociencias, Lingüística, Antropología, Inteligencia Artificial;
. Tomo II: Cognición, Gestión del Conocimiento, Feromonas, Psiconeurobiología Amor y Sexo, Mente; y
.Tomo III: Anexos Ciencias Cognitivas. 1ªEd. Virtual, B.V.S. . Montevideo, Uruguay . B.V.S.
 - -Barmaimon, Enrique.(2016).Libro Historia, Patología, Clínica y Terapéutica Ciencias Cognitivas. 3 Tomos:. Tomo I: Introducción, Algunos Puntos básicos, Canalopatías, Sistemas Autoinmunes, Enfermedades Autoinmunes;
. Tomo II: Sistema Nervioso, Sistemas de Integración, Test Psicologicos . Tomo III: Patologías, Reserva Cognitiva, Telepatología, Medio Ambiente, Tratamientos, Psicoterapia, Ciberpsicoterapia, Personalidad, Comportamiento, Pensamiento, Sentimiento, Identidad, Sensación, Intuición, Sentimiento, Diagnóstico, Patologías Cognitivas, Patologías Neurológicas, Enzimas, Certeza y Opinión, Inconsciente, Psiconeuroinmunología, Sueño, Memoria, Optimismo, Ansiedad, Posmodernismo. -. 1ª Ed. Virtual. Montevideo, Uruguay. B.V.S.- (<http://www.bvssmu.org.uy/>). (libros); (barmaimon).
 -  - 2017. - Barmaimon, Enrique.2017. Libro Con Tipos de Dietas y Alimentación Según Salud, Enfermedad, y Patología. 2 Tomos:
-Tomo I: Índice, Introducción, Régimen Alimenticio, Hábitos Alimentarios, Tipo de Dietas, Alimentos, Gastronomía Uruguay y el Mundo, Necesidades Básicas, Dieta Saludable, Animales por Dieta, y Alimentos Comunes y Energía.
-Tomo II: Índice, Dietista-Nutricionista, Ciencias de la Salud, Nutrición, Trastornos Conducta Alimentaria, Véase También, Referencias, Bibliografía, Curricula Prof. Barmaimon, Enlaces.
. 1ª Ed. Virtual. Montevideo, Uruguay. BVS.SMU.(<http://www.bvssmu.org.uy/>). (libros); (barmaimon).(OR).(buscar);(Elegir libro entre 41 : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra).
 -  - 2017. - Barmaimon, Enrique.2017. Libro Con Ciencias de la Salud. 4 Tomos:
-Tomo I : Índice; Introducción: Técnica,Protocolos, Tecnología, Metodología, Test Estandarizados, Caso Clínico; PARTE I: Generalidades: Ciencias, Filosofía, Atención Primaria de Salud, Ciencias de la Salud, Psicología, Otras Especialidades, Ciencias Sociales. -PARTE II: Medicina; PARTE III: Psicología.
-Tomo II : PARTE IV: 38 Especialidades Médicas, Bibliografía.
-Tomo III: PARTE V: 20 Especialidades Psicológicas;
-Tomo IV: PARTE VI: 12 Especialidades de Ciencias de la Salud; PARTE VII: Especialidades de Ciencias Sociales Relacionadas: 9 con Interacción Social, 3 con Sistema Cognitivo Humano,y 8 con Evolución Sociedades ; PARTE VIII: Bibliografía; Curricula Prof. Dr. Enrique Barmaimon.

LIBRO CIENCIAS DE LA SALUD- Prof. Dr. Enrique Barmaimon- Año 2017.2- TOMO III-

. 1ª Ed. Virtual. Montevideo, Uruguay. BVS.SMU.(<http://www.bvssmu.org.uy/>). (libros); (barmaimon).(OR).(buscar);(Elegir libro entre 41 : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra).

-

Obtenido de

«[https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Psicología clínica&oldid=95207416](https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Psicología_clínica&oldid=95207416)»

Categorías:

- [Psicología aplicada](#);
- [Psicología clínica](#);
- [Psicopatología](#).
- Esta página fue modificada por última vez el 24 diciembre 2016 a las 18:57.

-2-[PSICOTERAPIA](#).

-De Wikipedia, la enciclopedia libre.

-La psicoterapia : de «psicología» : ciencia social que estudia los pensamientos, las emociones y el comportamiento humano, y «terapia» : forma de intervención social, que busca la mejora de la salud del paciente, cliente o consultante que la solicita.

. Es el nombre que se utiliza para referirse al proceso terapéutico, que se produce entre un psiquiatra o un psicólogo, con una formación en psicología clínica, y una persona que acude a consultarlo, que se da con el propósito de una mejora en la calidad de vida en este último, a través de un cambio en su conducta, actitudes, pensamientos y/o afectos.

.Existen muy diversos marcos teóricos, desde donde se puede desarrollar una psicoterapia exitosa, es decir, que lleve a un cambio positivo y duradero en la calidad de vida de quien solicita esta atención.

.Cada uno de estos marcos teóricos, proviene de alguna escuela de psicología, que son las grandes escuelas de pensamiento e investigación básica, a partir de las cuales se desarrollan una amplia variedad de enfoques terapéuticos, basadas en los principios y pilares filosóficos y científicos sobre los cuales se apoyan.

-Índice.

-2-[PSICOTERAPIA](#).

-2.1)- [Escuelas de Psicoterapia](#).

- -2.2)- [Escuelas y Enfoques](#).
- -2.3)- [Lista de Modalidades Psicoterapéuticas](#).
- -2.4)- [Objetivos de las Psicoterapias](#).
- -2.5)- [Eficacia de la Psicoterapia](#) .
 - -2.5.1)- [Estudios Comparativos de Eficacia](#).
 - -2.5.2)- [Tratamientos Científicamente Validados](#).
- -2.6)- [Véase También](#).
- -2.7)- [Referencias](#).
- -2.8)- [Bibliografía](#)
 - -2.8.1)- [Escuelas Psicodinámicas](#).

- [-2.8.2\)- Escuelas Humanistas.](#)
- [-2.8.3\)- Escuelas Conductistas.](#)
- [-2.8.4\)- Psicoterapia en general.](#)
- [-2.9\)- Enlaces Externos.](#)

-2.1)-Escuelas de Psicoterapia.

-Las principales escuelas en el mundo de la psicoterapia actual son las siguientes:

- **Escuela Cognitiva:** De esta, se desprenden diversos enfoques psicoterapéuticos, entre los que destacan los siguientes:
 - terapia cognitivo-conductual (CBT, en inglés);
 - terapia de aceptación y compromiso (ACT);
 - terapia dialéctica-conductual (DBT).
- **Escuela Psicodinámica:** De esta se desprenden diversos enfoques psicoterapéuticos, entre los que destacan los siguientes:
 - psicoanálisis;
 - psicoanálisis lacaniano;
 - terapia psicoanalíticamente orientada; y
 - terapia psicodinámica.
- **Escuela Sistémica:** De esta se desprenden diversos enfoques psicoterapéuticos, entre los que destacan los siguientes:
 - escuela estructural;
 - escuela estratégica;
 - escuela de Milán;
 - escuela intergeneracional;
 - terapia centrada en soluciones; y
 - terapia narrativa.
- **Escuela Humanista.** De esta se desprenden diversos enfoques psicoterapéuticos, entre los que destacan los siguientes:
 - psicoterapia humanista orientada en la persona o el cliente;
 - psicoterapia humanista.

-A cada una de estas concepciones, para cada una de las escuelas o corrientes, se las llama en conjunto «psicoterapia».

.Además, el término psicoterapia, no presupone una orientación o enfoque científico definido, siendo considerado denominativo de un amplio dominio científico-profesional especializado, que se especifica en diversas orientaciones teórico-prácticas.

.Existen diversos organismos nacionales e internacionales, en al menos 30 países del mundo.

.Cada uno de estos organismos, genera diversas acciones en pro de la calidad ética y científica de los profesionales, que realizan esta actividad, así como del avance general de la psicoterapia como quehacer profesional.

.En España, la entidad acreditadora más antigua, tanto de psicoterapeutas como de programas de formación en psicoterapia, es la Federación Española de Asociaciones de Psicoterapia (FEAP).¹.

.Desde esta entidad, se entiende por psicoterapia todo tratamiento de naturaleza psicológica, que a partir de manifestaciones psíquicas o físicas del sufrimiento humano, promueve el logro de cambios o modificaciones del comportamiento, la adaptación al entorno, la salud psíquica y física, la integración de la identidad psicológica y el bienestar biopsicosocial de las personas, y grupos, tales como la [pareja](#) o la [familia](#).

.Por lo tanto, el término psicoterapia no presupone una orientación o enfoque científico definido, siendo considerado denominativo de un amplio dominio científico-especializado,

que se especifica en diversos y peculiares orientaciones teóricas, prácticas y aplicadas.

.Las intervenciones terapéuticas son de naturaleza fundamentalmente verbal, y persiguen la reducción o eliminación de los [síntomas](#), a través de la modificación de patrones emocionales, cognitivos, conductuales, interpersonales o de los [sistemas](#), en los cuales vive inmerso el individuo.

.Dentro de la psicoterapia, existe una gran diversidad de corrientes, enfoques y conceptos teóricos, aplicados al ámbito psicoterapéutico, que dan origen a otras tantas maneras de establecer este contexto de [comunicación](#) ; llegando incluso a configurarse distintos [paradigmas](#) o ejemplos.

-Sin embargo, dos características que unifican a la psicoterapia son:

- El contacto directo y personal, entre el psicoterapeuta y quien le consulta, principalmente a través del diálogo.
- La calidad de «relación terapéutica» del contexto de comunicación, esto es, una relación de ayuda destinada a generar un cambio en quien consulta.
- . Debido a la naturaleza de las comunicaciones que se establecen dentro de esta relación, hay temas significativos de [privacidad](#) o [confidencialidad](#) de la información intercambiada, que remite a consideraciones éticas para el ejercicio de la psicoterapia : código deontológico.
- Por esto, la habilitación de quienes pueden ejercer la psicoterapia, requiere de un proceso de entrenamiento guiado por terapeutas, que cuentan con mayor tiempo de experiencia o estudios dentro del campo respectivo.

-A principios del siglo XXI, la relación entre el psicoterapeuta y el cliente, comenzó a efectuarse a través de internet, generando una nueva modalidad de intervención llamada [ciberpsicoterapia](#).

-2.2)- Escuelas y Enfoques.

-Las distintas corrientes psicoterapéuticas se han ido desarrollando hasta la actualidad, en la misma medida en que se han ido profundizando las líneas teóricas que las sustentan.

.En cada una de ellas, existen elementos comunes que estarán descritos de manera explícita, o que estarán implícitos en sus postulados iniciales. Estos pueden resumirse de la siguiente manera:

- Una cierta conceptualización del «comportamiento humano normal» o «sano».
- Una cierta conceptualización del «comportamiento humano no-normal».
- Una metodología específica para la generación de cambios.

-Sin embargo, también es posible encontrar elementos diferenciadores entre una y otra escuela de psicoterapia, que se corresponden con énfasis distintos en sus conceptualizaciones iniciales, o lo que es lo mismo, con diferencias de «concepción de mundo», que afectan los roles de los implicados en el contexto psicoterapéutico.

.Esta variedad de corrientes y escuelas, tiene su origen en las distintas formas de comprender la experiencia humana, la salud o enfermedad, la metodología utilizada y, muy especialmente, al contexto socio-histórico de donde fue creada.

.En este sentido, algunas escuelas o grupo de escuelas, suponen verdaderos [paradigmas](#) que no permiten mezclar las unas con las otras fácilmente.

.Claro ejemplo de ello , salvo algunos intentos históricos o prácticos, es la psicología conductual y el psicoanálisis de Freud, que difieren tanto en sus postulados básicos, que resultan inconciliables.

.Sin embargo, actualmente existen terminología especializada, que permite hablar del mismo fenómeno, desde distintas corrientes teóricas, alcanzando así ejes comunes, que

permiten dar solidez al ejercicio de las psicoterapias.

.Como la enumeración de diferenciaciones entre una y otra escuela de psicoterapia, puede llegar a ser demasiado extensa, resulta más clarificador, centrarse en las características de las grandes líneas de psicoterapia surgidas hasta hoy, y cómo estas se han ido desarrollando hasta ahora:

- Líneas tradicionales:
 - La línea [psicoanalítica](#);
 - La línea [conductual](#) y la [cognitivo-conductual](#);
 - La línea [humanista](#).
- Líneas modernas:
 - Línea [construccionista](#);
 - Línea [constructivista](#).

-Estas líneas o corrientes psicoterapéuticas, siguen desarrollándose y definiéndose a partir de sus avances teóricos y prácticos ; es decir, desde la investigación, el desarrollo teórico y la acumulación de datos clínicos.

.En realidad, existe cierto salto entre la psicología puramente teórica y la psicología clínica, en el sentido de que la mayoría de los psicólogos clínicos, suelen llevar a cabo determinadas prácticas, que se encuentran enmarcadas en cada orientación teórica.

.Este hecho sucede porque, como es bien conocido con independencia de la corriente psicoterapéutica, es la relación e interacción entre el psicoterapeuta y el «cliente», lo que permite explicar, una parte muy importante de los efectos de la terapia.

.Lo cual no implica que la corriente teórica sea prescindible, sino que existe una reciprocidad entre la práctica clínica y la corriente teórica de mutuo desarrollo.

.De hecho, no podría ser de otro modo, ya que conforme se van haciendo explícitos los efectos, que permiten optimizar la psicoterapia, estos se irán incorporando a cada una de las corrientes teóricas, desde sus respectivos enfoques.

.Más aún, hoy día es un momento especialmente importante, ya que los límites entre las distintas corrientes teóricas psicoterapéuticas empiezan a diluirse y, de hecho, la psicología clínica empieza a usar una serie de terminología, que permite hablar de los mismos fenómenos, desde distintas posturas teóricas: por ejemplo, el [insight](#), la [experiencia emocional correctiva](#) o la [transferencia](#); que son conceptos surgidos desde una sola corriente, que al evidenciarse la existencia del [fenómeno](#), se redefine conceptualmente en cada perspectiva teórica.

-Este movimiento integrador dentro de la psicoterapia pretende, más que generar modelos teóricos nuevos, integrar tanto en el plano epistemológico, teórico y técnico, los elementos de diferentes escuelas psicológicas.

.Esto puede llevarse a cabo desde distintas concepciones: integrar teorías, [eclecticismo técnico](#) : al usar las técnicas eficaces, sin atender a su origen teórico; o incluso seleccionar directamente qué perspectivas son útiles, para qué tipo de problemas o diagnósticos.

-2.3)- Lista de Modalidades Psicoterapéuticas.

- -Línea psicoanalítica o psicodinámica:
 - [Psicoanálisis](#) , de [Sigmund Freud](#), desde 1896.
 - [Psicoanálisis lacaniano](#) ,de [Jacques Lacan](#), desde 1953.
 - [Psicoanálisis kleiniano](#) ,de [Melanie Klein](#), desde 1920.
 - [Psicología analítica](#) ,de [Carl Gustav Jung](#), desde 1913.
 - [Terapia adleriana](#) , de [Alfred Adler](#), desde 1911.
 - [Análisis modular transformacional](#), de [Hugo Bleichmar](#).

- [Terapia psicodinámica.](#)
- [Construcción de la Biografía Humana](#) , de [Laura Gutman](#).
- Línea conductual y cognitivo-conductual :
 - [Psicología conductista](#);
 - [Ingeniería del comportamiento](#);
 - [Modificación de conducta](#) , de Kazdin, Lindsey.
 - [Terapia contextual](#) , de Hayes, Kohlemberg.
 - [Análisis contingencial](#) , de [Ribes](#), Díaz-González.
 - [Terapia de la conducta](#) , de Wolpe, Marks, Cautela, Yates, [Arthur W. Staats](#).
 - [Terapia cognitiva analítica.](#);
 - [Terapia cognitiva-conductual](#) o conductual-cognitiva;
 - [Terapia cognitiva](#) , de [Aaron Beck](#).
 - [Terapia racional emotiva conductual](#) , de [Albert Ellis](#).
 - [Medicina conductual y biorretroalimentación](#).
 - [Terapia cognitivista](#).
- Línea humanista-experiencial o existencial-fenomenológica:
 - [Psicología humanista](#) , de [Maslow](#), desde los años sesenta.
 - [Terapia centrada en el cliente](#) ,de [Carl Rogers](#).
 - [Terapia experiencial](#), de [Greenberg](#).
 - [Terapia experiencial de Gendlin](#) : focusing.
 - [Logoterapia](#) , de [Viktor Frankl](#).
 - [Psicología transpersonal](#).
 - [Constructivismo : psicología](#).
 - [Respiración holotrópica](#) ,de [Stanislav Grof](#).
 - [Terapia gestáltica](#) ,de [Fritz Perls](#).
 - [Terapia teórica gestalt](#) , de [Hans-Jürgen Walter](#).
 - [Análisis transaccional](#), de [Eric Berne](#).
 - [Terapia existencial](#), de [Irvin D. Yalom](#).
 - [Psicodrama](#), de [Jacob Levy Moreno](#).
- Línea construccionista y sistémica:
 - [Terapia familiar](#).
 - [Terapia familiar estructural](#) , de [Salvador Minuchin](#).
 - [Terapia breve centrada en soluciones](#) ,de [Steve de Shazer](#) e [Insoo Kim Berge](#).
 - [Psicoterapia breve estratégica](#) , de [Paul Watzlawick](#), [Giorgio Nardone](#), [Jay Haley](#). [Grupo de Palo Alto](#).
 - [Terapia sistémica](#) , de [Mara Selvini Palazzoli](#), [Luigi Boscolo](#) & [Gianfranco Cecchin](#). [Grupo de Milán](#).
 - [Constructivismo : psicología](#).
- Línea constructivista:
 - [Terapia cognitivo procesal sistémica](#) ,de [Vittorio Guidano](#)..
 - [Constructivismo : psicología](#).
 - [Psicología de los constructos personales](#) ,de [George Kelly](#).
- Línea transpersonal :
 - [Respiración holotrópica](#) , de [Stanislav Grof](#).
 - [Psicología integral](#) , de [Ken Wilber](#).
 - [Psicosíntesis](#) ,de [Roberto Assagioli](#).
 - [Análisis jungiano](#) ,de [Carl G. Jung](#).
 - [Terapia enteogénica](#) , de varios autores.

-El objetivo de la psicoterapia depende de la valoración que se haga del paciente , o cliente, o sujeto, tomando como referencia la disciplina psicológica, de la que surge dicha intervención, así podemos diferenciar:

- [Terapia cognitiva](#): Modificar los esquemas de pensamiento y los procesos con los cuales el individuo se relaciona con ellos.
- [Terapia de la conducta](#): Modificar la funcionalidad de la [conducta](#).
- Terapia cognitivo-conductual: Mezcla ambos planteamientos, ya que en sus fundamentos, no son del todo contradictorios y permiten complementarse.
- [Modificación de conducta](#): De la perspectiva de conducta surge, por un lado, la [terapia de conducta](#) aplicado al ámbito clínico y, por otro, la [modificación de conducta](#), que como objetivo se centra en otros contextos además del clínico, pero aplicando todos los conocimientos científicos, muy especialmente de la perspectiva conductual. Por ejemplo, rediseñar el ambiente laboral, para promoción de la salud o prevención.
- [Terapia humanista](#): Conseguir un «ajuste creativo» en la interacción entre la persona y el resto del mundo, centrándose en la experiencia.

-2.5)- Eficacia de la Psicoterapia.

-Entendiendo la psicoterapia como un conjunto de tratamientos específicos, propios del modelo médico, según la revista científica *Psicothema*, que realizó una revisión a la luz de recientes investigaciones en aquellos años, concluyó: que tan sólo en el trastorno bipolar y en la esquizofrenia, la psicoterapia se ha mostrado menos eficaz, que el tratamiento con psicofármacos.

,En todo el resto de trastornos , unos 12, en general, la psicoterapia se evidencia como el tratamiento más eficaz.².

-2.5.1)- Estudios Comparativos de Eficacia

-Existen diversos estudios sobre la eficacia de las distintas terapias disponibles, que muestran variaciones, entre las distintas metodologías disponibles.

.Las formas más frecuentes de investigación de eficacia, consisten en los RCTs : randomized control trials, y el [metaanálisis](#) de diversos estudios.

-2.5.2)- Tratamientos Científicamente Validados

-En agosto del 2012, la APA : "American Psychologist Association": Asociación Psicologista Estadounidense, emitió un comunicado,³ en el que recopilando la literatura científica existente , en más de 140 estudios de calidad, basados en la evidencia y metaanálisis, que avalan la eficacia de la psicoterapia, en ensayos clínicos controlados y en contextos reales, así como los resultados obtenidos en diversas poblaciones, así se creó el concepto de «psicoterapia basada en la evidencia».

- De acuerdo con estos estudios científicos, las intervenciones psicológicas deben ser reconocidas por el Sistema Sanitario de cada país, como prácticas eficaces y rentables, en relación con sus costes y beneficios.

.La APA hace referencia a la psicoterapia entendida globalmente, incluyendo cinco grandes categorías: terapia conductual, terapia cognitiva, terapias humanistas, [psicoanálisis](#) y terapias dinámicas, y terapia integrativa u holística.

.Define el término psicoterapia, como: 'la aplicación informada y deliberada de métodos clínicos y posicionamientos interpersonales, derivados de principios psicológicos

establecidos, con el propósito de ayudar a las personas a modificar sus conductas, cogniciones, emociones y/u otras características de personalidad, en la línea que los participantes estimen conveniente’.

.Entre los beneficios asociados a estas intervenciones psicológicas, la APA subraya su capacidad para: aliviar [síntomas](#), reducir la probabilidad de recaídas, mejorar la calidad de vida, promover el funcionamiento adaptativo en el trabajo, en la escuela y en la red social, así como facilitar el establecimiento de hábitos de vida saludables.

.Además, durante la investigación de la efectividad de las terapias psicológicas, los investigadores se han dado cuenta, de que ocurre el efecto placebo en el mismo grado que ocurre en las investigaciones con medicamentos.

.Es por ello, que a la hora de validar la eficacia de un tratamiento, se requiere comparar los resultados del tratamiento : grupo experimental, con dos grupos: uno que no reciba ningún tipo de terapia : grupo control, y uno que reciba una terapia inocua : grupo placebo, como por ejemplo, dedicarles tiempo de escucha y charlar con los pacientes, sin aplicar ningún método psicoterapéutico.

.Otra variable que se interpone en el camino de la evaluación de los resultados, tiene que ver con la maduración propia de los sujetos con el paso del tiempo.

.Se trata de variables evolutivas, que se relacionan con la experiencia de la vida y con el enriquecimiento de las experiencias cotidianas.

.Siguiendo esta metodología, con el paso de los años, las revistas científicas han sido capaces de publicar resultados de la práctica clínica con grupos controlados, y cuando la evidencia ha adquirido suficiente peso, han surgido metaanálisis ,que condensan los resultados de todos los estudios para cada trastorno mental.

.Con todo ello, varias instituciones, han publicado guías de referencia, dirigidas a los clínicos para que conozcan qué terapia es efectiva en cada trastorno mental.

.La más importante es la Guía de Práctica Clínica (GPC), perteneciente al grupo NICE : National Institute for Health and Clinical Excellence.

.Otras también, son la guía de la [APA](#), la GPC del Sistema Nacional de Salud,⁴ y la guía del Registro Nacional de Prácticas y Programas (RNPP).

-2.6)- Véase También.

- [Psicología](#);
- [Psicología Conductista](#);
- [Psicología Humanista](#);
- [Psicología Dinámica](#);
- [Psicodrama](#);
- [Psicoprofilaxis](#);
- [Ciberpsicoterapia](#);
- [Psicoterapia Online](#).

-2.7)- Referencias.

1. [Volver arriba ↑ www.feap.es](#)
2. [Volver arriba ↑ El grano y la Criba de los tratamientos psicológicos. Psicothema, 13 \(3\), 523-529](#)
3. [Volver arriba ↑ Resolution on the Recognition of Psychotherapy effectiveness - Approved August 2012](#), artículo en inglés que se puede encontrar traducido al español en el sitio web del Colegio Oficial de Psicólogos (de Madrid).
4. [Volver arriba ↑ http://www.guiasalud.es](#)

5- Barmaimon Enrique, Tratado de Neuroanatomía Funcional. 3 volúmenes : .Tomo I: Presentación, Índice, Prólogo, Bases Neuroanatómicas Funcionales, Bases Funcionales Organización Humana, La Célula, Embriología S.N., Meninges, Sistema Ventricular, Líquido Cefalorraquídeo e Irrigación Sanguínea, Sistematización General, Organización Estructural Anatómica;
.Tomo II: Organización Funcional: Los Sistemas Funcionales de Integración, Organización Anatomofuncional, Reglas para el Estudio e Interpretación del Sistema Nervioso, Medio Interno;; y
. Tomo III: Neurona y Sinapsis, Potenciales Neuronales e Integración Interneuronal, Los Neurotransmisores, Los Conjuntos Neuronales, Envejecimiento, y Los Límites entre la Vida y la Muerte.) .
-Ed. EDUSMP.(1984) .Lima, Perú. B.V.S.

6- Barmaimon Enrique . Envejecimiento. Cambios Anatomofuncionales, Psíquicos, Sociales, Económicos y Ambientales. Urgencias, Comorbilidad, Manejos-Ed. Virtual. (2011).1ªEd. Montevideo Uruguay. B.V.S.

7- Barmaimon Enrique. Historia Medicina, Psiquiatría, Gerontología, Envejecimiento y Geriatria. (2015). 1ª Ed. Virtual. Montevideo, Uruguay. B.V.S.
-Barmaimon, Enrique.(2015).Historia Ciencias Cognitivas.3 Tomos:
. Tomo I: Filosofía, Psicología, Neuroanatomía Funcional, Neurociencias, Lingüística, Antropología, Inteligencia Artificial;
. Tomo II: Cognición, Gestión del Conocimiento, Feromonas, Psiconeurobiología Amor y Sexo, Mente; y
.Tomo III: Anexos Ciencias Cognitivas.
1ªEd. Virtual, B.V.S. . Montevideo, Uruguay . B.V.S.

8- Barmaimon, Enrique.(2016).Libro Historia, Patología, Clínica y Terapéutica Ciencias Cognitivas. 3 Tomos:
. Tomo I: Introducción, Algunos Puntos básicos, Canalopatías, Sistemas Autoinmunes, Enfermedades Autoinmunes;
. Tomo II: Sistema Nervioso, Sistemas de Integración, Test Psicologicos .
.Tomo III: Patologías, Reserva Cognitiva, Telepatología, Medio Ambiente, Tratamientos, Psicoterapia, Ciberpsicoterapia, Personalidad, Comportamiento, Pensamiento, Sentimiento, Identidad, Sensación, Intuición, Sentimiento, Diagnóstico, Patologías Cognitivas, Patologías Neurológicas, Enzimas, Certeza y Opinión, Inconsciente, Psiconeuroinmunología, Sueño, Memoria, Optimismo, Ansiedad, Posmodernismo.
-. 1ª Ed. Virtual. Montevideo, Uruguay. B.V.S.- (<http://www.bvssmu.org.uy/>). (libros); (barmaimon).

9.  - 2017. - Barmaimon, Enrique.2017. Libro Con Tipos de Dietas y Alimentación Según Salud, Enfermedad, y Patología. 2 Tomos:
-Tomo I: Índice, Introducción, Régimen Alimenticio, Hábitos Alimentarios, Tipo de Dietas, Alimentos, Gastronomía Uruguay y el Mundo, Necesidades Básicas, Dieta Saludable, Animales por Dieta, y Alimentos Comunes y Energía.
-Tomo II: Índice, Dietista-Nutricionista, Ciencias de la Salud, Nutrición, Trastornos Conducta Alimentaria, Véase También, Referencias, Bibliografía, Curricula Prof. Barmaimon, Enlaces.
. 1ª Ed. Virtual. Montevideo, Uruguay. BVS.SMU.(<http://www.bvssmu.org.uy/>). (libros); (barmaimon).(OR).(buscar);(Elegir libro entre 41 : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra).

LIBRO CIENCIAS DE LA SALUD- Prof. Dr. Enrique Barmaimon-

Año 2017.2- TOMO III-

- . 10-  - 2017. - Barmaimon, Enrique. 2017. Libro Con Ciencias de la Salud. 4 Tomos:
 - Tomo I : Índice; Introducción: Técnica, Protocolos, Tecnología, Metodología, Test Estandarizados, Caso Clínico; PARTE I: Generalidades: Ciencias, Filosofía, Atención Primaria de Salud, Ciencias de la Salud, Psicología, Otras Especialidades, Ciencias Sociales. -PARTE II: Medicina; PARTE III: Psicología.
 - Tomo II : PARTE IV: 38 Especialidades Médicas, Bibliografía.
 - Tomo III: PARTE V: 20 Especialidades Psicológicas;
 - Tomo IV: PARTE VI: 12 Especialidades de Ciencias de la Salud; PARTE VII: Especialidades de Ciencias Sociales Relacionadas: 9 con Interacción Social, 3 con Sistema Cognitivo Humano, y 8 con Evolución Sociedades ; PARTE VIII: Bibliografía; Curricula Prof. Dr. Enrique Barmaimon.
- 1ª Ed. Virtual. Montevideo, Uruguay. BVS.SMU.(<http://www.bvssmu.org.uy/>). (libros); (barmaimon).(OR).(buscar);(Elegir libro entre 41 : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra).

-2.8)- Bibliografía

-Escuelas Psicodinámicas:

- Bateman, Anthony; Brown, Dennis; Pedder, Jonathan (2000). *Introduction to psychotherapy: an outline of psychodynamic principles and practice*. Routledge. [ISBN 0-415-20569-7](#).
- Bateman, A. & Holmes, J. (1995). *Introduction to psychoanalysis: contemporary theory and practice*. Routledge. [ISBN 0-415-10739-3](#).
- Etchegoyen, R. Horacio (2010 (3ª edición)). *Los fundamentos de la técnica psicoanalítica*. Buenos Aires y Madrid: Amorrortu. [ISBN 978-950-518-147-6](#).
- Freud, Sigmund (1978/1985). *Obras completas*. Buenos Aires y Madrid: Amorrortu.
- Jung, Carl Gustav (1999/2016). *Obras completas*. Madrid: Trotta.
- Klein, Melanie (2016). *Obras completas*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Lacan, Jacques (1981-). *El Seminario*. Buenos Aires: Paidós.

-Escuelas Humanistas:

- Fromm, Erich. *Obras completas*. Barcelona: Paidós.
- Maslow, Abraham Harold (1998). *El hombre autorrealizado: hacia una psicología del ser*. Barcelona: Kairós. [ISBN 84-7245-228-X](#).
- Rogers, Carl R. (1997). *Psicoterapia centrada en el cliente*. Barcelona: Paidós Ibérica. [ISBN 978-84-7509-094-8](#).
- Rogers, Carl R. (1993). *El proceso de convertirse en persona*. Barcelona: Paidós Ibérica. [ISBN 978-84-7509-057-3](#).
- Rosal, Ramón (2003). *¿Qué nos humaniza?, ¿Que nos deshumaniza?*. Descleé de Bruouwer. [ISBN 84-330-1745-4](#).
- Rowan, John (marzo de 2001). *Ordinary Ecstasy*. Brunner-Routledge. [ISBN 0-415-23632-0](#).
- Scrimali, Tullio & Grimaldi, Liria (febrero de 2002). *Cognitive psychotherapy toward a new millennium*. Hardcover.
- Yalom, Irvin (1980). *Psicoterapia existencial*. Herder.

-Escuelas Conductistas:

- Caballo, V. (Ed.) (1991). *Manual de técnicas de modificación y terapia de la conducta*. Pirámide, Madrid.
- Caballo, V., Buela-Casal, G, & Carroble, J. A. (1995). *Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos*. Siglo XXI, Madrid.

- Delgado Senior, Franzel (1983). *Aplicaciones clínicas de la terapia de conducta*. México: Trillas.
- Kanfer, F. H. & Goldstein, A. P. (1974/1986). *Cómo ayudar al cambio en psicoterapia*. Bilbao: DDB.
- Labrador F. & Muñoz, J. (1997). *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta*. Madrid: Pirámide.
- Martin, G. & Pear, J. (1996/1999). *Modificación de conducta. Qué es y cómo aplicarla*. Madrid: Prentice Hall.
- Pérez-Álvarez, M. (1996). *La psicoterapia desde el punto de vista conductista*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- VV.AA. (2006). *EduPsykhé: Revista de psicología y psicopedagogía*. vol. 5, n.º 2 (ejemplar dedicado a: últimos desarrollos de la terapia de conducta (ante la tercera generación), págs. 159-172. ISSN 1579-0207.

-Psicoterapia en general:

- Feixas, Guillem & Miró, M^a Teresa (1998). [*Aproximaciones a la psicoterapia. Una introducción a los tratamientos psicológicos*](#). Barcelona: Paidós. ISBN 978-84-7509-949-1.
- Kriz, Jürgen (1990 (2ª edición 2012)). *Corrientes fundamentales en psicoterapia*. Buenos Aires/Madrid: Amorrortu Editores. ISBN 978-950-518-242-8.

-2.9)- Enlaces Externos.

- [Federación española de asociaciones de psicoterapeutas \(FEAP\)](#) (en español e inglés).
- [The International Federation for Psychotherapy \(IFP\)](#) Federación Internacional de Psicoterapia (en inglés).
- [European Association for Psychotherapy \(EAP\)](#) Asociación Europea de Psicoterapia (en inglés).
- [International Association for Applied Psychology \(IAAP\)](#) Asociación Internacional de Psicología Aplicada (en inglés).
- [European Federation of Psychologist's Associations \(EFPA\)](#) Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos (en inglés).

Obtenido de «<https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Psicoterapia&oldid=95974751>»

Categorías:

- [Psicoterapia](#)
- [Tratamientos en medicina](#)
- [Psiquiatría](#).
- Esta página fue modificada por última vez el 2 enero 2017, a las 21:08.

-3-PSICOLOGÍA COGNITIVA.

-De Wikipedia, la enciclopedia libre.

-La psicología cognitiva o cognitivismo, es la [psicología](#) que se encarga del estudio de la [cognición](#); es decir, de los procesos mentales implicados en el conocimiento.

.Tiene como objeto de estudio los mecanismos básicos y profundos por los que se elabora el conocimiento, desde: la [percepción](#), la [memoria](#) y el [aprendizaje](#), hasta la formación de conceptos y [razonamiento lógico](#).

.Por cognitivo, se entiende el acto de [conocimiento](#), en sus acciones de almacenar,

recuperar, reconocer, comprender, organizar, y usar la información recibida, a través de los sentidos.



-Psicología.

-Está situada dentro de lo que se denomina el [hexágono cognitivo](#), formado por la interrelación entre: [neurociencia](#), [inteligencia artificial](#), [psicología](#), [lingüística](#), [antropología](#) y [filosofía](#).¹.

.Recibe influencias de disciplinas y teorías afines, como el tratamiento de la información, la inteligencia artificial, la ciencia del lenguaje, y el enfoque holístico de la [Gestalt](#).

.El interés de la psicología cognitiva es doble:

.El primer interés es estudiar cómo las personas entienden el mundo en el que viven; y también se abordan las cuestiones de cómo los seres humanos toman la información sensorial entrante, y la transforman, sintetizan, elaboran, almacenan, recuperan y finalmente hacen uso de ella.

.El resultado de todo este procesamiento activo de la información, es el conocimiento funcional en el sentido de que la segunda vez que la persona se encuentra con un acontecimiento del entorno igual o similar, está más segura de lo que puede ocurrir comparado con la primera vez.

.Cuando las personas hacen uso de su conocimiento, construyen planes, metas para aumentar la probabilidad de que tendrán consecuencias positivas, y minimizar la probabilidad de consecuencias negativas.

.Una vez que la persona tiene una expectativa de la consecuencia que tendrá un acontecimiento, su actuación conductual se ajustará a sus cogniciones.

.El segundo interés de la psicología cognitiva, es cómo la cognición lleva a la conducta.

.Desde un enfoque motivacional, la cognición es un "trampolín a la acción".

.Para los teóricos cognitivistas, la acción está principalmente en función de los pensamientos de la persona, y no de algún: instinto, necesidad, pulsión o estado de activación (*arousal*).

-Índice.

-3-[PSICOLOGÍA COGNITIVA](#).

- -3.1)- [Historia](#)
- -3.2)- [Psicología Cognitiva](#).
- -3.3)- [Etapas en el Desarrollo de la Psicología Cognitiva](#) .
 - -3.3.1)- [Hipótesis Cognitivista](#).
 - -3.3.2)- [Hipótesis Conexionista](#).
- -3.4)- [Aplicación](#) .
 - -3.4.1)- [Psicología Anormal](#).
 - -3.4.2)- [Psicología Social](#).

- -3.4.3)- [Psicología del Desarrollo](#).
- -3.4.4)- [Psicología Educacional](#).
- -3.4.5)- [Psicología de la Personalidad](#).
- -3.5)- [Críticas](#)
- -3.6)- [Véase También](#)
- -3.7)- [Referencias](#).

-3.1)- Historia.

-Surgió como corriente psicológica en los [años 1950 y 60](#), como reacción al [conductismo](#).

.La principal discrepancia con éste, es el acercamiento a la llamada cuestión de la [caja negra](#).

.La psicología cognitiva surge como alternativa a la concepción conductista de la mente, como caja negra inaccesible.

.Es difícil atribuir su aparición a un único autor, pero sí parece claro que su inicio coincide con la aparición y desarrollo de los ordenadores.

.El funcionamiento de estas máquinas, sirve como metáfora al investigador, para explorar el funcionamiento de los procesos cognitivos internos.

.Es decir, la proposición conductista de la mente, que no puede ser estudiada debido a la imposibilidad de un acercamiento a través del método científico.

.En contraste, la psicología cognitiva hace uso de procesos mentales, para explicar la conducta : a diferencia de tan solo [asociaciones](#) entre [estímulos y respuestas](#).

.Los psicólogos cognitivos ponen énfasis en la influencia, que el procesamiento de la información tiene sobre la conducta, afirmando que el individuo compara la información nueva, con su "esquema" o estructura cognitiva preexistente.

Los acontecimientos y las situaciones nuevas, se interpretan a la luz de lo que ya se ha aprendido. En ocasiones, es preciso adaptar el esquema a esta información.

.En ese momento de desarrollo de la psicología, esta se encontraba en un intento por validarse como [ciencia](#), por lo que esta nueva psicología cognitiva, despreció su tradición [fenomenológica](#) propiciada por [Wundt](#), negando la validez de la [introspección](#), como método para alcanzar un conocimiento objetivo.

.Así, la psicología cognitiva es distinta de otras perspectivas psicológicas previas en dos aspectos principales:

.Primero, acepta el uso del [método científico](#), y rechaza la [introspección](#), como método válido de investigación, contrario a métodos fenomenológicos, tales como la psicología de [Freud](#) : [psicoanálisis](#).

.Segundo, plantea la existencia de estados mentales internos : tales como [creencias](#), [deseos](#) y [motivaciones](#); lo contrario que la [psicología conductista](#) de esa época.

-3.2)- Psicología Cognitiva.



-Experimentos de psicología cognitiva: [Tareas de selección de Wason](#).

-La psicología cognitiva es una de las adiciones más recientes, a la investigación psicológica y estudia diversos procesos cognitivos, tales como: la resolución de problemas, el razonamiento : inductivo, deductivo, abductivo, y analógico; la percepción; la toma de

decisiones; y la adquisición lingüística.

.Se desarrolló como un área separada de la disciplina, desde los primeros años de la década de [1950](#) y [1960](#).

.El término comenzó a usarse con la publicación del libro: *Cognitive Psychology*, por [Ulric Neisser](#), en [1967](#).

.Pero la aproximación cognitiva, había sido traída a un primer plano, tras la publicación del libro de [Donald Broadbent](#) : *Percepción y Comunicación*, en [1958](#).

.Desde ese momento, la metáfora dominante en el área, ha sido el modelo de procesamiento de información de Broadbent.

.Los principales exponentes de la psicología cognitiva son: [Alan Baddeley](#), [Frederic Bartlett](#), [Donald Broadbent](#), [Jerome Bruner](#), [Hermann Ebbinghaus](#), [George A. Miller](#), [Ulrich Neisser](#), [David Rumelhart](#), [Herbert Simon](#), [Endel Tulving](#), [Robert L. Solso](#), [Lev Vygotski](#), [David Ausubel](#), [Jean Piaget](#), [Angel Riviere](#) y [George Kelly](#).

-3.3)- Etapas en el Desarrollo de la Psicología Cognitiva.

-La siguiente descripción histórica está basada en el libro de [Francisco Varela](#) : *De cuerpo presente. Las ciencias cognitivas y la experiencia humana*, en que se realiza una síntesis del pensamiento cognitivo, desde sus años de formación, distinguiendo etapas de desarrollo en que han primado diferentes metáforas o modelos explicativos de la mente humana.

.La última de estas etapas, el llamado enfoque enactivo, es la postura que defienden Francisco Varela y sus colaboradores.

-3.3.1)- Hipótesis Cognitivista.

-Desde esta hipótesis, la cognición está conceptualizada como la manipulación de símbolos a través de determinadas reglas.

.El sistema interactúa con los símbolos, pero no con su significado; y el sistema : mente, funcionaría correctamente cuando los símbolos representasen en forma adecuada la realidad externa, o algún aspecto de ésta, y el procesamiento de la información dentro del sistema : computación simbólica, llevaría a una solución adecuada del problema, que se ha presentado.

.Esta es la hipótesis considerada todavía por muchos, como el principal exponente del planteamiento cognitivista, y el paradigma del [procesamiento de información](#) y la [metáfora del ordenador](#), es aún con el que más se identifica a la psicología cognitiva.

-3.3.2)- Hipótesis Conexionista.

-La hipótesis conexionista implicaba una forma de cognición secuencial y localizada.

. Sin embargo, estos planteamientos no concuerdan, con los resultados más recientes de las investigaciones [neurocientíficas](#), en que son más aceptados los modelos cerebrales en que las operaciones son distribuidas y se generan, a partir de interconexiones masivas, que cambian producto de la experiencia.

.Sin embargo, las redes neurales tienen propiedades formales casi desconocidas, pues aunque imiten procedimientos neuronales, no necesariamente se corresponden con un estricto nivel empírico adecuado.

.Muchos de estos trabajos han sido criticados por su implausibilidad biológica.

.Debido a estas discrepancias, y al rescate de ideas sobre sistemas autoorganizados, que estuvieron presentes en la etapa formacional de esta rama de la psicología, pero que fueron

ocultados por la hipótesis cognitivista, es que surge la necesidad de una nueva conceptualización de la mente humana.

-3.4)- Aplicaciones.

-3.4.1)- Psicología Anormal.

- [Terapia Cognitiva](#)-

- Véase también: [Psicología anormal](#).

-3.4.2)- Psicología Social.

- [Cognición Social](#).

- Véase también: [Psicología social](#).

-3.4.3)- Psicología del Desarrollo.

- [Teoría de la Mente](#).

- Véase también: [Psicología del desarrollo](#).

-3.4.4)- Psicología Educacional.

- [Conocimiento declarativo](#); [Conocimiento procedimental](#); y [Organización del conocimiento](#).

- Véase también: [Psicología Educacional](#).

-3.4.5)- Psicología de la Personalidad.

- [Modelo de los cinco grandes](#).

- Véase también: [Psicología de la personalidad](#).

-3.5)- Críticas.

-[Jerome Bruner](#), uno de los padres de la revolución cognitiva, acusa a algunos neo-cognitivistas de haberse enredado con problemas técnicos, que son marginales a los propósitos, y el impulso que animaron aquella revolución, que él ayudó a crear.

.Según el escritor, el cognitivismo no venía a reformar el [conductismo](#), sino a reemplazarlo.

.Para Bruner, el cognitivismo es el estudio de los procesos mentales, y como tal debe estar volcado al estudio del acto de significado del hombre.

.La construcción cultural y los flujos informativos de significado, son pues el andamio desde donde debe trabajar la psicología.

.La teoría de Piaget todavía está vigente hoy en día, y muchos de sus experimentos se usan en educación infantil.

-3.6)-Véase también.

- [Ciencia cognitiva](#);
- [Sesgo de memoria](#);
- [Lista de prejuicios cognitivos](#);
- [Terapia cognitiva](#).

-3.7)- Referencias.

1. [Volver arriba ↑](#) García García, Emilio (2007). «[Primera Ponencia, Teoría de la Mente y Ciencias Cognoscitivas](#)». [Nuevas perspectivas científicas y filosóficas sobre el ser humano](#). Madrid: Universidad Pontificia de Comillas. p. 19. [ISBN 9788484682189](#).
2. -Barmaimon, Enrique.(2016).Libro Historia, Patología, Clínica y Terapéutica Ciencias Cognitivas. 3 Tomos:. Tomo I: Introducción, Algunos Puntos básicos, Canalopatías, Sistemas Autoinmunes, Enfermedades Autoinmunes;
. Tomo II: Sistema Nervioso, Sistemas de Integración, Test Psicologicos . Tomo III: Patologías, Reserva Cognitiva, Telepatología, Medio Ambiente, Tratamientos,

Psicoterapia, Ciberpsicoterapia, Personalidad, Comportamiento, Pensamiento, Sentimiento, Identidad, Sensación, Intuición, Sentimiento, Diagnóstico, Patologías Cognitivas, Patologías Neurológicas, Enzimas, Certeza y Opinión, Inconsciente, Psiconeuroinmunología, Sueño, Memoria, Optimismo, Ansiedad, Posmodernismo. -. 1ª Ed. Virtual. Montevideo, Uruguay. B.V.S.- (<http://www.bvssmu.org.uy/>). (libros); (barmaimon).

3.  - 2017. - Barmaimon, Enrique. 2017. Libro Con Ciencias de la Salud. 4 Tomos: -Tomo I : Índice; Introducción: Técnica, Protocolos, Tecnología, Metodología, Test Estandarizados, Caso Clínico; PARTE I: Generalidades: Ciencias, Filosofía, Atención Primaria de Salud, Ciencias de la Salud, Psicología, Otras Especialidades, Ciencias Sociales. -PARTE II: Medicina; PARTE III: Psicología. -Tomo II : PARTE IV: 38 Especialidades Médicas, Bibliografía. -Tomo III: PARTE V: 20 Especialidades Psicológicas; -Tomo IV: PARTE VI: 12 Especialidades de Ciencias de la Salud; PARTE VII: Especialidades de Ciencias Sociales Relacionadas: 9 con Interacción Social, 3 con Sistema Cognitivo Humano, y 8 con Evolución Sociedades ; PARTE VIII: Bibliografía; Curricula Prof. Dr. Enrique Barmaimon. . 1ª Ed. Virtual. Montevideo, Uruguay. BVS.SMU. (<http://www.bvssmu.org.uy/>). (libros); (barmaimon). (OR). (buscar); (Elegir libro entre 41 : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra).

Obtenido de

«https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Psicología_cognitiva&oldid=95922632»

Categoría:

- Esta página fue modificada por última vez el 30 diciembre 2016, a las 16:32.

-4- PSICOLOGÍA COMPORTAMENTAL.

-De Wikipedia, la enciclopedia libre.

-La psicología del comportamiento es una línea de actuación del profesional de [la psicología](#), que hace hincapié en las interacciones entre: [las emociones](#) , [pensamientos](#) , [comportamientos](#) y estados fisiológicos.

.Se caracteriza por postular la no existencia de [la mente](#) , que tiene un diseño [monista](#), el [bienestar humano](#) .

. La base teórica de la línea de este psicólogo de actuación es el [conductismo](#) . [Edward Thorndike](#) ^[1] y [John Watson](#) ^[2],¹ eran cada uno de los precursores de esta teoría.

.Thorndike dice que todo el comportamiento de los [animales](#) , incluido el hombre, tiende a repetirse, si es recompensado : refuerzo positivo, o es capaz de eliminar un estímulo aversivo : refuerzo negativo, para enviar el comportamiento.

.Por otra parte, el comportamiento tiende a no producirse, si el organismo se suspende: castigo, después de su aparición.

.Por ley, el fortalecimiento del ser asociará con estas situaciones similares, generalizar este aprendizaje en un contexto más amplio.

.Watson se limita a considerar sólo los eventos observables y físicos para el análisis, desechando las conductas encubiertas dentro del paradigma estímulo-respuesta (S -> R).

.A pesar de ser dualista y considerar la existencia de la mente, atacó a la psicología como ciencia de esto, diciendo que no producen resultados fiables. El creía que la psicología sólo se alcanzaría un nivel de confianza, si su área está limitada sólo al estudio de la conducta

observable.

.Sus teorías propuestas, hoy sirven sólo como la historia de la psicología.

- [BF Skinner](#), fue el fundador de una de las [filosofías](#), que subyacen en el análisis experimental de la conducta, [conductismo radical](#) .

.Skinner dijo que la agencia, tendría en su comportamiento tres tipos de ellos: PDF : patrón fijo de acción; conducta respondiente : 100% innata; y en el trabajo : 100% aprendidas.

.De acuerdo con Skinner, el hombre se verá influido por factores [filogenéticos](#) , [ontogenéticos](#) y culturales, con el parámetro teórico del seleccionismo de [Charles Darwin](#) .

.La unidad básica para el estudio de la conducta, es la contingencia de triple, representada por : "En los factores culturales teoría de Skinner, actúan como modificadores de comportamiento en una relación funcional del individuo con el [medio ambiente](#), a través de la conducta verbal." ^[2] .

- Referencias :

1. [↑](#) "[Universidad de Indiana - Edward Thorndike](#) ' (en Inglés). .
2. [↑](#) [a aab «Behaviorismo.psc.br - Skinner»](#) .

- Véase También .

- [behaviorismo](#);
- [conductismo radical](#) .



Obtenido de "

https://pt.wikipedia.org/w/index.php?title=Psicologia_comportamental&oldid=46761896 "
Categoría : [psicología](#).

- Esta página fue modificada por última vez en la (s) 15:41, el 20 de octubre de 2016.

- 5)- [PSICOLOGÍA COGNITIVO-CONDUCTUAL](#)..

De Wikipedia, la enciclopedia libre.

-Las terapias cognitivo-conductuales son orientaciones de la [terapia cognitiva](#), enfocadas en la vinculación del pensamiento y la conducta, que recogen los aportes de distintas corrientes dentro de la psicología científica; siendo más que una mera fusión, como aplicación clínica, de la [psicología cognitiva](#) y la [psicología conductista](#).

.Suelen combinar técnicas de reestructuración cognitiva, de entrenamiento en relajación ,y otras estrategias de afrontamiento y de exposición.¹

.Este modelo acepta la tesis conductista de que la conducta humana es aprendida, pero este aprendizaje no consiste en un vínculo asociativo entre estímulos y respuestas, sino en la formación de relaciones de significado: personales, esquemas cognitivos o reglas.

.Igualmente los aspectos cognitivos, afectivos y conductuales están interrelacionados, de modo que un cambio en uno de ellos, afecta a los otros dos componentes.

.En esa relación mutua, las estructuras de significado : esquemas cognitivos, tendrían un peso fundamental, pues ellas representan la organización idiosincrática, que tiene cada persona, sobre lo que significa su experiencia, los otros, y el sí mismo.².

.Durante el proceso terapéutico, el clínico se vale de diversas estrategias, que tienen por objeto, la flexibilización y modificación de los esquemas disfuncionales y los pensamientos

automáticos, que se desprenden de estos.

.Dicho proceso está guiado por tres principios técnicos básicos: el empirismo colaborativo; el descubrimiento guiado; y el diálogo socrático.³.

-Índice.

- -5)- [PSICOLOGÍA COGNITIVO-CONDUCTUAL](#).
- -5.1)- [Lista de Algunas Terapias Cognitivo-conductuales](#).
- -5.2)- [Fechas Históricas](#).
- -5.3)- [Evidencia de Eficacia Clínica](#).
- -5.4)- [Véase Además](#).
- -5.5)- [Referencias](#).

-5.1)- Lista de Algunas Terapias Cognitivo-conductuales.

- [Terapia de la conducta](#);
- [Terapia racional emotiva conductual](#) (TREC);
- [Terapia cognitiva](#).

-5.2)- Fechas Históricas.

-Fechas para la introducción de diversos conceptos y programas de investigación clínica dentro de las terapias cognitivo conductuales:

.1897: Introducción del concepto y estudio del [condicionamiento clásico](#), por [Iván Pávlov](#).

.1911: Introducción del concepto y estudio del [condicionamiento instrumental](#), por [Edward Thorndike](#).

.1953: Primera ocasión del término «[terapia de la conducta](#)» en un reporte de Lindsley, [Skinner](#) y Solomon.

.1958: Introducción de la terapia por [desensibilización sistemática](#), por [Joseph Wolpe](#).

.1958: Introducción de la [terapia racional emotiva conductual](#) (en esa época denominada "terapia racional") a la literatura profesional, por [Albert Ellis](#).

.1963: Introducción del [conductismo psicológico](#) como teoría marco que unifica los esfuerzos de investigación cognitivas y conductuales, por [Arthur Staats](#).

.1963: Introducción de la [terapia cognitiva](#) para la depresión en la literatura profesional, por [Aaron Beck](#).

.1971: Introducción de la [terapia de solución de problemas](#), de [D'Zurilla](#) y [Goldfried](#).

.1973: Introducción del entrenamiento por [inoculación del estrés](#), por [Donald Meichenbaum](#).

-5.3)- Evidencia de Eficacia Clínica.

-Los resultados de investigaciones clínicas controladas, dan fuerte apoyo a la eficacia de las terapias cognitivo-conductuales en general.

.Los resultados no deben confundirse entre sí, puesto que el grado de eficacia es variable, y resulta dependiente del tipo de problema conductual, de tal manera que unas técnicas son mejores que otras, y la integración de tecnología cognitiva y conductual, parece rendir mejores resultados.

.Sin embargo, se ha encontrado útil, tratando algunos trastornos y padecimientos como: la

ansiedad, la depresión, los ataques de pánico, las fobias, la bulimia, y la esquizofrenia, entre otras.⁴.

-5.4)- Véase Además.

- [Desensibilización sistemática](#);
- [Psicología conductista](#);
- [Reestructuración cognitiva](#);
- [Ingeniería del comportamiento](#).

-5.5)- Referencias.

1. [Volver arriba ↑](#) García Vera, María Paz (1998). [«La psicoterapia hoy desde un enfoque cognitivo-conductual»](#). V Jornada Científica de la Asociación de Psicoterapeutas «Laureano Cuesta» (Madrid: Universidad Complutense de Madrid y Asociación de psicoterapeutas Laureano Cuesta).
2. [Volver arriba ↑](#) Ruiz Sánchez, Juan José y Cano Sánchez, Justo José (1992). [«Manual de Psicoterapia Cognitiva»](#). Recuperado de Psicología Online.
3. [Volver arriba ↑](#) Rodríguez Biglieri, R. & Vetere, G. (2011). [«Manual de terapia cognitiva-conductual para los trastornos de ansiedad»](#). Buenos Aires: Polemos. ISBN 978-987-649-028-3.
4. [Volver arriba ↑](#) Pinto, Carmen (trad.); Philip, Timms (ed.) (2009). [La terapia cognitivo-conductual \(tcc\)](#). Londres y España: Sociedad española de psiquiatría y Royal College of Psychiatrists.

- 5-  - 2017. - Barmaimon, Enrique. 2017. Libro Con Ciencias de la Salud. 4 Tomos:

-Tomo I : Índice; Introducción: Técnica, Protocolos, Tecnología, Metodología, Test Estandarizados, Caso Clínico; PARTE I: Generalidades: Ciencias, Filosofía, Atención Primaria de Salud, Ciencias de la Salud, Psicología, Otras Especialidades, Ciencias Sociales. -PARTE II: Medicina; PARTE III: Psicología.

-Tomo II : PARTE IV: 38 Especialidades Médicas, Bibliografía.

-Tomo III: PARTE V: 20 Especialidades Psicológicas;

-Tomo IV: PARTE VI: 12 Especialidades de Ciencias de la Salud; PARTE VII: Especialidades de Ciencias Sociales Relacionadas: 9 con Interacción Social, 3 con Sistema Cognitivo Humano, y 8 con Evolución Sociedades ; PARTE VIII: Bibliografía; Curricula Prof. Dr. Enrique Barmaimon.

. 1ª Ed. Virtual. Montevideo, Uruguay. BVS.SMU. (<http://www.bvssmu.org.uy/>). (libros); (barmaimon).(OR).(buscar);(Elegir libro entre 41 : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra).

Obtenido de «https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Terapias_cognitivo-conductuales&oldid=94648818»

Categorías:

- [Psicoterapia](#);
- [Psicología clínica](#);
- [Terapia cognitiva](#).

-Esta página fue modificada por última vez el 29 octubre 2016, a las 18:37.

-6- [PSICOLOGÍA HUMANISTA](#).

-De Wikipedia, la enciclopedia libre. «[Psicología Humanista](#)».

-Se denomina psicología humanista a una corriente dentro de la [psicología](#) del siglo XX, con origen en Europa, que se desarrolló en [Estados Unidos](#) en los años [cincuenta](#) y [sesenta](#).

.La psicología humanista se caracterizó por apoyarse en una concepción del ser humano de índole filosófica, con antecedentes que van de [Sócrates](#) a la [fenomenología](#) y la [filosofía de la existencia](#); desde la que se abordan temáticas como: la libertad de decisión, la búsqueda de sentido, la experiencia inmediata, y la personalidad, como un proceso en desarrollo.

.Surgió como reacción al reduccionismo del [conductismo](#) y al [psicoanálisis](#) ortodoxo freudiano, dos teorías con planteamientos opuestos en muchos sentidos, pero que predominaban en ese momento.

. Importa aclarar que contrario al conductismo : de pensamiento monista, materialista y determinista, el [psicoanálisis](#) se fundamenta en la filosofía humanista, y desde siempre ha pretendido que la persona sea responsable de sí misma y de su devenir, por tanto esta última, ha dado muchos aportes al desarrollo de la psicología humanista.

.Pretende la consideración global de la persona, y la acentuación en sus aspectos existenciales : la libertad, el conocimiento, la responsabilidad, y la historicidad; criticando a una psicología, que hasta entonces, se había inscrito exclusivamente como una [ciencia natural](#), intentando reducir al ser humano a variables cuantificables : conductismo, o que en el caso del psicoanálisis, se había centrado en los aspectos negativos y patológicos de las personas : la enfermedad humana.

.Por esto, uno de los teóricos humanistas más importantes de la época, el psicólogo estadounidense [Abraham Maslow](#) : 1908-1970; quien había incursionado en el conductismo, denominó a este movimiento La Tercera Fuerza, para mostrar lo que se proponía con esta corriente: que era integrar las formas aparentemente opuestas, en que se expresaba el quehacer psicológico de la época : conductismo y psicoanálisis.

-Índice.

-6- [PSICOLOGÍA HUMANISTA](#).

- -6.1)- [Antecedentes](#).
- -6.2)- [Planteamientos Fundamentales en la Psicología](#)
 - -6.3)- [Críticas](#).
 - -6.4)- [Véase También](#).
 - -6.5)- [Referencias](#).
 - -6.6)- [Enlaces Externos](#)

-6.1)- Antecedentes.

-El pensamiento que influyó en el surgimiento de esta corriente es muy amplio, y podría resumirse como el que generaron todos aquellos, que se han resistido a reducir a la psicología y el estudio de los seres humanos, a una mera ciencia natural.

.Sin embargo, se pueden sistematizar sus influencias en varios grupos principales:

- En cuanto a la crítica al [mecanicismo](#) y [reduccionismo](#) de la psicología, en tanto es una ciencia natural, y su propuesta de poner énfasis en la intencionalidad del ser humano como individuo total; se puede citar: a [Franz Brentano](#) y su concepto de [intencionalidad](#); a [Oswald Külpe](#) con su antielementarismo; y a [Wilhelm Dilthey](#) y a [William James](#), con su estudio sobre la [conciencia](#) y la [introspección](#).

- En el aporte de figuras disidentes de la ortodoxia freudiana: Se pueden contar como influencias a [Erich Fromm](#) con su foco en la búsqueda existencial de los seres humanos; a [Karen Horney](#); a [Erik Erikson](#), con su concepción sociocultural del [desarrollo humano](#); a [Fritz Perls](#) y el desarrollo de la [terapia gestalt](#); a [Carl Gustav Jung](#), con su estudio de la espiritualidad humana y su lucha por autodesarrollarse; a [Alfred Adler](#), con el complejo de inferioridad y su ulterior voluntad de poderío; a [Wilhelm Reich](#), con su reivindicación del cuerpo en la psicoterapia; a [Eric Berne](#) con su contribución sobre los [juegos psicológicos](#) y el [guion psicológico](#); y a [Viktor Frankl](#), con la creación de la [logoterapia](#) y la búsqueda del sentido de la existencia que esta propone.
- Las teorías de la personalidad que emergieron en esos momentos y que intentaron mostrar al ser humano más en función de sus motivaciones y necesidades que en función de sus patologías o determinaciones, como: las de [Gordon Allport](#) y [Henry Murray](#).
- El método fenomenológico redefinido por [Edmund Husserl](#); la ontología de [Martin Heidegger](#); la teoría existencial de [Søren Kierkegaard](#), que influyó a autores como: [Karl Jaspers](#), [Medard Boss](#) y [Ludwig Binswanger](#) (en [Europa](#)) y [Rollo May](#).

-6.2)- Planteamientos Fundamentales en la Psicología.

-Dentro de esta corriente los enfoques teóricos y terapéuticos son tan diversos, que no es posible plantear un modelo teórico único.

.Lo que sí se puede extrapolar de estas diversas teorías y enfoques , es una serie de principios y énfasis , según Kalawski, citado por Bagladi:

1. Énfasis en lo único y personal de la naturaleza humana: El ser humano es considerado único e irreplicable. Tenemos la tarea de desarrollar eso único y especial que somos; así, ámbitos como el juego y la creatividad, son considerados fundamentales.
2. Confianza en la naturaleza y búsqueda de lo natural: El ser humano es de naturaleza intrínsecamente buena y con tendencia innata a la autorrealización.
.La naturaleza, de la que este ser humano forma parte, expresa una sabiduría mayor.
.Por lo tanto, como seres humanos debemos confiar en la forma en que las cosas ocurren, evitando controlarnos o controlar nuestro entorno.
3. Concepto de conciencia ampliado: La conciencia que tenemos de nosotros mismos, y la forma en que nos identificamos con nuestro yo o [ego](#), es uno de los varios estados y niveles de conciencia, a los que podemos llegar, pero no es el único.
4. Trascendencia del ego y direccionamiento hacia la totalidad que somos: La tendencia en el curso de nuestra autorrealización, es ir alcanzando cada vez niveles de conciencia más evolucionados, que se caracterizan por ser cada vez más integradores de partes de nosotros mismos, y de nuestra relación con el resto y con la totalidad.
.Véase también: [Psicología transpersonal](#).
5. Superación de la escisión mente/cuerpo: La psicología humanista parte desde un reconocimiento del cuerpo, como una fuente válida de mensajes acerca de lo que somos, hacemos y sentimos, así como medio de expresión de nuestras intenciones y pensamientos.
.Funcionamos como un organismo total, en que mente y cuerpo, son distinciones hechas sólo para facilitar la comprensión teórica.
6. Reequilibrio entre polaridades y revalorización de lo emocional: La cultura occidental ha tendido a valorar lo racional sobre lo emocional, la acción frente a la contemplación, etc.

.Esto produce un desequilibrio en nuestro organismo, ya que desconoce aspectos valiosos de nosotros mismos o los subestima, relegándolos al control de otros.

.El cultivo de lo emocional, lo intuitivo, lo contemplativo, por parte de la psicología humanista, es un intento por restablecer ese equilibrio.

7. Valoración de una comunicación que implique el reconocimiento del otro en cuanto tal: Sería dejar de reconocer a los demás, como objetos o medios para alcanzar nuestros propósitos personales, que es uno de los énfasis principales de esta corriente.

.Esta forma restringida de relacionarse con los demás, se transforma en una barrera comunicacional entre los seres humanos, ya que nos concentramos en sólo una parte del otro, la que nos es útil, por ejemplo; y dejamos de verlo como un ser total, impidiendo una comunicación plena.

-La psicología humanista considera que:

- El ser humano es un ser global, que debe ser considerado como un todo, en el que figuran y convergen: sentimientos, pensamientos, conductas, acciones.
- Las conductas del ser humano son intencionales, y tienen sentido desde la perspectiva material, como desde la perspectiva personal de dignidad y libertad.
- Toda la existencia humana se desarrolla y transcurre en un contexto interpersonal, donde este contexto interpersonal es necesario e importante en el desarrollo individual, pero teniendo en cuenta la individualidad del ser humano en las relaciones sociales.
- Los seres humanos son seres o personas autónomas, dentro de las relaciones existenciales de interpersonalidad, que tienen la capacidad de tomar sus propias decisiones, decisiones que dirigen su desarrollo.
. Este principio es complementario al principio de la necesidad de un contexto interpersonal, de tal manera que solamente una persona autónoma es capaz de asumir sus responsabilidades dentro de las relaciones interpersonales.
- La autorrealización es la tendencia inherente a las personas, que es lo que produce la individualidad y el crecimiento e indiferenciación personal.
- La experiencia interior del ser humano es vivenciada como personal, y con un significado que es producido por la propia persona, donde este significado depende de sus experiencias y vivencias, que son ejes fundamentales del desarrollo y de las percepciones personales, que sobre uno mismo las personas desarrollan.

-La psicología de Carl Rogers, es conocida como terapia no directiva y centrada en el cliente, y se fundamenta en dos conceptos básicos:

- .1.- Confianza total en la persona del paciente: Se trata de transmitir empatía por el paciente, y entender la experiencia del paciente y de su mundo, para poder comprenderle.
- .2.- Rechazo total al papel directivo del terapeuta.

- Logoterapia: El enfoque humanista denominado Logoterapia de Frankl, comprende el concepto básico de Víctor Frankl, que es el sentido de la vida, donde la pérdida del sentido de la vida genera neurosis y patologías; el terapeuta tiene como objetivo promocionar y favorecer que el paciente logre restaurar o generar un sentido a la vida, para poder desprenderse de la neurosis noógena, o pérdida de sentido de vida, donde el vacío existencial es el que se trabaja, como eje en este tipo de terapias humanistas, denominadas logoterapias.

- El Análisis transaccional de Eric Berne: Es un enfoque de origen psicoanalítico, donde la terapia transaccional, centra la ayuda terapéutica en la restauración del potencial existencial original en el ser humano, de confianza en la persona.

.El núcleo de la psicología transaccional y de la terapia de Análisis transaccional, es trabajar con los estados del yo, que se producen en las relaciones personales, de tal manera que ciertos estados del yo, pueden en relación con otros yos, crear malestar o patologías de forma consciente o inconscientes, lo que denominan el guion de la vida, y son estos guiones positivos o negativos, que deben trabajarse en la terapia, mediante un contrato que establece el cliente con el terapeuta, y que deben cumplir.

- Enfoque Bioenergético de Lowen: El enfoque bioenergético de Alexander Lowen, con raíces en los postulados de Wilhelm Reich, dentro de la corriente psicoanalítica y su propuesta del análisis del carácter.

.El carácter entendido como la máscara que cubre a la persona para poder convivir con los impulsos derivados de los instintos, y evitar así la neurosis; pero la represión puede producir no solamente neurosis, sino además angustia y sentimientos intensos negativos, producto de la tensión que procede de la dificultad de dejar expresar libremente la energía biológica.

.Los conflictos y tensiones se manifiestan en el cuerpo, y deben tratarse mediante ejercicios que permitan liberar tensiones.

- El psicodrama: Dentro de las teorías humanistas está relacionado con la patología que surge, cuando las personas admiten roles inadecuados, y además los convierten en roles rígidos, que van dañando a la persona.

.Para eliminar las patologías, que se derivan de los roles que asumen las personas, es necesario realizar psicodramas, o psicoterapias que permitan deshacerse de esos roles, y asumir otros adecuados.

-6.3)- Críticas.

-El principal cuestionamiento que se le ha hecho a las aproximaciones psicológicas de esta corriente, es su falta de rigor teórico.

.Esto es motivado principalmente por la crítica a los modelos académicos de adquisición del conocimiento, donde los psicólogos humanistas privilegiaron la experiencia directa, y el aprendizaje vivencial en sus centros de formación.

-La crítica que la psicología humanista hizo a la psicología de la época, en cuanto a un centramiento excesivo en la naturaleza racional humana, redundó a la larga, en el desarrollo escaso de teoría o teorías muy vagamente fundamentadas.

.Actualmente existe conciencia de esta crítica, por parte de los psicólogos que se consideran humanistas, por lo que muchos han iniciado un proceso de búsqueda de fundamentos teóricos más profundos, principalmente epistemológicos.

-6.4)- Véase También.

-Vertientes teórico-prácticas y temas usualmente ubicados dentro del humanismo:

- [Análisis transaccional](#);
- [Psicoterapia centrada en el cliente](#);
- [Psicodrama](#);
- [Terapia gestalt](#);
- [Terapia sistémica](#);

- [Counseling](#).
- Autores que han aportado a la psicología humanista:

- [Roberto Assagioli](#);
- [Eric Berne](#);
- [Milton Erickson](#);
- [Viktor Frankl](#);
- [Hans-Werner Gessmann](#);
- [Kurt Goldstein](#);
- [Abraham Maslow¹](#);
- [Rollo May](#);
- [Fritz Perls](#);
- [Laura Perls](#);
- [Celedonio Castanedo](#);
- [Carl Rogers \(1902-1987\)¹](#).

-Corrientes y temas relacionados:

- [Counseling](#);
- [Existencialismo](#);
- [Movimiento del potencial humano](#);
- [Psicoanálisis](#);
- [Psicología cognitiva](#);
- [Psicología conductista](#);
- [Psicología](#);
- [Psicología positiva](#);
- [Psicoterapia](#);
- [Teoría organísmica](#);
- [Psicoterapia existencial](#).

-6.5)- Referencias.

1.  [Saltar a: ^a ^b La psicología humanista en Maslow y Rogers](#), artículo en el sitio web IES Mossèn Alcover.
2.  - 2017. - Barmaimon, Enrique. 2017. Libro Con Ciencias de la Salud. 4 Tomos:
-Tomo I : Índice; Introducción: Técnica, Protocolos, Tecnología, Metodología, Test Estandarizados, Caso Clínico; PARTE I: Generalidades: Ciencias, Filosofía, Atención Primaria de Salud, Ciencias de la Salud, Psicología, Otras Especialidades, Ciencias Sociales. -PARTE II: Medicina; PARTE III: Psicología.
-Tomo II : PARTE IV: 38 Especialidades Médicas, Bibliografía.
-Tomo III: PARTE V: 20 Especialidades Psicológicas;
-Tomo IV: PARTE VI: 12 Especialidades de Ciencias de la Salud; PARTE VII: Especialidades de Ciencias Sociales Relacionadas: 9 con Interacción Social, 3 con Sistema Cognitivo Humano, y 8 con Evolución Sociedades ; PARTE VIII: Bibliografía; Curricula Prof. Dr. Enrique Barmaimon.
. 1ª Ed. Virtual. Montevideo, Uruguay. BVS.SMU. (<http://www.bvssmu.org.uy/>). (libros); (barmaimon).(OR).(buscar);(Elegir libro entre 41 : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra).

-6.6)- Enlaces Externos.

-

Obtenido de

«https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Psicología_humanista&oldid=95974864»

-Categoría: [Psicología humanista](#).

-Esta página fue modificada por última vez el 2 enero 2017, a las 21:15.

-7- [PSICOLOGÍA DINÁMICA](#).

-De Wikipedia, la enciclopedia libre.

-La orientación psicodinámica en el campo de la salud mental, sigue una línea que recoge el pensamiento psicoanalítico de la [posmodernidad](#), basándose en que el acto de conducta es siempre un acto con sentido y con finalidad, con independencia de que el sujeto posea o no, conocimiento de los mismos.

-.La metodología derivada de esa concepción apunta, consecuentemente, a la exploración y objetivación de ese mundo interno, del que el sujeto no tiene conocimiento, considerando lo inadvertido o inconsciente de la conducta, como un componente esencial de la misma, precisamente por considerar que es lo inconsciente, lo que da sentido y soporte a la conducta manifiesta.



-Freud y otros psicoanalistas en 1922. De izquierda a derecha sentados: [Sigmund Freud](#), [Sándor Ferenczi](#) y [Hanns Sachs](#). De pie: [Otto Rank](#), [Karl Abraham](#), [Max Eitingon](#) y [Ernest Jones](#).

.Ese objetivo marca la diferencia que la distingue de otras metodologías, las cuales tratan de una forma más marginal, los componentes inadvertidos de la conducta.

.Una concepción dinámica de la salud mental, presupone la aceptación de dos principios esenciales:

- Una gran parte de la actividad psíquica se produce al margen de la conciencia, aunque dicha actividad y contenidos, los podemos deducir a partir de lo que es conocido.
- .Un concepto central en la orientación psicodinámica es, el de que tanto las

conductas, como los síntomas, están notablemente influidos por fuerzas de naturaleza inconsciente, cuyos factores causales son múltiples y bastante complejos.

- La consideración del carácter específicamente individual de toda experiencia humana: Como señala [Erich Fromm](#) , en 1972: “nunca la experiencia de una persona es idéntica a la experiencia de otra... de hecho, hasta la experiencia de una misma persona, no es nunca la misma en ocasiones diferentes, porque nadie es exactamente el mismo en dos momentos de su vida”.

.El pensamiento psicodinámico plantea que nosotros no nos conocemos verdaderamente a nosotros mismos, siendo una de las metas del tratamiento alcanzar el self verdadero del paciente.

.[Fonagy](#) , en 2003, destaca que: “la necesidad de ser conocido, validado y reconocido puede ser tan fundamental, como el deseo de comprender, en el curso de una terapia dinámica”.

-Ahora bien, la [psicoterapia dinámica](#) es un enfoque particular de [psicoterapia](#), que utiliza conceptos psicodinámicos y un estilo de comunicación, que dependiendo de la modalidad, hace más o menos uso de la [asociación libre](#) y de la abstinencia del terapeuta.

.La terapia psicodinámica se deriva del [psicoanálisis](#), del cual surge como modificación para una mayor brevedad, por medio de la focalización de la intervención en ciertos conflictos destacados en la condición actual del consultante.

.En el campo de la técnica terapéutica, todas las corrientes psicodinámicas coinciden en la importancia del fenómeno de la transferencia/contratransferencia, como elemento fundamental para el análisis, y se usa como principal herramienta "curativa" a la interpretación, que es la única que permite hacer consciente lo inconsciente, y colocar el conflicto psíquico en un lugar, desde el cual pueda ser reaprehendido y trabajado por el paciente, a través del [insight](#) y la elaboración.

Índice

-7- [PSICOLOGÍA DINÁMICA](#).

- [-7.1\)- Fundamentación Teórica.](#)
- [-7.2\)- Técnicas, Instrumentos y Metodología Utilizada.](#)
- [-7.3\)- Diferencias con el Psicoanálisis Como Tratamiento.](#)
- [-7.4\)- Historia.](#)
- [-7.5\)- Principales Representantes .](#)
 - [-7.5.1\)- Tradición Neofreudiana.](#)
 - [-7.5.2\)- Tradición Analítica del Yo.](#)
 - [-7.5.3\)- Las Psicoterapias No Psicoanalíticas.](#)
- [-7.6\)- Bibliografía.](#)
- [-7.7\)- Enlaces Externos.](#)
- [-7.8\)- Véase También.](#)

-7.1)- Fundamentación Teórica.

-El adjetivo "dinámico" intenta explicar dos aspectos : Clapier-Valladon en 1987:

.Por un lado, la concepción genética de la personalidad: La interacción del individuo con el medio y su intento de adaptarse, va conformando en el niño, distintas etapas evolutivas con características propias.

.Por otro lado, la "dinámica" de enfrentamiento, relación y choque, entre las instancias de la estructura del aparato psíquico, determina junto a la necesidad de homeostasis y equilibrio

entre estas estancias, el comportamiento del sujeto.

.La dinámica freudiana, plantea como constructor de estas estancias, las experiencias e historia del individuo.

.El tercer aspecto es el carácter "profundo" de la teoría psicodinámica: El concepto básico y central de esta "profundidad" es el inconsciente, es lo no reconocido por la persona, pero que influye y en algunos casos determina el comportamiento.

.El inconsciente no se puede ver con ojos mortales, es algo que habrá que conocer a partir de signos, y de símbolos.

.Freud establece un código de "signos" y "símbolos", para reconocer algunos aspectos del inconsciente. El inconsciente se convierte en algunos casos, en la explicación última, final, y determinante del comportamiento: La verdad final.

-En el modelo psicodinámico se da la convergencia de modelos teóricos explicativos de base psicoanalítica, en los que el psicoanálisis, es el marco conceptual básico, pero no la única teoría conceptual explicativa de su quehacer clínico, ni sus técnicas se ajustan a las propias del tratamiento psicoanalítico convencional.

.Las raíces del modelo psicodinámico se encuentran en las obras de Sigmund Freud, a finales del [siglo XIX](#), pero se ha ampliado tanto ,que incluye las ideas de los pensadores que han revisado los conceptos de Freud ,e incluso aquéllos que las han rechazado.

El modelo se fundamenta en las siguientes suposiciones principales:

- La conducta humana y su desarrollo: Se determina principalmente mediante los hechos, impulsos, deseos, motivos y conflictos, que se encuentran dentro de la mente : es decir intrapsíquicos.
- Los factores intrapsíquicos: Proporcionan las causas subyacentes de las conductas que se manifestaron abiertamente, sean ésta problemáticas o no.
.Por lo tanto, así como la ansiedad que incapacita, o los delirios de persecución de un paciente perturbado, se adjudicarían a conflictos no resueltos, o a necesidades no satisfechas; la conducta extrovertida y amistosa de un conocido en contraste, podría verse como ocasionada a partir de los sentimientos internos de temor, o minusvalía ,o de un deseo latente de lograr más popularidad que un hermano.
- Los orígenes de la conducta y sus problemas: Se establecen en la infancia a través de la satisfacción o frustración de las necesidades e impulsos básicos.
.Debido a la participación fundamental y potencial, relacionada con las necesidades básicas.
.Se da especial énfasis y atención a las relaciones con los padres, hermanos, abuelos, compañeros y personas con autoridad , por ejemplo maestros, en la edad temprana.
.Hay, por lo tanto, un sabor histórico único en el modelo psicodinámico, y un enfoque sobre la importancia de los hechos pasados, más que los hechos presentes.
- La evaluación clínica, el tratamiento y las actividades de investigación deberían dirigirse a la búsqueda y funciones de los aspectos sutiles de la actividad intrapsíquica, la cual, a pesar de que a menudo se oculta de la observación directa, debe ser tratada si hemos de comprender la conducta y aliviar los problemas conductuales.

-7.2)- Técnicas, Instrumentos y Metodología Utilizada.

- [Determinismo](#): El comportamiento humano está determinado y depende fundamentalmente de factores intrapsíquicos, tales como: impulsos, deseos, motivos y conflictos internos.

.En el psicoanálisis clásico, pero no en otras escuelas psicoanalíticas, se enfatizan los determinantes biológicos : impulsos sexuales y agresivos..

- Énfasis en el papel del conflicto: Se considera que este es básico en el desarrollo de los síntomas neuróticos.
.Normalmente se considera que los impulsos internos, buscan manifestarse y lograr gratificación, en contra de las prohibiciones y límites socioculturales.
.Los síntomas neuróticos son vistos como compromisos para intentar resolver este conflicto.
.Desde la perspectiva psicoanalítica clásica, se considera que el conflicto no resuelto entre el ello : necesidades instintivas, y el superyó : valores y normas sociales transmitidas por los padres, sobrepunitivo e inhibidor, es la causa fundamental de los trastornos psicológicos.
.Este conflicto es exacerbado por los defectos del yo : la tercera estructura psicológica, que impiden la elaboración de defensas apropiadas, que permitirían una reducción de la tensión.

-7.3)- Diferencias con el Psicoanálisis Como Tratamiento.

-El [psicoanálisis](#) tiende a incluir mayor número de sesiones, y pretende una exploración más en profundidad, particularmente acerca de los conflictos inconscientes del paciente, como por ejemplo, aquellos relacionados con la temática [edípica](#).
.La terapia psicodinámica, en cambio, se centra de manera más focalizada en el aquí y ahora, dirigiéndose de manera más activa, hacia la problemática actual del paciente, tenga ésta base en su pasado o no.

-7.4)- Historia.

-El concepto de psicodinámica: Se origina con la publicación en [1874](#), de las *Lecciones sobre psicofisiología*, de [Ernst von Brücke](#), para quien todos los organismos son sistemas energéticos, que siguen las leyes de la [termodinámica](#), en particular la [conservación de la energía](#). Fue este mismo año, cuando von Brücke fue supervisor de Sigmund Freud, en ese entonces estudiante de primer año, quien luego sería el creador del psicoanálisis.
.Los terapeutas, al considerar lo largo y costoso del psicoanálisis, y el hecho de que los análisis más largos, que llegaran a tratar el [complejo de Edipo](#), no tenían mucho más éxito en cuanto a resultados clínicos tangibles, empezaron a desarrollar técnicas, que dieran alternativas a la relativa pasividad del analista.

-7.5)- Principales Representantes.

-Siguiendo a Linn y Garske , en 1988, serían tres los desarrollos actuales de la psicoterapia de orientación psicodinámica:

-7.5.1)- Tradición Neofreudiana.

-Sus representantes serían autores como: Jung, Adler, Fromm, Sullivan, Horney, Ferenczi, Reich y Rank. Principales características de esta corriente:

- Realizan una crítica a la teoría de la [sexualidad infantil](#) y al concepto de [libido](#).
- Cuestionan la validez y extensión del [complejo de Edipo](#).
- Hacen más hincapié en los determinantes socioculturales del comportamiento.

- Desarrollan el concepto de carácter y estructura : [trastornos de personalidad](#), estructura neurótica y psicótica.
- Otorgan más importancia a las fuentes externas del conflicto, por ejemplo al conflicto interpersonal.
- Desplazan el énfasis hacia el [Yo](#), y las motivaciones conscientes frente al [Ello](#) y el [inconsciente](#).
- Estudian el desarrollo normal y las funciones de adaptación, y no solamente lo patológico.
- No se muestran favorables al concepto de [pulsión de muerte](#).
- Se interesan por el desarrollo sexual femenino.

-7.5.2)- Tradición Analítica del Yo.

-Llamada [psicología del yo](#) en los [Estados Unidos](#), y [teoría de las relaciones objetales](#) en [Inglaterra](#); donde los autores más representativos son: [Mélanie Klein](#), [Winnicott](#), [Fairbain](#), [Anna Freud](#), [Erik Erickson](#), [Hartmann](#), [Rappaport](#) y [Guntrip](#).

-7.5.3)- Las Psicoterapias No Psicoanalíticas.

-Son todas aquellas que no se basan en la cura tipo psicoanalítica. Existen diversas variantes, como: la [psicoterapia breve](#), la [psicoterapia de apoyo](#), la [psicoterapia psicoanalítica](#), y donde los representantes más destacados son: Sifneos, Malan, Davanloo, Mann, Pinkus.

.Algunas aportaciones individuales de los autores que más han aportado a la terapia psicodinámica son:

- [Sándor Ferenczi](#): Técnica activa y recíproca entre analizante y analizado, interés genuino por el paciente.
- [Otto Rank](#): Técnica activa, el concepto de la [ansiedad de separación](#), temor a la vida versus temor a la muerte.
- [Harry Stack Sullivan](#): Concepto y técnica del análisis como estudio de las relaciones interpersonales inconscientes.
- [Franz Alexander](#): El concepto del proceso de análisis como "[experiencia emocional correctiva](#)", y el desarrollo de la [psicosomática](#).
- [Karen Horney](#): La tiranía de los "debes": necesidades neuróticas, "sí-mismo despreciado", versus: "sí-mismo ideal".

-7.6)- Bibliografía.

- Asociación Española de Psicología Clínica Cognitiva Conductual. *Terapias psicológicas*. Materiales Coaching PIR. Volumen VIII.
- -Barmaimon, Enrique.(2016).Libro Historia, Patología, Clínica y Terapéutica Ciencias Cognitivas. 3 Tomos:. Tomo I: Introducción, Algunos Puntos básicos, Canalopatías, Sistemas Autoinmunes, Enfermedades Autoinmunes;
. Tomo II: Sistema Nervioso, Sistemas de Integración, Test Psicologicos . Tomo III: Patologías, Reserva Cognitiva, Telepatología, Medio Ambiente, Tratamientos, Psicoterapia, Ciberpsicoterapia, Personalidad, Comportamiento, Pensamiento, Sentimiento, Identidad, Sensación, Intuición, Sentimiento, Diagnóstico, Patologías Cognitivas, Patologías Neurológicas, Enzimas, Certeza y Opinión, Inconsciente, Psiconeuroinmunología, Sueño, Memoria, Optimismo, Ansiedad, Posmodernismo.
-. 1ª Ed. Virtual. Montevideo, Uruguay. B.V.S.- (<http://www.bvssmu.org.uy/>).
(libros); (barmaimon).

LIBRO CIENCIAS DE LA SALUD- Prof. Dr. Enrique Barmaimon-

Año 2017.2- TOMO III-

-  - 2017. - Barmaimon, Enrique. 2017. Libro Con Ciencias de la Salud. 4 Tomos:
-Tomo I : Índice; Introducción: Técnica, Protocolos, Tecnología, Metodología, Test Estandarizados, Caso Clínico; PARTE I: Generalidades: Ciencias, Filosofía, Atención Primaria de Salud, Ciencias de la Salud, Psicología, Otras Especialidades, Ciencias Sociales. -PARTE II: Medicina; PARTE III: Psicología.
-Tomo II : PARTE IV: 38 Especialidades Médicas, Bibliografía.
-Tomo III: PARTE V: 20 Especialidades Psicológicas;
-Tomo IV: PARTE VI: 12 Especialidades de Ciencias de la Salud; PARTE VII: Especialidades de Ciencias Sociales Relacionadas: 9 con Interacción Social, 3 con Sistema Cognitivo Humano, y 8 con Evolución Sociedades ; PARTE VIII: Bibliografía; Curricula Prof. Dr. Enrique Barmaimon.
. 1ª Ed. Virtual. Montevideo, Uruguay. BVS.SMU. (<http://www.bvssmu.org.uy/>). (libros); (barmaimon).(OR).(buscar); (Elegir libro entre 41 : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra).
- Douglas A. Bernstein y Michael T. Nietzel. *Introducción a la psicología clínica*. 1982. McGraw-Hill de México.
- Buela-Casal, G. y Sierra, J. C. (1997). *Manual de evaluación psicológica: fundamentos, técnicas y aplicaciones*. España: Siglo XXI.
- Maganto-Mateo, C. y Ávila-Espada, A. (1999). El diagnóstico psicodinámico. Aspectos conceptuales. *Clínica y Salud*, Año IX, 10(3), 287-330.
- Colegio Oficial de Psicólogos de España. Perfiles Profesionales del Psicólogo. <http://www.cop.es/perfiles/index.html>
- Garaigordobil, L. M. (1998). *Evaluación psicológica. Bases teórico-metodológicas, situación actual y directrices de futuro*. Salamanca: Amarú. Cap. 3, Modelos en la evaluación psicológica. pp. 71-142.
- García Joaquín (2010). *Evaluación de programas para la rehabilitación de toxicómanos. Estudio de caso sobre una comunidad terapéutica*. Tesis doctoral. Universidad de Oviedo. Biblioteca Universitaria. Colección tesis doctoral-TDR núm. 65.
- [D. Manuel José Rosales Alamo. "Los moldes cognitivos – afectivos y la adaptación psicológica: definición y evaluación". Memoria realizada bajo la dirección del Dr. D. Pedro Hernández Hernández, catedrático de psicología educativa de la Universidad de La Laguna, que se presenta para la obtención del grado de doctor en psicología. Instituto de Psicoanálisis de la Asociación Psicoanalítica Mexicana *Instituto de Psicoanálisis Dr. Ramón Parres S. de la Sociedad Psicoanalítica de México, A.C.](#)
- Lledó Sandoval, J. L. *La exploración psicodinámica en salud mental*. Exploración Psicodinámica en Salud Mental. Editorial Club Universitario.
- Phares, E. J. & Trull, T. J. (1999). *Psicología clínica: conceptos, métodos y práctica*. México: Manual Moderno.
- Sarason, I. G. & Sarason, B. R. (1996). *Psicología anormal: el problema de la conducta inadaptada*. México: Prentice Hall.
- Veccia, T. (2005). *Enfoque conceptual psicodinámico del diagnóstico psicológico: la necesidad de un marco teórico integrador*. Universidad de Buenos Aires.

-7.7)- Enlaces Externos.

-  [Wikimedia Commons](#) alberga contenido multimedia sobre [Terapia psicodinámica](#).
- Asociaciones:
- [Asociación Psicoanalítica Internacional](#);
 - [Organizaciones psicoanalíticas internacionales](#);

- [Asociación Mundial de Psicoanálisis](#);
 - [Centro Psicoanalítico Madrid](#).
- Textos psicoanalíticos:
- [Artículos de psicoanálisis de autores diversos](#);
 - [Textos y un diccionario de psicoanálisis](#);
 - [Topia. Un sitio de psicoanálisis, sociedad y cultura](#).

-7.8)- Véase También.

- [psicoanálisis](#);
- [psicoterapia](#).

Obtenido de

«[https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Terapia psicodinámica&oldid=89441236](https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Terapia_psicodinámica&oldid=89441236)»

Categoría: [Psicoterapia](#).

-8- [PSICOLOGÍA EXPERIMENTAL](#).

De Wikipedia, la enciclopedia libre

- [Psicología Experimental](#)».

-La psicología experimental es una disciplina científica, que considera que los fenómenos psicológicos pueden ser estudiados por medio del método experimental.

.Se refiere al trabajo realizado por los que aplican [métodos experimentales](#), para el estudio del comportamiento y de los procesos que los sustentan.

.Los psicólogos experimentales emplean participantes humanos y sujetos animales, para el estudio de un gran número de temas, incluyendo, entre otros: [sensación y percepción](#), [memoria](#), [conocimiento](#), [aprendizaje](#), [motivación](#), [emoción](#), [procesos de desarrollo](#), [psicología social](#), junto con el [soporte neural](#) de todos ellos.¹.

- Índice.

- 8- [PSICOLOGÍA EXPERIMENTAL](#).
- -8.1)- [Método Experimental](#).
- -8.2)- [Escuelas Psicológicas](#).
- -8.3)- [Historia de la Psicología](#).
- -8.4)- [Referencias](#).
- -8.5)- [Enlaces externos](#)

-8.1)- Método Experimental.

- El método experimental implica la observación, manipulación, registro de las variables: dependiente, independiente, intervinientes, etc., que afectan un objeto de estudio.

.En el caso específico de la psicología, es posible describir y explicar dichas variables en su relación con el comportamiento humano y, por consiguiente, también predecir sus

modificaciones.

.Los psicólogos experimentales están interesados, en conocer el comportamiento de un "individuo", manipulando dentro del laboratorio, los factores que puedan afectar o influir en la vida.

.Usan instrumentos de precisión y exigen un alto grado de control y medición.

.Por ello, realizan experimentos en humanos; pero, sobre todo, en animales.

.El uso de animales es más frecuente ya que permite, no sólo explicar la conducta del hombre por medio de la inferencia, sino porque permite que el investigador, pueda disponer de ellos en cualquier momento y bajo cualquier circunstancia.

.Además, hay ciertos experimentos que no pueden hacerse en humanos por razones éticas

que lo prohíben. Sin embargo, cabe destacar, que en algunos países, la investigación con animales, tiende a disminuir, debido a las protestas y críticas de los ecologistas y protectores de animales.

-8.2)- Escuelas Psicológicas.

-El término *psicología experimental* se refiere más a una clasificación de la psicología en términos metodológicos, y no en términos sustantivos.

.Por lo tanto, cualquier escuela o corriente psicológica, que utilice el método experimental, es considerada parte de la psicología experimental, independientemente de las consideraciones [epistemológicas](#), sobre su objeto de estudio. Áreas como la [percepción](#), la [memoria](#), el [aprendizaje](#) y la [cognición](#) han sido estudiadas tradicionalmente con el método experimental².

-8.3)- Historia de la Psicología.

-En su obra, *Elementos de psicofísica* (1860), el psicólogo alemán [Gustav Theodor Fechner](#), intentaba demostrar, a través de datos experimentales, la relación entre magnitudes físicas y sensoriales.

.No fue sino hasta muchos años después, en 1879, cuando [Wilhelm Wundt](#), fundó el primer laboratorio de psicología experimental.

.Wundt comenzó a medir los tiempos de reacción, en pruebas de complejidad variable, donde intentaba identificar los componentes psíquicos internos, y a descubrir también las leyes que rigen la dinámica de la psiquis.

.Wundt y sus ideas de la psicología, dominaron en el ámbito académico hasta los inicios del 1900, cuando los métodos introspectivos, y el concepto de estudiar la psiquis de manera científica fueron echados a un lado, por la imposibilidad de explicar fenómenos tales, como el pensamiento sin imágenes.

.Por esos mismos años, el alemán [Hermann Ebbinghaus](#), dirigió una monumental investigación sobre la [memoria](#), que implicaba el recuerdo de largas series de [sílabas sin sentido](#), lo cual sentó un precedente, para las generaciones futuras de psicólogos especializados en el aprendizaje.

.Se comenzaron a hacer experimentos de laboratorio con animales, para intentar dotar a la psicología de un rigor científico.

.Esto, orientó metodológica y conceptualmente al estadounidense [Edward Lee Thorndike](#), en sus experimentos con gatos.

.Más tarde, el estadounidense [John Broadus Watson](#), fundador del [conductismo](#), definiría a la *psicología*, como ciencia del comportamiento externo, observable, mas no de la mente;

y, por lo tanto, excluyó a los fenómenos psíquicos internos, como objeto de estudio, y a los métodos introspectivos, como técnica para estudiarlos.

-8.4)- Referencias.

1. [Volver arriba ↑](#) *Stevens' Handbook of Experimental Psychology, Sensation and Perception*. Wiley. 2004. ISBN 9780471650140.
2. [Volver arriba ↑](#) Libro: Mente y cerebro: De la psicología experimental a la neurociencia cognitiva [\[1. \]](#).
3. -Barmaimon, Enrique.(2016).Libro Historia, Patología, Clínica y Terapéutica Ciencias Cognitivas. 3 Tomos:. Tomo I: Introducción, Algunos Puntos básicos, Canalopatías, Sistemas Autoinmunes, Enfermedades Autoinmunes; . Tomo II: Sistema Nervioso, Sistemas de Integración, Test Psicologicos . Tomo III: Patologías, Reserva Cognitiva, Telepatología, Medio Ambiente, Tratamientos, Psicoterapia, Ciberpsicoterapia, Personalidad, Comportamiento, Pensamiento, Sentimiento, Identidad, Sensación, Intuición, Sentimiento, Diagnóstico, Patologías Cognitivas, Patologías Neurológicas, Enzimas, Certeza y Opinión, Inconsciente, Psiconeuroinmunología, Sueño, Memoria, Optimismo, Ansiedad, Posmodernismo. -. 1ª Ed. Virtual. Montevideo, Uruguay. B.V.S.- (<http://www.bvssmu.org.uy/>). (libros); (barmaimon).
2.  - 2017. - Barmaimon, Enrique.2017. Libro Con Ciencias de la Salud. 4 Tomos:
-Tomo I : Índice; Introducción: Técnica,Protocolos, Tecnología, Metodología, Test Estandarizados, Caso Clínico; PARTE I: Generalidades: Ciencias, Filosofía, Atención Primaria de Salud, Ciencias de la Salud, Psicología, Otras Especialidades, Ciencias Sociales. -PARTE II: Medicina; PARTE III: Psicología.
-Tomo II : PARTE IV: 38 Especialidades Médicas, Bibliografía.
-Tomo III: PARTE V: 20 Especialidades Psicológicas;
-Tomo IV: PARTE VI: 12 Especialidades de Ciencias de la Salud; PARTE VII: Especialidades de Ciencias Sociales Relacionadas: 9 con Interacción Social, 3 con Sistema Cognitivo Humano,y 8 con Evolución Sociedades ; PARTE VIII: Bibliografía; Curricula Prof. Dr. Enrique Barmaimon.
. 1ª Ed. Virtual. Montevideo, Uruguay. BVS.SMU.(<http://www.bvssmu.org.uy/>). (libros); (barmaimon).(OR).(buscar);(Elegir libro entre 41 : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra).

-8.5)- Enlaces Externos.

- [Psicológica - International Journal of Methodology and Experimental Psychology](#)
- [Sociedad Española de Psicología Experimental](#)

Obtenido de

«https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Psicología_experimental&oldid=95725392»

Categoría: [Psicología experimental](#).

- Esta página fue modificada por última vez el 20 diciembre 2016, a las 00:25.

-9-[PSICOLOGÍA DEL DEPORTE](#).

-De Wikipedia, la enciclopedia libre.

-La [psicología](#) del [deporte](#) es una [ciencia interdisciplinaria](#), que toma elementos de la [psicología](#), la [fisiología](#), la [kinesiología](#), la [sociología](#) y la [biomecánica](#), y cuyo objeto es el estudio de como los factores psicológicos, afectan al desempeño deportivo, y como la participación en el deporte y el ejercicio, influye en el desarrollo psicológico y el estado físico.¹ .

.Sin embargo, definir el concepto de psicología del deporte, no es una tarea fácil ya que es un área de aplicación relativamente nueva, su historia no es muy larga, y aún existen diferentes aproximaciones y perspectivas dentro de la especialidad.

-Índice.

-9-[PSICOLOGÍA DEL DEPORTE](#).

-9.1)- [Definición](#) .

-9.1.1)- [Compendio de definiciones](#).

-9.2)- [Deporte](#).

-9.2.1)- [Historia](#).

-9.2.2)- [Deporte Profesional](#).

-9.2.3)- [Arte Físico](#).

-9.2.4)- [Tecnología](#).

-9.2.5)- [Deporte y Sociedad](#).

-9.3)- [Véase También](#).

-9.4)- [Referencias](#)

-9.5)- [Bibliografía](#).

-9.6)- [Enlaces externos](#).

-9.1)- [Definición](#).

-Dentro de las primeras definiciones está la de Ferruccio Antonelli y Alessandro Salvini, en 1972, que dice: *"La Psicología del deporte es una amplia corriente de pensamiento, en la que confluyen diversas doctrinas de la: [Psicología](#), [Filosofía](#), [Medicina](#), [Psiquiatría](#), [Higiene](#), [Educación Física](#), etc., y por consiguiente se trata de un asunto de competencia multidisciplinaria, abierto a la contribución que cada una pueda aportar, desde la base de su preparación específica"*.

.Como se puede observar, no es una definición concreta, tampoco existe un objeto de estudio, por lo que es difícil decir cuál es la tarea de la psicología del deporte.

.Actualmente sigue habiendo cierta dispersión teórica, ya que cada definición tiene un significado diferente, según el punto desde donde se hace el análisis.

.Algunas definiciones consideran a la psicología del deporte, como una parte de la [psicología general](#), en donde se aplican todos sus principios generales al campo del deporte.

.Otras la consideran como una especialidad de las ciencias del deporte, y más específicamente como parte de la educación física.

.Sin embargo no es la tarea de este apartado, resolver la controversia que existe entre las diferentes definiciones, solamente se hace una revisión de la literatura, encontrando las siguientes definiciones que se agrupan en la siguiente tabla:

-9.1.1)- [Compendio de Definiciones](#).

1. Las que consideran a la psicología del deporte, como una parte de la psicología general: Siedentop (1994), Horn (1992), Valdés (1996), Rudik (1988), Cox (citado en Horn, 1992), y González (1997).
2. Las que consideran a la psicología del deporte, como una rama de las ciencias del deporte: Gill (citado en Horn, 1992), y Weinberg (1996).
3. Las que su objeto de estudio, es la conducta humana en el deporte: Thomas (1982), Weinberg (1996), Gorbunov (1988), Roales (1994), y Gill (citado en Horn, 1992).
4. Las que su objeto de estudio es la actividad deportiva: Rudik (1988), y Siedentop (1994).
5. Las que la definen como una orientación específica de la psicología general, como el análisis conductual : Roales (1994), Martin (1997); o la psicología de las interacciones: Riera (1985) y Cruz (1991).
6. Los que establecen una diferenciación entre psicología aplicada al deporte y psicología del deporte, señalando que la primera se centra en una sola faceta de la segunda: Williams (1992).
7. La American Psychological Association (APA). División 47: Exercise and sport psychology, en su definición nos dice:

"La psicología del deporte y del ejercicio, es el estudio científico de los factores psicológicos, que se asocian con la participación y el desempeño en el deporte, el ejercicio y otros tipos de actividad física. Los profesionales de la psicología del deporte, están interesados en dos principales objetivos: (a) ayudar a los atletas usando principios psicológicos para mejorar el desempeño : aumento del desempeño, y (b) comprendiendo como la participación en el deporte, el ejercicio y la actividad física afecta la salud, el bienestar y el desarrollo psicológico del individuo a lo largo de su vida".

8. La Asociación for the advancement of applied sport psychology (AAASP), dice que: *"La psicología del deporte es: (a) el estudio de los factores psicológicos y mentales que influyen y son influidos por la participación y el desempeño en el deporte, el ejercicio y la actividad física, y (b) la aplicación de todo el conocimiento ganado mediante este estudio".*

9. Finalmente la European Federation of Sport Psychology (FEPSAC) define: *"La psicología del deporte se preocupa por los fundamentos psicológicos, procesos y las consecuencias de la regulación psicológica del deporte de las relaciones deportivas de una o varias personas, que actúan dominadas por la actividad. El foco puede estar sobre el comportamiento o sobre dimensiones psicológicas de la conducta humana, es decir sobre lo afectivo, cognitivo, motivacional o dimensiones sensorio motoras".*

-La actividad física puede tener lugar en la competencia, educacional, recreativo, preventivo y de rehabilitación e incluye las relaciones salud-ejercicio.

.Se involucra a todas las personas que intervienen en el deporte: atletas, entrenadores, funcionarios, profesores, fisioterapeutas, familia, espectadores, etc."

.De las definiciones anteriores, se puede concluir que existen elementos comunes en todas, pero no se encuentra una concreta, para definir a la psicología del deporte.

.Sin embargo la definición proporcionada por la American Psychological Association. Division 47: Exercise and sport Psychology, la Nº7, es una de las más completas.

-9.2)- Deporte.

-De Wikipedia, la enciclopedia libre-

-Véase [Deportivo \(desambiguación\)](#).



-El [fútbol](#) es el deporte más popular y practicado en el mundo.

-El deporte es una actividad física reglamentada, normalmente de carácter competitivo, que puede mejorar la condición física¹, de quien lo practica, y tiene propiedades que lo diferencian del [juego](#).

.La [RAE](#), en su [Diccionario de la lengua española](#), define deporte como una «[actividad física](#), ejercida como juego o [competición](#), cuya práctica supone entrenamiento y sujeción a normas»; también, en una segunda acepción, más amplia, como «recreación, [pasatiempo](#), [placer](#), [diversión](#) o [ejercicio físico](#), por lo común al aire libre».².

.Por otra parte, la Carta Europea del deporte, lo define como: «Todas las formas de actividades físicas, que mediante una participación organizada o no, tienen como objetivo la expresión o la mejora de la condición física y psíquica, el desarrollo de las relaciones sociales, o la obtención de resultados en competición de todos los niveles».³.

.Institucionalmente, para que una actividad sea considerada deporte, debe estar avalada por estructuras administrativas y de control, que se encargan de reglamentarlo : las [organizaciones deportivas](#).⁴.

. El hecho de que alguna actividad no esté reconocida institucionalmente como deporte, no impide que pueda estarlo popularmente, como ocurre con el [deporte rural](#), o con los deportes alternativos.

.La mayoría de las definiciones de deporte, lo definen como «actividad física», pero se puede diferenciar «[actividad física](#)» con «[ejercicio físico](#)», existiendo actividades de bajo o nulo ejercicio físico, que son considerados como deportes, por algunas instituciones deportivas como el [COI](#), considerando que la mente es una parte más del cuerpo, cuya actividad está considerada también como actividad física, aunque no se trate de ejercicio físico propiamente dicho.⁵.

.Ejemplo de ello, son juegos como: el [ajedrez](#), el [tiro deportivo](#) o los [deportes electrónicos](#), para cuya práctica no se requiere realizar ejercicio físico.

.Otros ejemplos de aparentemente escasa actividad física, son: el tiro con arco, el automovilismo, el billar, entre otros.

.Por el contrario, existen actividades físicas extenuantes, que no son un deporte, por no cumplir con la definición.

.Así mismo, de acuerdo con el [Comité Olímpico Internacional](#) : COI, la práctica del deporte es un [derecho humano](#), y uno de los principios fundamentales del Olimpismo, es que «toda persona debe tener la posibilidad de practicar deporte sin discriminación de ningún tipo y dentro del espíritu olímpico, que exige: comprensión mutua, solidaridad y espíritu de amistad y de juego limpio».⁶.

-9.2.1)- Historia.

-Existen utensilios y estructuras, que sugieren que los chinos, ya realizaban actividades deportivas en el año 4000 a. C.⁷.

.La gimnasia parece haber sido un popular deporte en la Antigua China.

.Los monumentos a los emperadores y Faraones, indican que una cierta cantidad de deportes, incluyendo la [natación](#) y la [pesca](#), fueron ya diseñados y regulados hace miles de años en el [Antiguo Egipto](#).⁸.

.Otros deportes egipcios, incluían el [lanzamiento de jabalina](#), el [salto de altura](#) y la [lucha](#).

.Algunos deportes de la [Antigua Persia](#), como el [arte marcial](#) iraní de [Zourkhaneh](#), están ligados a las habilidades en la batalla.⁹.

.Entre otros deportes originales de Persia están el [polo](#) y la [justa](#).

.Por otra parte, en América las culturas mesoamericanas, como los mayas practicaban el llamado juego de pelota, el cual a su vez era un ritual.

-Una amplia variedad de deportes estaban ya establecidos en la época de la [Antigua Grecia](#); y la cultura militar y el desarrollo de los deportes en Grecia, se influyeron mutuamente.

.Para los griegos, el deporte era una parte muy importante de su cultura, por lo que crearon los [Juegos Olímpicos](#), una [competición](#) que se disputó desde el año [777 a. C.](#), hasta el año [394 d. C.](#), cada cuatro años en [Olimpia](#), una pequeña población en el [Peloponeso](#) griego.¹⁰.

.En 1896, se celebraron los primeros Juegos Olímpicos de la era moderna, en [Atenas](#), gracias a la iniciativa del barón [Pierre de Coubertin](#), de recuperar el espíritu de los antiguos Juegos, añadiendo un carácter internacional.

.Los [Juegos Olímpicos modernos](#), regulados por el [Comité Olímpico Internacional](#) (COI), se han convertido en el mayor evento deportivo internacional multidisciplinario, con más de 200 naciones participantes.¹¹.



-El futbolista [Pelé](#) fue distinguido por el COI ,como el «mejor deportista del siglo XX».

-Los deportes han visto aumentada su capacidad de organización y regulación desde los tiempos de la Antigua Grecia, hasta la actualidad.

.La [industrialización](#) ha incrementado el tiempo de ocio de los ciudadanos en los [países desarrollados](#), conduciendo a una mayor dedicación del tiempo, a ver competiciones deportivas, y más participación en actividades deportivas; facilitada por una mayor accesibilidad a instalaciones deportivas.

.Estas pautas han continuado con la llegada de los [medios de comunicación masivos](#).

.La profesionalidad en el deporte se convirtió en algo común, conforme aumentaba la popularidad de los deportes y el número de aficionados, que seguían las hazañas de los atletas profesionales, a través de los medios de información.

.En la actualidad, muchas personas hacen ejercicio para mejorar su salud y modo de vida; el

deporte se considera una actividad saludable, que ayuda a mantenerse en forma psicológica y físicamente, especialmente en la tercera edad.

-9.2.2)- Deporte Profesional.

-El aspecto de entretenimiento del deporte, junto al crecimiento de los [medios de comunicación](#) y el incremento del tiempo de ocio, han provocado que se profesionalice el mundo del deporte.

.Esto ha conducido a cierta polémica, ya que para el deportista profesional, puede llegar a ser más importante el dinero o la fama, que el propio acto deportivo en sí.

.Al mismo tiempo, algunos deportes han evolucionado, para conseguir mayores beneficios o ser más populares, en ocasiones perdiéndose algunas valiosas tradiciones.

.El [fútbol](#) en [Europa](#) y [América Latina](#); o el [fútbol americano](#), el [básquetbol](#) y el [béisbol](#) en [EEUU](#), son ejemplos de deportes que mueven al año enormes cantidades de dinero.

.Esta evolución conduce a un aumento de la competitividad, dado que la lucha por la victoria adquiere otro significado, al incluirse también el apartado económico.

.Este aumento, asimismo, lleva a la aparición de un importante lado negativo de la profesionalidad, incluyendo el uso de diversas argucias o trampas como la práctica del [dopaje](#) por parte de los deportistas.

.El mundo del deporte como espectáculo, mueve anualmente una cantidad cercana a los 70. 000 millones de euros , según datos de 2014, entre venta de entradas, derechos televisivos y patrocinios.

.Si se incluyen aquellos consumos relacionados con la práctica del deporte, como material y ropa deportivos, equipamientos, y gastos en salud y forma física, la industria del deporte genera cada año ,a nivel global cerca de 600. 000 millones de euros.^{[12](#)}.

-9.2.3)- Arte Físico.



Gimnasta.

-Los deportes comparten un alto grado de afinidad con el [arte](#). Disciplinas como el [patinaje artístico sobre hielo](#) o el [taichí](#), son deportes muy cercanos a espectáculos artísticos en sí mismos.

.Actividades tradicionales como la [gimnasia](#) y el [yoga](#), más recientes como el [culturismo](#), y actividades callejeras como: el [tricking](#), el [street workout](#) y el [parkour](#) también comparten elementos propios del deporte con elementos artísticos.

.El hecho de que el arte sea tan cercano al deporte en algunas situaciones, está probablemente relacionado con la naturaleza de los deportes.

.La definición de deporte establece la idea de ejecutar una actividad, no solo para el propósito habitual; por ejemplo, no correr solo para llegar a alguna parte, sino correr por propia voluntad, con el fin de mantener el estado físico.

.Esto es similar a una visión común de la [estética](#), que contempla los objetos más allá de su utilidad.

.Por ejemplo, valorar un coche no por llevarnos de un sitio a otro, sino por su forma, figura, etc.

.Del mismo modo, una actividad deportiva como el salto, no se valora solo como un modo efectivo de evitar obstáculos; también cuentan la habilidad, la destreza y el estilo.

-9.2.4)- Tecnología.

- -Salud: La tecnología se encuentra presente desde la [nutrición](#), hasta el tratamiento de [lesiones](#), incrementando el potencial del deportista.
.Los atletas contemporáneos son capaces de practicar deporte a mayores edades, recuperarse más rápidamente de lesiones, y entrenar de forma más efectiva que en generaciones anteriores.
.Un aspecto negativo de la tecnología aplicada al deporte, consiste en el diseño y consumo de [sustancias dopantes](#), las cuales mejoran el rendimiento del deportista, hasta muy altos niveles, en ocasiones llegando a afectar seriamente a la salud del mismo, pudiendo ocasionar daños irreversibles en el cuerpo, o incluso la muerte.
.Por esta razón, en un gran número de deportes, dichas sustancias están prohibidas por los distintos órganos reguladores del deporte a nivel profesional, pudiendo significar su consumo, la descalificación o la inhabilitación del infractor.
- Instrucción: Los avances de la tecnología, han creado nuevas oportunidades en la investigación deportiva.
.Ahora es posible analizar aspectos del deporte, que antes se encontraban fuera del alcance de nuestra comprensión.
.Técnicas como la [captura de movimientos](#) o las [simulaciones por ordenador](#), han incrementado el conocimiento acerca de las acciones de los atletas, y el modo en que estas pueden mejorarse.
.Las mejoras en tecnología también han servido para mejorar los sistemas de entrenamiento, en ocasiones asistidas por máquinas diseñadas para tal efecto.
.Un caso práctico se encuentra en el ciclismo, a la fecha, se han realizado una serie de investigaciones en túneles de viento, con el objeto de mejorar la postura sobre la bicicleta, de esta forma alcanzar una [aerodinámica](#) perfecta, en la cual la [resistencia](#) al viento sea la menor posible.
- Equipamiento: En ciertas categorías deportivas, el deportista se vale de diverso instrumental, para llevar a cabo la actividad; así como los bates empleados en [béisbol](#), o los [balones](#) usados en [fútbol](#) o [baloncesto](#).
.Todos ellos han visto cómo sus características, han ido variando con el paso de los años para mejorar el rendimiento deportivo, alterándose factores como la dureza o el peso de los mismos.
.Asimismo, en algunos deportes de contacto físico, se hace necesario el uso de equipo protector por parte del deportista, como por ejemplo en el [fútbol americano](#).

.Estas protecciones también han ido evolucionando con el paso de los años, y la propia evolución de la tecnología, dirigiéndose hacia elementos más cómodos y seguros para la práctica deportiva.

-9.2.5)- Deporte y Sociedad.



-La [hípica](#) es conocida como el «deporte de los [reyes](#)».¹³

-El deporte tiene una gran influencia en la sociedad; destacando de manera notable su importancia en la cultura, y en la construcción de la identidad nacional. En el ámbito práctico, el deporte tiene efectos tangibles y predominantemente positivos, en las esferas de la educación, la economía y la salud pública.

.En el terreno educativo, el deporte juega un papel de transmisión de valores a niños, adolescentes, e incluso adultos.

.En conjunción con la actividad física se inculcan valores de respeto, responsabilidad, compromiso, y dedicación, entre otros; sirviendo a un proceso de socialización y de involucración, con las mejoras de las estructuras y actitudes sociales.¹⁴

.El deporte contribuye a establecer relaciones sociales entre diferentes personas y diferentes culturas, y así contribuir a inculcar la noción de respeto hacia los otros, enseñando cómo competir constructivamente, sin hacer del antagonismo un fin en sí.¹⁵

.Otro valor social importante en el deporte, es el aprendizaje de cómo ganar y cómo saber reconocer la derrota, sin sacrificar las metas y objetivos.

.Desde el punto de vista económico, la influencia del deporte es indudable, debido a la cantidad de personas que practican el deporte, así como las que lo disfrutan como espectáculos de masas, haciendo de los deportes importantes negocios, que financian: a los deportistas, agentes, medios, turismos, y también indirectamente, a otros sectores de la economía.¹⁶

.La práctica del deporte eleva también el bienestar y la calidad de vida de la sociedad, por los efectos beneficiosos de la actividad física, tanto para la salud corporal como la emocional; las personas que practican deporte y otras actividades no sedentarias con regularidad, suelen sentirse más satisfechos y experimentan, subjetivamente, un mayor bienestar.¹⁷

.El fenómeno del deporte como representación de la sociedad, puede explicar su importancia como espectáculo.

.En este rol, los encuentros deportivos sirven para afirmar el valor y las aptitudes físicas no solo de los jugadores, sino de la comunidad a la que representan.

.Es común que los resultados de las competiciones internacionales, sean interpretados como una validación de la cultura y hasta del sistema político del país al que representan los deportistas.^{18 19}

.Este aspecto del deporte, puede tener efectos negativos, como estallidos de violencia durante o tras las competiciones.^{20 21}

.Por otro lado, el deporte es considerado como un medio para disminuir la violencia y delincuencia en la sociedad.²².

-9.3)- Véase También.

-  [Portal:Deporte](#). Contenido relacionado con Deporte.
- [Anexo:Deportes](#);
- [Competición \(juego\)](#);
- [Campeonato mundial](#);
- [Deporte femenino](#);
- [Fisioterapia del deporte](#);
- [Historieta deportiva](#);
- [Equipo de protección individual](#);
- [Clasificación mundial de las grandes naciones del deporte](#);
- [Juegos Olímpicos](#).
- [Industrialización](#).
- [Países Desarrollados](#).
- [Medios de Comunicación Masivos](#).
- .El [fútbol](#) en [Europa](#) y [América Latina](#) .
- [Fútbol americano](#), el [Básquetbol](#) y el [Béisbol](#).
- [Dopaje](#) .
- [FIFA](#) - <https://es.wikipedia.org/wiki/FIFA>. En caché. [Similares](#). La Fédération Internationale de Football Association : en español: Federación Internacional de Fútbol Asociación; universalmente conocida por sus siglas FIFA, ...Sede central: Zúrich, Suiza; Fundación: 21 de mayo de 1904; Miembros: 211; Tipo: Federación de asociaciones nacionales. [Historia](#) ; [Himno](#); [Organización](#); [Consejo de la FIFA](#); [Comisiones](#); [Presidentes](#)..

-9.4)- Referencias.

1. [Volver arriba](#) ↑ «[Mujer y Deporte](#)». [www.efdeportes.com](#)..
2. [Volver arriba](#) ↑ [Diccionario de la lengua española](#). «[Definición de deporte](#)».
3. [Volver arriba](#) ↑ «[Carta europea del deporte](#)».
4. [Volver arriba](#) ↑ «[El deporte como fenómeno social](#)».
5. [Volver arriba](#) ↑ «[El ajedrez, un deporte que estimula la mente](#)».
6. [Volver arriba](#) ↑ [Comité Olímpico Internacional](#) (1 de septiembre de 2004). «[Carta olímpica](#)».
7. [Volver arriba](#) ↑ «[Sports History of China](#)».
8. [Volver arriba](#) ↑ «[State Information Services Ancient Egyptian Sport](#)». [www.sis.gov.eg](#).
9. [History of Sports in Ancient Egypt](#).
10. [Volver arriba](#) ↑ «[News Kuwait Information](#)». [www.kuwait-info.com](#).
11. [Volver arriba](#) ↑ [International Olympic Committee – Olympic Games](#)
12. [Volver arriba](#) ↑ «[Historia de los juegos](#)». Instituto de Enseñanza Secundaria García Morato.
13. [Volver arriba](#) ↑ «[Winning in the Business of Sports - A.T. Kearney](#)». [www.atkearney.com](#).
14. [Volver arriba](#) ↑ http://www.bbc.com/mundo/noticias/2014/10/141003_deportes_vert_cap_ricos_nc

15. [Volver arriba ↑](#) Gutiérrez, M. (1996). «¿Por qué no utilizar la actividad física como transmisor de valores sociales y personales?». *Revista Española de Educación Física y Deportes* 3 (1): 39-42.
16. [Volver arriba ↑](#) Gómez, A. (2001). [«Deporte y Moral: Valores Educativos del Deporte Escolar»](#).
17. [Volver arriba ↑](#) Ramírez Hurtado, José Manuel; Ordaz Sanz, José Antonio; Rueda Cantuche, José Manuel (Junio de 2007). [«Evaluación del impacto económico y social de la celebración de grandes eventos deportivos a nivel local: el caso del Campeonato de Tenis femenino de la ITF en Sevilla en 2006»](#) (PDF). *Revista de Métodos Cuantitativos para la Economía y la Empresa*: 20-39. [ISSN 1886-516X](#).
18. [Volver arriba ↑](#) Moscoso Sánchez, David y Moyano Estrada, Eduardo (coordinadores); Biedma Velázquez, Lourdes; Fernández-Ballesteros García, Rocío; Martín Rodríguez, María; Ramos González, Carlos; Rodríguez-Morcillo Baena, Luis; Serrano del Rosal, Rafael. [«Deporte, salud y calidad de vida»](#) (PDF). *Colección Estudios Sociales* (Fundación La Caixa) (26).
19. [Volver arriba ↑](#) Caldwell, Geoffrey (1982). «Deporte internacional e identidad nacional». *Revista Internacional de Ciencias Sociales (Unesco)*. XXXIV (2): 197-208. [ISSN 0379-0762](#).
20. [Volver arriba ↑](#) Alabarces, Pablo; Rodríguez, María Graciela (1998). [«Fútbol y patria: la crisis de la representación de lo nacional en el fútbol argentino»](#). *Lecturas: Educación Física y Deportes* (10).
21. [Volver arriba ↑](#) Lüschen, Günter (1982). «Deporte internacional e identidad nacional». *Revista Internacional de Ciencias Sociales (Unesco)*. XXXIV (2): 209-222. [ISSN 0379-0762](#).
22. [Volver arriba ↑](#) [«Violencia en el deporte»](#).
23. [Volver arriba ↑](#) Jiménez Fornelas, René Alejandro. [«La delincuencia juvenil: fenómeno de la sociedad actual»](#) (PDF). *Papeles de Población* (Universidad Autónoma del Estado de México). [ISSN 1405-7425](#). [Volver arriba .](#)
24. [↑](#) Weinberg, R.S. y Gould, D. (2010). [Fundamentos de psicología del deporte y del ejercicio físico](#) Ariel, Editorial S.A., 1996

-9.5)- Bibliografía.

- Corriente, Federico, y Jorge Montero: *Citius, altius, fortius. El libro negro del deporte*. Pepitas de Calabaza, 2011.
- Estadella, Antonio Franco: *Deporte y sociedad*. México: Salvat, 1974. [ISBN 84-345-7436-5](#).
- [Papeles del Psicólogo: Que es la psicología del deporte](#)
- [Antonelli, Ferruccio - Salvini, Alessandro: Psicología del deporte. Miñón, 1982 - 427 páginas](#)
- [Weinberg, Robert S. - Gould, Daniel: Fundamentos de psicología del deporte y del ejercicio físico. Ariel, Editorial S.A., 1996 - 452 páginas](#)
- [García-Mas, Alexandre: La psicología del deporte y sus relaciones con otras ciencias del deporte. Revista de psicología del deporte. 1997](#)
- [Álvaro Sanabria Mora: Psicología del deporte y del ejercicio físico](#)
- [cop.es: Psicología de la Actividad Física y del Deporte](#).
- -Barmaimon, Enrique.(2016).Libro Historia, Patología, Clínica y Terapéutica Ciencias Cognitivas. 3 Tomos:
 - . Tomo I: Introducción, Algunos Puntos básicos, Canalopatías, Sistemas Autoinmunes, Enfermedades Autoinmunes;

- . Tomo II: Sistema Nervioso, Sistemas de Integración, Test Psicológicos .
- .Tomo III: Patologías, Reserva Cognitiva, Telepatología, Medio Ambiente, Tratamientos, Psicoterapia, Ciberpsicoterapia, Personalidad, Comportamiento, Pensamiento, Sentimiento, Identidad, Sensación, Intuición, Sentimiento, Diagnóstico, Patologías Cognitivas, Patologías Neurológicas, Enzimas, Certeza y Opinión, Inconsciente, Psiconeuroinmunología, Sueño, Memoria, Optimismo, Ansiedad, Posmodernismo.
- . 1ª Ed. Virtual. Montevideo, Uruguay. B.V.S.- (<http://www.bvssmu.org.uy/>). (libros); (barmaimon). (OR).(buscar);(Elegir libro entre 41 : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra).
-  - 2017. - Barmaimon, Enrique.2017. Libro Con Ciencias de la Salud. 4 Tomos:
-Tomo I : Índice; Introducción: Técnica,Protocolos, Tecnología, Metodología, Test Estandarizados, Caso Clínico; PARTE I: Generalidades: Ciencias, Filosofía, Atención Primaria de Salud, Ciencias de la Salud, Psicología, Otras Especialidades, Ciencias Sociales. -PARTE II: Medicina; PARTE III: Psicología.
-Tomo II : PARTE IV: 38 Especialidades Médicas, Bibliografía.
-Tomo III: PARTE V: 20 Especialidades Psicológicas;
-Tomo IV: PARTE VI: 12 Especialidades de Ciencias de la Salud; PARTE VII: Especialidades de Ciencias Sociales Relacionadas: 9 con Interacción Social, 3 con Sistema Cognitivo Humano,y 8 con Evolución Sociedades ; PARTE VIII: Bibliografía; Curricula Prof. Dr. Enrique Barmaimon.
. 1ª Ed. Virtual. Montevideo, Uruguay. BVS.SMU.(<http://www.bvssmu.org.uy/>). (libros); (barmaimon).(OR).(buscar);(Elegir libro entre 41 : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra).

-9.6)- Enlaces Externos.

-  [Wikimedia Commons](#) alberga contenido multimedia sobre [Deporte](#).
 -  [Wikinoticias](#) tiene noticias relacionadas con [Deporte](#).
 -  [Wikiquote](#) alberga frases célebres de o sobre [Deporte](#).
[Wikcionario](#) tiene definiciones y otra información sobre [deporte](#).
El [Diccionario de la Real Academia Española](#) tiene una definición para [deporte](#).
 - [Federación Española de Psicología del Deporte: Libros](#).
-
Obtenido de «<https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Deporte&oldid=95646676>»
Categoría: [Deporte](#).
-
Obtenido de
«<https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Psicología del deporte&oldid=92798094>»
-**Categoría:** [Ramas de la psicología](#).
- Esta página fue modificada por última vez el 7 agosto 2016 a las 02:43.

-La escuela encargada del desarrollo del alumno, debe considerar a éste como un ser integral, con diferentes necesidades e inquietudes, y no sólo enfocarse a las de carácter cognitivo.

.Al ser la escuela la Institución encargada de formar personas íntegras, debe ocuparse de aspectos de carácter emocional, social y psicológico, y no limitarse a la transmisión de conocimientos teóricos.

-Índice.

-10- [PSICOLOGÍA EDUCATIVA](#).

-10.1)- Historia.

-10.2)- Psicólogos y teóricos educativos influyentes.

-10.3)- Referencias.

-10.4)- Enlaces Externos.

-10.1)- Historia.

-La psicología educativa no puede demandar prioridad en el análisis sistemático de los procesos educativos.

.Algunos [filósofos de la educación](#) como: [Demócrito](#), [Quintiliano](#), [Vives](#) y [Comenio](#), habían examinado, clasificado y juzgado los métodos de la educación, siglos antes del comienzo de la psicología, a finales del siglo XIX.

.Por su parte, las aspiraciones de la nueva disciplina, fueron la aplicación de los métodos científicos de la observación y la experimentación a los problemas educativos.

.Incluso en los primeros años de la disciplina, los psicólogos educativos reconocieron las limitaciones de este nuevo acercamiento.

.En su famosa serie de conferencias: *Talks to Teachers on Psychology*, publicada en [1899](#), y considerada hoy en día, como el primer manual de psicología educativa, el psicólogo estadounidense pionero en la disciplina [William James](#), comentaba que:

"La psicología es una ciencia, y la enseñanza es un arte; y las ciencias nunca generan artes directamente fuera de sí mismos. Una mente inventiva intermedia debe hacer ese uso, usando su originalidad".³⁹.

.De acuerdo con [David Berliner](#),⁴⁰: La actitud de los teóricos de la psicología educativa con respecto al mundo de la práctica educativa, ha pasado de un interés inicial al desdén, y eventualmente al respeto.

.En 1912, [Edward Thorndike](#), que desarrolló la teoría del [condicionamiento instrumental](#), adelantó tareas posteriores de la disciplina, como: la instrucción programada, la formación del profesorado, y el aprendizaje basado en la informática.⁴¹.

-10.2)- Psicólogos y Teóricos Educativos Influyentes.

-Las siguientes personas fueron seleccionadas y representadas en una importante historia biográfica de la psicología educativa⁴², como autores de importantes contribuciones a la disciplina:

- [Albert Bandura](#): [1925](#);
- [Alfred Binet](#): [1857-1911](#);
- [Benjamin Bloom](#): [1913-1999](#);
- [Ann Brown](#): [1943-1999](#);
- [Jerome Bruner](#) :[1915-](#)
- [Lee Cronbach](#): [1916-2001](#);

- [John Dewey: 1859-1952;](#)
- [Nathaniel Gage: 1917-](#)
- [Robert M. Gagné: 1916-2002;](#)
- [William James: 1842-1910;](#)
- [María Montessori :1870-1952;](#)
- [Jean Piaget: 1896-1980;](#)
- [Herbert Simon: 1916-2001;](#)
- [Burrhus Frederic Skinner: 1904-1990;](#)
- [Charles Spearman: 1863-1945;](#)
- [Lewis Terman: 1877-1956;](#)
- [Edward L. Thorndike: 1874-1949;](#)
- [Lev Semiónovich Vygotsky :1896-1934.](#)

-10.3)- Referencias.

1. [Volver arriba ↑](#) Woolfolk, A. k., Winne, P. H., & Perry, N. E. (2006). *Educational Psychology* (3rd Canadian ed.). Toronto, Canada: Pearson.
2. [Volver arriba ↑](#) Woods, Ashley and Woods, [Steiner Schools in England, University of West of England, Bristol: Research Report RR645](#), section 1.5, "Findings from the survey and case studies".
3. [Volver arriba ↑](#) Carrie Y. Nordlund, *Art Experiences in Waldorf Education*, Ph.D. Dissertation, University of Missouri-Columbia, May 2006.
4. [Volver arriba ↑](#) Cano, F. (2005). «Epistemological beliefs and approaches to learning: Their change through secondary school and their influence on academic performance.» *British Journal of Educational Psychology*, 75, 203-221.
5. [Volver arriba ↑](#) Semb, G. B., & Ellis, J. A. (1994). «Knowledge taught in schools: What is remembered?» *Review of Educational Research*, 64, 253-286.
6. [Volver arriba ↑](#) Ellis, J. A., Semb, G. B., & Cole, B. (1998). «Very long-term memory for information taught in school.» *Contemporary Educational Psychology*, 23, 419-433.
7. [Volver arriba ↑](#) Perkins, D. N., & [Salomon, G.](#) (1992). [Transfer of learning. International Encyclopedia of Education](#) (2nd ed.). Oxford, UK: Pergamon Press.
8. [Volver arriba ↑](#) Perkins, D. N., & Grotzer, T. A. (1997). «Teaching intelligence.» *American Psychologist*, 52, 1125-1133.
9. [Volver arriba ↑](#) Detterman, D. K. (1993). The case for the prosecution: Transfer as an epiphenomenon. In D. K. Detterman & R. J. Sternberg (Eds.), *Transfer on trial: Intelligence, cognition, and instruction* (pp. 1-24). Norwood, NJ: Ablex.
10. [Volver arriba ↑](#) [Halpern, D. F.](#) (1998). «Teaching critical thinking for transfer across domains.» *American Psychologist*, 53, 449-455.
11. [Volver arriba ↑](#) <http://www.definicionabc.com/general/conductismo.php>.
12. [Volver arriba ↑](#) Alberto, P., & Troutman, A. (2003). *Applied behavior analysis for teachers* (6th ed.). Columbus, OH, USA: Prentice-Hall-Merrill.
13. [Volver arriba ↑](#) McGoe, K. E., & DuPaul, G. J. (2000). «Token reinforcement and response cost procedures: Reducing the disruptive behavior of preschool children with attention-deficit/hyperactivity disorder.» *School Psychology Quarterly*, 15, 330-343.
14. [Volver arriba ↑](#) Theodore, L. A., Bray, M. A., Kehle, T. J., & Jenson, W. R. (2001). «Randomization of group contingencies and reinforcers to reduce classroom disruptive behavior.» *Journal of School Psychology*, 39, 267-277.

15. [Volver arriba ↑](#) [Lepper, M. R.](#), Greene, D. & [Nisbett, R. E.](#) (1973). «Undermining children's intrinsic interest with extrinsic reward: A test of the "overjustification" hypothesis.» *Journal of Personality and Social Psychology*, 28, 129-137.
16. [Volver arriba ↑](#) Cameron, J., Pierce, W. D., Banko, K. M., & Gear, A. (2005). «Achievement-based rewards and intrinsic motivation: A test of cognitive mediators.» *Journal of Educational Psychology*, 97, 641-655.
17. [Volver arriba ↑](#) Pierce, W. D. & Cameron, J. (2002). «A summary of the effects of reward contingencies on interest and performance.» *The Behavior Analyst Today*, 3, 222-226.
18. [Volver arriba ↑](#) [Saltar a: a b](#) Krug, D., Davis, T. B., Glover, J. A. (1990). «Massed versus distributed repeated reading: A case of forgetting helping recall?» *Journal of Educational Psychology*, 82, 366-371.
19. [Volver arriba ↑](#) Dempster, F. N. (1989). «Spacing effects and their implications for theory and practice.» *Educational Psychology Review*, 1, 309-330.
20. [Volver arriba ↑](#) Carney, R. N., & Levin, J. R. (2000). «Fading mnemonic memories: Here's looking anew, again!» *Contemporary Educational Psychology*, 25, 499-508.
21. [Volver arriba ↑](#) Kalyuga, S., Chandler, P., Tuovinen, J., & [Sweller, J.](#) (2001). «When problem solving is superior to studying worked examples.» *Journal of Educational Psychology*, 93, 579-588.
22. [Volver arriba ↑](#) Schunk, D. H., & Hanson, A. R. (1985). «Peer models: Influence on children's self-efficacy and achievement behavior.» *Journal of Educational Psychology*, 77, 313-322.
23. [Volver arriba ↑](#) [Zimmerman, B. J.](#) (1998). «Developing self-fulfilling cycles of academic regulation: An analysis of exemplary instructional models.» En D. H. Schunk & B. J. Zimmerman (Eds.) *Self-regulated learning: From teaching to self-reflective practice* (pp. 1-19). New York: Guilford.
24. [Volver arriba ↑](#) Hattie, J., [Biggs, J.](#), & Purdie, N. (1996). «Effects of learning skills interventions on student learning: A meta-analysis.» *Review of Educational Research*, 66, 99-136.
25. [Volver arriba ↑](#) Collins, A., Brown, J. S., & Newman, S. E. (1989). «Cognitive apprenticeship: Teaching the crafts of reading, writing, and mathematics.» En L. B. Resnick, (Ed.), *Knowing, learning, and instruction: Essays in honor of Robert Glaser*. Hillsdale, NJ, USA: Lawrence Erlbaum Associates, 453-494.
26. [Volver arriba ↑](#) Versión inglés de Thompson, B. (2004). *Exploratory and confirmatory factor analysis: Understanding concepts and applications*. Washington, DC, USA: American Psychological Association.
27. [Volver arriba ↑](#) Versión inglés de Lipsey, M. W., & Wilson, D. B. (2001). *Practical meta-analysis*. London: Sage.
28. [Volver arriba ↑](#) Versión inglés de [Glass, G. V.](#) (1976). «Primary, secondary, and meta-analysis of research.» *Educational Researcher*, 5, 3-8.
29. [Volver arriba ↑](#) Versión inglesa de Everall, R. D., Bostik, K. E. & Paulson, B. L. (2005). «I'm sick of being me: Developmental themes in a suicidal adolescent.» *Adolescence*, 40, 693-708.
30. [Volver arriba ↑](#) Versión en inglés de Ericsson, K. A., & [Simon, H.](#) (1993). *Protocol analysis: Verbal reports as data* (Rev. ed.). Cambridge, MA: MIT Press.
31. [Volver arriba ↑](#) Versión en inglés de Chi, M. T. H. (1997). «Quantifying qualitative analyses of verbal data: A practical guide.» *Journal of the Learning Sciences*, 6, 271-315.

32. [Volver arriba ↑](#) Versión en inglés de [Pea, R. D.](#) (1993). «Learning scientific concepts through material and social activities: Conversational analysis meets conceptual change.» *Educational Psychologist*, 28, 265-277.
33. [Volver arriba ↑](#) *Enciclopedia de la psicopedagogía*, Océano Centrum, pp 13-59.
34. [↑ Salta a: a b](#) Versión inglés de Anderson, L. W., & [Krathwohl, D. R.](#) (2001). *A taxonomy for learning, teaching, and assessing: A revision of Bloom's taxonomy of educational objectives*. New York, USA: Addison-Wesley Longman
35. [Volver arriba ↑](#) Versión en inglés de [Bloom, B. S.](#) (1984). «The two sigma problem: The search for methods of group instruction as effective as one-to-one tutoring.» *Educational Researcher*, 13(6),4-16.
36. [Volver arriba ↑](#) Versión en inglés de Gronlund, N. E. (2000). *How to write and use instructional objectives* (6th ed.). Columbus, OH, USA: Merrill.
37. [Volver arriba ↑](#) Finn, J. D., Gerber, S. B., Boyd-Zaharias, J. (2005). «Small classes in the early grades, academic achievement, and graduating from high school» *Journal of Educational Psychology*, 97, 214-233.
38. [Volver arriba ↑](#) Versión en inglés de Emmer, E. T., & Stough, L. M. (2001). «Classroom management: A critical part of educational psychology with implications for teacher education.» *Educational Psychologist*, 36, 103-112.
39. [Volver arriba ↑](#) William James (1983). *Talks to teachers on psychology and to students on some of life's ideals*, Cambridge, MA: Harvard University Press. (Original obra publicada de 1899.)
40. [Volver arriba ↑](#) [Berliner, D. C.](#) (1993). «[The 100-year journey of educational psychology: From interest to disdain to respect for practice.](#)» (En inglés). En T. K. Fagan & G. R. VandenBos (Eds). *Exploring applied psychology: Origins and critical analysis*. Washington DC: American Psychology Association.
41. [Volver arriba ↑](#) Thorndike, Edward Lee (1912). *Education: A first book* (Educación: Un primer libro). New York: MacMillan.
42. [Volver arriba ↑](#) [Zimmerman, B. J.](#), & [Schunk, D. H.](#) (Eds.)(2003). *Educational psychology: A century of contributions*. Mahwah, NJ, US: Erlbaum.

- 43.  - 2017. - Barmaimon, Enrique.2017. Libro Con Ciencias de la Salud. 4 Tomos:

-Tomo I : Índice; Introducción: Técnica,Protocolos, Tecnología, Metodología, Test Estandarizados, Caso Clínico; PARTE I: Generalidades: Ciencias, Filosofía, Atención Primaria de Salud, Ciencias de la Salud, Psicología, Otras Especialidades, Ciencias Sociales. -PARTE II: Medicina; PARTE III: Psicología.
-Tomo II : PARTE IV: 38 Especialidades Médicas, Bibliografía.
-Tomo III: PARTE V: 20 Especialidades Psicológicas;
-Tomo IV: PARTE VI: 12 Especialidades de Ciencias de la Salud; PARTE VII: Especialidades de Ciencias Sociales Relacionadas: 9 con Interacción Social, 3 con Sistema Cognitivo Humano,y 8 con Evolución Sociedades ; PARTE VIII: Bibliografía; Curricula Prof. Dr. Enrique Barmaimon.
. 1ª Ed. Virtual. Montevideo, Uruguay. BVS.SMU.(<http://www.bvssmu.org.uy/>). (libros); (barmaimon).(OR).(buscar);(Elegir libro entre 41 : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra).

-10.4)- Enlaces Externos.

-

-Obtenido de :

«https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Psicología_educativa&oldid=95766842»

Categorías:

- [Psicología educacional](#);
- [Psicología aplicada](#).
- -Esta página fue modificada por última vez el 21 diciembre 2016, a las 22:38.

-11- [PSICOLOGÍA ORGANIZACIONAL](#).

-Psicología del trabajo y de las organizaciones.

-De Wikipedia, la enciclopedia libre. -[Psicología Organizacional](#).

-La psicología del trabajo y de las organizaciones o psicología organizacional, es una ciencia aplicada perteneciente a la [psicología](#), la cual se encarga de estudiar el [comportamiento](#) del ser humano en el mundo del [trabajo](#) y de las organizaciones, a nivel individual, grupal y organizacional.

.La psicología del trabajo y de las organizaciones, es un área especializada de la [psicología](#), cuyos antecedentes más inmediatos son: la [psicología industrial](#) y la [psicología social](#).

.Es una disciplina científica que estudia la [conducta](#) del ser humano, y sus experiencias en el contexto del [trabajo](#) y la [organización](#), desde una perspectiva individual, grupal y organizacional.

.Tiene por objetivo describir, explicar y predecir estas conductas, pero también resolver problemas concretos, que aparecen en estos contextos.

.Su finalidad principal se resume en dos aspectos : mejorar el rendimiento y la productividad; así como potenciar el desarrollo personal y la calidad de vida laboral de los empleados en el trabajo.

.De este modo, la psicología del trabajo y de las organizaciones, intenta conocer, describir, evaluar y diagnosticar diferentes aspectos de la organización, como: su estructura, clima, cultura, sus sistemas sociales y sus procesos.

.En los procesos sociales, cabe señalar el poder, influencia, cultura, dirección y negociación, que juntan lo social y lo organizacional, dentro de la entidad organizacional, como aspectos en los cuales se interesa la psicología organizacional.

.Asimismo, aunque haya una estrecha relación entre la psicología del trabajo y la de las organizaciones, también existen algunas diferencias.

.Por su parte, la psicología del trabajo, se preocupa de la actividad concreta de cada trabajador, y se interesa más por el tipo de tareas que tiene, el ambiente laboral, los horarios laborales, la carga de trabajo, los conflictos de rol, el síndrome de " Síndrome de [burn out](#)", y el error del trabajador.

.Mientras que la psicología de las organizaciones, tiene un enfoque más amplio y estudia más allá del trabajador: la organización en la que está inmerso, y su relación con ésta.

.Ambas perspectivas se consideran complementarias, para poder entender la conducta de los trabajadores en sus empresas, y cada una se centra en unos objetos de estudio ; según Peiró, en 1996.¹.

-Índice.

-11- [PSICOLOGÍA ORGANIZACIONAL](#).

- 11.1)- [Historia](#).
- 11.2)- [Estructuras Organizacionales](#).
- 11.3)- [Temas en la Psicología Organizacional del Empleo](#) .
- 11.3.1)- [Análisis del Empleo](#).
- 11.3.2)- [Reclutamiento y Selección de Personal](#).
- 11.3.3)- [La Evaluación del Desempeño/gestión](#).
- -11.4)- [Modelo de Preferencias Cerebrales](#).
- -11.5)- [Referencias](#)
- -11.6)- [Véase también](#)
- -11.7)- [Enlaces Externos](#).

-11.1)- Historia.

-Inicialmente conocida como "Psicología Industrial", los primeros antecedentes en Europa de la Psicología del Trabajo y de las Organizaciones, se encuentran en el libro: "el examen de los ingenios para las ciencias" publicado en 1575, por Juan Huarte de San Juan.

.Actualmente, se entiende a la Psicología en este contexto, como el resultado de la evolución de las [Ciencias de la Administración](#), a partir de los estudios de [Frederick Winslow Taylor](#) y [Henri Fayol](#) , a principios siglo XX, y del estudio científico del trabajo de distintas disciplinas.

.Estudia el individuo en las organizaciones.

.En la [Segunda guerra mundial](#) se produjeron nuevos problemas, los cuales condujeron al desarrollo continuo de la psicología organizacional.

.La guerra trajo un renovado interés en la capacidad de prueba , que precisan los reclutas en estos nuevos empleos militares tecnológicamente avanzados, con la introducción de centros de entrenamiento, con preocupación por la moral y la fatiga de los trabajadores de la industria militar y los servicios de inteligencia militar; que fueron resultados de un momento de auge para la industria, en la cual se dieron muchos puestos de trabajo, para ser llenados por aspirantes.

.Sin embargo, curiosamente, cuando la guerra terminó, y los soldados tuvieron que regresar a trabajar, hubo una tendencia creciente hacia el malestar laboral, junto con un creciente número de paros laborales autorizados y no autorizados por los sindicatos y los trabajadores.

.Esto causó dentro de la gestión, una preocupación por encuestas de trabajo, y "GD", con una actitud de interés en el campo laboral.

.A mediados de [1960](#), se marca una línea de demarcación entre el pensamiento "clásico" y "moderno". Durante este período, cambió el nombre de psicología industrial, a la de psicología industrial y organizacional.

.Durante los períodos anteriores, se habían dirigido al comportamiento del trabajo desde la perspectiva individual, examen de rendimiento y actitudes de los trabajadores individuales, pese al comportamiento del grupo en el lugar de trabajo.

-11.2)- Estructuras Organizacionales.

-Una de las cuestiones más importantes de la psicología organizacional, tiene que ver con los distintos tipos de estructuras.

.Para [Henry Mintzberg](#) : La estructura significa la forma de dividir y repartir las tareas, y los mecanismos de coordinación de ellas mismas.².

.Hoy en día, se considera que las estructuras más comunes se pueden dividir en las

estructuras tradicionales y las nuevas estructuras, que se varían según las dimensiones de la estructura.

.Peiró: Señala que las tres dimensiones principales son: la diferenciación vertical , la diferenciación horizontal, y la formalización.³

.La formalización es el grado en que las normas están por escrito en la organización.

.Una dimensión importante que se puede añadir es la centralización, que hace referencia a la toma de decisión y a la distribución del poder dentro de la organización.

-11.3)- Temas en la Psicología Organizacional del Empleo.

-11.3.1)- Análisis del Empleo.

-El análisis del empleo tiene algunos métodos diferentes, pero implica principalmente la recogida sistemática de información acerca de un trabajo.

.El análisis de trabajo orientado a la tarea, implica un examen de los deberes, tareas, y / o competencias ,requeridas por un trabajo; mientras que un análisis de trabajo orientado al trabajador, implica un examen de los conocimientos, destrezas, habilidades y otras características (KSAOs), necesarios para realizar con éxito el trabajo.

.La información de análisis del trabajo, se utiliza para muchos propósitos, incluyendo la creación de procedimientos de trabajo relevante de selección, [evaluaciones de desempeño](#), y los criterios, o los programas de capacitación.

.Cuestionario de análisis de posición, es un análisis particular que se utiliza para determinar las características de un individuo en el trabajo y los relaciona con características humanas.

-11.3.2)- Reclutamiento y Selección de Personal.

-Psicólogos " I-S" suelen trabajar con especialistas en recursos humanos, para diseñar : los procesos de reclutamiento, y los sistemas de selección de personal.

. La contratación [de personal](#): Es el proceso de identificación de candidatos calificados en la fuerza de trabajo, y conseguir que soliciten puestos de trabajo dentro de una organización. . Los procesos de selección de personal, incluyen el desarrollo de las ofertas de empleo, la colocación de anuncios, definiendo las cualificaciones clave para los solicitantes, y descartar a los solicitantes calificados.

-[Selección de personal](#): Es el proceso sistemático de la contratación y promoción del personal.

.Los sistemas de selección de personal emplean prácticas basadas en la evidencia, para determinar los candidatos más calificados.

.La selección del personal implica tanto a el recién contratado, como a las personas que puedan ser promovidas, desde dentro de la organización.

.Las herramientas de selección más comunes incluyen: pruebas de habilidad : e.g., cognitivas, físicas, or psico-motor; pruebas de conocimiento; [pruebas de personalidad](#); entrevistas [estructuradas](#); la recogida sistemática de datos biográficos; y muestras de trabajo.

.Psicólogos I-O (Industrial-Organizacional): deben evaluar las pruebas en relación, con el grado en que las herramientas de selección predicen el desempeño laboral, la evidencia que apoya sobre la validez de las herramientas de selección.

.Los procedimientos de selección de personal suelen ser validados, es decir, que se muestra a ser el trabajo pertinente, utilizando uno o más de los siguientes tipos de validez: [validez de contenido](#); [validez de constructo](#); y/o [validez relacionada con criterio](#).

Los Psicólogos I-O: Se adhieren a las normas profesionales, como: [Sociedad de Psicología Industrial y Organizacional](#) (SIOP); *Principios para la validación y aplicación de los procedimientos de selección de personal*⁴; y las [Normas para la Educación y pruebas psicológicas](#).⁵.

.La [Comisión de Igualdad de Oportunidades en el Empleo](#): *Uniform Guidelines*⁶, también son influyentes en la orientación de la selección de personal, a pesar de que han sido criticados como obsoletos, en comparación con el estado actual del conocimiento en I-O psicología.

.Los Psicólogos I-O: No sólo ayudan en la selección y evaluación de personal para puestos de trabajo, sino que también ayudan en la selección de los estudiantes, para el ingreso a los colegios, universidades y escuelas de posgrado y profesionales; así como la evaluación de los logros de los estudiantes, la aptitud de los estudiantes, y el desempeño de los maestros y escuelas.

.Cada vez más, los psicólogos I-S, están trabajando para la evaluación educativa y las organizaciones de evaluación y divisiones.

.Un meta-análisis de los métodos de selección de la psicología de personal, encontró que la [habilidad mental general](#), fue el mejor predictor global del rendimiento en el trabajo y el rendimiento de formación.⁷.

-11.3.3)- La Evaluación del Desempeño/Gestión.

-La valoración del desempeño: [evaluación del desempeño](#): Es el proceso de medición de comportamientos en el trabajo, de un grupo o de un individuo ,y los resultados contra las expectativas del trabajo.⁸.

.La evaluación del desempeño se utiliza con frecuencia en las decisiones de promoción y compensación, para ayudar a diseñar y validar los procedimientos de selección de personal, y para la gestión del rendimiento.

.La gestión del rendimiento es el proceso de proporcionar retroalimentación, sobre el desempeño en relación con las expectativas e información de mejora : e.g., coaching, mentoring.

.La gestión del rendimiento también puede incluir la documentación y el seguimiento de la información de desempeño, para fines de evaluación a nivel organizacional.

.Un psicólogo I-O: utiliza la información del análisis de trabajo, para determinar las dimensiones de desempeño de un trabajo, y luego construir una escala de clasificación para describir cada nivel de rendimiento para el trabajo.

.A menudo, el psicólogo I-O: Será responsable de la formación del personal de la organización , cómo utilizar el instrumento de evaluación del desempeño, incluyendo formas de minimizar el sesgo, cuando se utiliza la escala de calificación, y cómo proporcionar retroalimentación sobre el desempeño eficaz.

.Además, el psicólogo I-O, puede consultar con la organización en que formas puede utilizar la información de evaluación del desempeño, para las iniciativas de gestión del rendimiento más amplio.

-11.4)- Modelo de Preferencias Cerebrales.

-El instrumento de preferencias cerebrales de Herrmann (HBDI): Es un sistema para medir y describir las preferencias del pensamiento, que fue desarrollado por el líder de gestión educativa [William "Ned" Herrmann](#), en instalaciones de [General Electric](#), en Crotonville ,como una manera de seleccionar tareas específicas al personal.

.Es un tipo de medición cognitiva, y a menudo comparado con otras evaluaciones psicológicas como: la Myers-Briggs,⁹ Cuestionario de orientación aprendizaje,^{10 11} evaluación

DISC,¹² y otros.

.En su modelo, Herrmann identifica cuatro modos diferentes de pensar:

- A. Analítico:
.Palabras clave: auditiva, lógica, objetiva, crítica, técnica y cuantitativa.
.Actividades preferidas: recoger datos, análisis, comprensión de cómo funcionan las cosas, juzgando ideas basadas en hechos, criterios y razonamientos lógicos.
- B. Secuencial:
.Palabras clave: depósito, estructurado, organizado, complejidad o detallada, planeado.
.Actividades preferidas: siguiendo las indicaciones, orientado al detalle para resolver el problema de trabajo, paso a paso, organización e implementación.
- C. Interpersonales pensamiento:
.Palabras clave: kinestésica, emocional, espiritual, sensorial, sensación.
.Actividades preferidas: escuchar y expresar ideas, buscando significado personal, sensorial y la interacción del grupo.
- D. Pensamiento imaginativo:
.Palabras clave: Visual, holístico, intuitivo, innovador y conceptual.
.Actividades preferidas: ver el panorama, tomar iniciativa, desafiando las suposiciones, efectos visuales, pensamiento metafórico, resolución creativa de problemas, largo plazo pensando.

.Su teoría se basaba en las teorías de la modular de las funciones cognitivas, incluyendo especializaciones bien documentadas en la corteza cerebral del cerebro límbico y la investigación en el cerebro izquierdo-derecho de [lateralización](#) por [Roger Wolcott Sperry](#), Robert Ornstein, [Henry Mintzberg](#) y [Michael Gazzaniga](#).¹³

.Estas teorías fueron desarrollándose para reflejar una [metáfora](#) de cómo los individuos piensan y aprenden.

.Herrmann también acuñó el concepto de *cerebro pensamiento total*, como una descripción de la flexibilidad en el uso de estilos de pensamiento, que uno puede cultivar en individuos o en organizaciones permitiendo el uso de todos los cuatro estilos de pensamiento para realizar una tarea.¹⁴

.El formato del instrumento es una prueba en línea de 120 preguntas, que pretende determinar cuál de los cuatro estilos del modelo de pensamiento es dominante. Donde más de un estilo, puede ser dominante a la vez en este modelo.

-11.5)- Referencias.

1. [Volver arriba ↑](#) Peiró, J.M; Prieto, F (1996). *Tratado de psicología del trabajo, Vol 1. La actividad laboral en su contexto*. Madrid: Síntesis.
2. [Volver arriba ↑](#) Mintzberg, Henry (1979). *The structuring of organizations: A synthesis of the research*. ISBN 0138552703.
3. [Volver arriba ↑](#) Peiró Silla, José María (1990). *Organizaciones: Nuevas perspectivas psicológicas*. Barcelona: PPU. ISBN 9788476656907.
4. [Volver arriba ↑](#) [The SIOP Principles](#)
5. [Volver arriba ↑](#) *The Standards*, jointly published by the American Psychological Association, the American Educational Research Association, and the National Council on Measurement in Education.
6. [Volver arriba ↑](#) [Uniform Guidelines on Employee Selection Procedures](#)
7. [Volver arriba ↑](#) Schmidt, Frank L.; Hunter, John E. (September 1998). [The validity and utility of selection methods in personnel psychology: Practical and](#)

[theoretical implications of 85 years of research findings](#). Psychological Bulletin, 124(2), 262–74.

8. [Volver arriba ↑](#) Miner, J.B. (1992). *Industrial-organizational psychology*. New York: McGraw-Hill.
9. [Volver arriba ↑](#) Krause, M. G. (1987 Junio). *DeWald, Extracto de E*.
10. [Volver arriba ↑](#) Bentley y Hall (2001) p.3961}}
11. [Volver arriba ↑](#) Bentley y Hall (2001) p.3961}}
12. [Volver arriba ↑](#) Wilson (2007) págs. 1079 }}
13. [Volver arriba ↑](#) [europeo Herrmann Instituto FAQ](#)
14. [Volver arriba ↑](#) "Herrmann, Ned 1999 pp.1-3" > Herrmann, Ned (1999) pp.1-3.

15. -  - 2017. - Barmaimon, Enrique. 2017. Libro Con Ciencias de la Salud. 4 Tomos:
-Tomo I : Índice; Introducción: Técnica, Protocolos, Tecnología, Metodología, Test Estandarizados, Caso Clínico; PARTE I: Generalidades: Ciencias, Filosofía, Atención Primaria de Salud, Ciencias de la Salud, Psicología, Otras Especialidades, Ciencias Sociales. -PARTE II: Medicina; PARTE III: Psicología.
-Tomo II : PARTE IV: 38 Especialidades Médicas, Bibliografía.
-Tomo III: PARTE V: 20 Especialidades Psicológicas;
-Tomo IV: PARTE VI: 12 Especialidades de Ciencias de la Salud; PARTE VII: Especialidades de Ciencias Sociales Relacionadas: 9 con Interacción Social, 3 con Sistema Cognitivo Humano, y 8 con Evolución Sociedades ; PARTE VIII: Bibliografía; Curricula Prof. Dr. Enrique Barmaimon.
. 1ª Ed. Virtual. Montevideo, Uruguay. BVS.SMU. (<http://www.bvssmu.org.uy/>). (libros); (barmaimon).(OR).(buscar);(Elegir libro entre 41 : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra).

-11.6)- Véase También.

- [Psicología industrial](#)
- [Psicología](#)
- [Psicología social](#)
- [Fundamental interpersonal relations orientation \(FIRO\)](#)
- [Thomas Kilmann Conflict Mode Instrument \(TKI\)](#)
- " Síndrome de [burn out](#)".
- [Selección de personal](#).
- [habilidad mental general](#),
- [Factor g \(psicometría\)](#)»
- [evaluación del desempeño](#).

-11.7)- Enlaces Externos.

- [What is Business Psychology?](#)
- [Thomas-Kilmann Conflict Mode Instrument \(TKI\)](#).

-

-Obtenido de :

«[https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Psicología del trabajo y de las organizaciones&oldid=92564353](https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Psicología_del_trabajo_y_de_las_organizaciones&oldid=92564353)»

-Categoría: [Psicología aplicada](#) .

.Esta página fue modificada por última vez el 28 diciembre 2016, a las 14:39.

- -12- [PSICOLOGÍA COMUNITARIA](#).

-De Wikipedia, la enciclopedia libre. «[Psicología Comunitaria](#)»)

-La Psicología Social Comunitaria es un ámbito de investigación de la [psicología](#) en el cual, el objeto de estudio son los colectivos y/o [comunidades](#), a partir de factores sociales y ambientales, a fin de realizar acciones orientadas al mejoramiento de las condiciones de vida de la gente, a partir del fortalecimiento de su comunidad.

.La [metodología](#) que utiliza, privilegia un enfoque territorial participativo, para quienes están involucrados en sus procesos de intervención, intentando generar cambios de largo plazo, en los sistemas sociales en los que esos grupos están insertos.

.El uso de los términos psicología comunitaria (PC) y psicología social-comunitaria (PSC), suelen significar un mismo campo profesional, en particular el nombre psicología social-comunitaria, que tiene su origen en la necesidad de diferenciación disciplinar, percibida por los grupos de profesionales psicólogos de Centro y Sudamérica a finales de los años setenta, en lo que comúnmente ha sido denominado [Crisis de relevancia de la psicología social](#).

.Como bases fundamentales de esta propuesta, es posible identificar el trabajo en terreno aplicado sobre problemas concretos *in situ*, en el lugar de manifestación del fenómeno social; con un carácter participativo, que permite involucrar a diversos actores en un contexto determinado, resguardando el protagonismo de los sectores más vulnerables en la búsqueda de sus propias soluciones, este es seguramente, el aspecto que hace de la psicología social, un área de estudio de la [psicología clínica](#).

-Índice.

- -12- [PSICOLOGÍA COMUNITARIA](#).
- -12.1)- [Objeto de la Disciplina](#).
- -12.2)- [Historia de la Psicología Comunitaria](#).
- -12.3)- [Herramientas Metodológicas](#) .
 - -12.3.1)- [Construcción de Conocimiento](#).
 - -12.3.2)- [Intervención](#) .
 - -12.3.2.1)- [El Cómo de la Intervención](#)
- -12.4)- [Investigadores en el Área](#) .
 - -12.4.1)- [Latinoamericanos](#).
 - -12.4.2)- [Norteamericanos](#).
- -12.5)- [Véase También](#).
- -12.6)- [Referencias](#).
- -12.7)- [Bibliografía](#).
- -12.8)- [Enlaces Externos](#) .
 - -12.8.1)- [Programas de Pregrado](#).
 - -12.8.2)- [Programas de Posgrado](#).

-12.1)- Objeto de la Disciplina.

-Existen disensos sobre el objeto de la psicología comunitaria, en tanto las diferentes realidades sociales hacen que se desarrolle en modos igualmente diferentes.

.Así, resulta natural que no exista [uniformidad](#) ante la [diversidad](#) , que caracteriza al

comportamiento social de [masas](#), [grupos](#) e [individuos](#); empero, existen propuestas conceptuales que permiten realizar una aproximación disciplinar al objeto de la disciplina, como por ejemplo la de [Maritza Montero](#), quien señala que: " la Psicología Comunitaria es:

la rama de la psicología cuyo objeto es el estudio de los factores psicosociales, que permitan desarrollar, fomentar y mantener el control y poder, que los individuos pueden ejercer sobre su ambiente individual y social, para solucionar problemas que los aquejan y lograr cambios en esos ambientes y en la estructura social: Montero, M., 1984 p.390".

-Esta definición permite entender que el campo de esta [disciplina](#), contempla la relación funcional entre [individuo](#) y su [ambiente](#) social, lo cual, puede dar lugar a distintas formas de comprensión.

.Entre las diferentes posiciones existentes alrededor del objeto perseguido por las corrientes contemporáneas, tenemos a las siguientes:

- Empoderamiento: Este concepto proviene del vocablo inglés 'empowerment', que es muy discutido su uso, al ser un anglicismo forzado, por lo cual se emplean también términos como 'fortalecimiento' y dar/otorgar poder'.
.El empoderamiento se refiere a que las personas y/o grupos organizados cobren [autonomía](#), en la toma de decisiones y logren ejercer control sobre sus vidas, basados en el libre acceso a la [información](#), a la [participación](#) inclusiva, a la [responsabilidad](#) y al desarrollo de capacidades.
.Así, el [empoderamiento](#) viene a ser una esfera superior en los procesos de organización social.
- Ciudadanía: La noción de [ciudadanía](#) está fuertemente vinculada a la concepción de [democracia](#), que permite concebir a las [personas](#), como [sujetos](#) de [derechos](#) y [deberes](#), en el marco de un [consenso](#) social representativo y políticamente válido.
.La ciudadanía implicaría el [respeto](#) de las personas, en tanto poseen derechos, asimismo la [libertad](#) de sus acciones, para poder cumplir sus obligaciones sin coacción, y con miras a promover su [calidad de vida](#), sin afectar los derechos de otras personas.
- Lucha contra la pobreza: Producto de las graves desigualdades de nuestras sociedades, la [pobreza](#) es un estado de precariedad económica y material, con fuerte influencia en el desarrollo de capacidades individuales y colectivas.
.La lucha contra la pobreza viene a ser el [conjunto](#) sistemático de acciones emprendidas, para superar este estado de [precariedad](#), y combatir sus efectos sobre [personas](#) y [sociedades](#).
- Salud mental: Es el estado de equilibrio entre una [persona](#) y la [sociedad](#), representada en niveles diversos como la [familia](#), la [comunidad](#), la [escuela](#) y el trabajo.
.Este equilibrio permite a la [persona](#) ser productiva en la [vida](#) : laboral o intelectualmente, etc., y alcanzar un estado de [bienestar](#) y [calidad de vida](#), que es objeto de estudio clínico para la psicología.

-Como se ha señalado, líneas arriba, existen disensos sobre el fin último de la psicología comunitaria, lo que se expresa en los diversos que resultan los objetos de interés de la [disciplina](#), pero lo que queda claro, es que alrededor de cualquiera de ellos, existen factores psicosociales, que favorecen o dificultan su logro.

.He allí por el momento, el tema central de la " PC" contemporánea.

-12.2)- Historia de la Psicología Comunitaria.

-En las década del '50 y del '60, aparecieron una serie de movimientos que cuestionaban las formas tradicionales y los supuestos metodológicos de las ciencias sociales.

.La psicología de la liberación, en Latinoamérica; los movimientos tercermundistas de la liberación que proponían intervenciones en la comunidad; la psicología social; la llamada sociología militante; el construccionismo social; la salud mental comunitaria; la etnometodología; el movimiento de la [antipsiquiatría](#) en Italia; el proceso de sectorización en Francia; el concepto de educación popular; que proponían un saber hacer, desde el compromiso político contra la opresión y la desigualdad, y generaron un movimiento de acción social comunitaria, que dio lugar a lo que se llamaría psicología comunitaria.^{1 2}.

-En los [Estados Unidos de América](#), la disciplina fue fundada por psicólogos, que buscaban superar las limitaciones de la [psicología clínica](#) tradicional, en la promoción de la [salud mental](#).

.Estos psicólogos tenían interés en ampliar la práctica psicológica a un mayor [segmento de población](#), asimismo en superar el [paradigma](#) de daño-y-cura, para trabajar sobre la base de un [enfoque preventivo por](#) lo que la psicología comunitaria, continua siendo una de las especialidades de estudio en la [psicología clínica](#), desde la aparición del psicoanálisis : según E. Jerry Phares, en 1992.

.La primera vez que se utilizó el término «psicología comunitaria» fue en 1965, en una Conferencia de psicólogos, que se hizo en Swampscott.³

.Las ideas base de esta nueva visión de la [psicología](#), se evidencian en el constructo: "[Sentido de Comunidad](#) o Pertenencia" (Sense of Community), introducido el año 1974, por [Seymour B. Sarason](#), un destacado psicólogo educativo, profesor emérito de la Universidad de Yale.

.Por estos mismos años, se produjo la propuesta del modelo educativo piramidal, hecha por Edward Seidman y Julian Rappaport, donde se proponía que psicólogos expertos en [consejería](#), trabajaran en forma conjunta, con psicólogos de menor experiencia, y con "[promotores comunales](#)", realizando un trabajo educativo comunitario, que permitiera aliviar los [problemas](#) de las personas y prevenir sus dificultades.

.Además, se produciría un intercambio de saberes, que a [futuro](#) permitiría a las personas solucionar por si solas sus dificultades, es decir serían autónomos, para ejercer poder sobre su [bienestar](#) emocional.

.Este [modelo](#) fue un [planteamiento](#) osado y revolucionario para la [época](#), siendo la piedra fundacional del enfoque de [empoderamiento](#).

.En el año 1986, luego de 22 años de trabajo, tras la senda de la propuesta de Seymour Sarason, se dio un salto mayor, al publicarse: la [Teoría del Sentido de Comunidad](#) y el [Índice del Sentido de Comunidad](#) (Theory of Sense of Community and Sense of Community Index).

.Esta [teoría](#) es bastante amplia, y permite aplicar el modelo a [comunidades](#) de distinta índole, como las: religiosas, políticas, grupos etarios, e incluso a [organizaciones](#), como por ejemplo los centros laborales y las [escuelas](#), siendo sus autores : David McMillan (la teoría) y David Chavis (índice).

-La psicología comunitaria ha tenido un amplio desarrollo en América Latina, lo cual tiene sus raíces en las reflexiones académicas y prácticas de la década del ochenta.

.Entre sus principales representantes se encuentra: [Maritza Montero](#), [Irma Serrano-García](#), [Gerardo Marín](#) e [Ignacio Martín-Baró](#) (S.J.), entre muchos otros.

.Sus principales referentes son: la educación popular, la investigación, la acción participante de [Orlando Fals Borda](#), la [teología de la liberación](#), la [sociología](#) militante, la [tecnología](#) social de [Jacobo Varela](#), la [sociología del desarrollo](#), el trabajo comunitario, y las influencias de la [psicología social](#) aplicada europea de finales de los setenta.

.Junto a ello, las críticas de diversos profesionales en torno al auge de una psicología de

corte empiricista, técnica y alejada del estudio de los problemas de desarrollo y justicia social en América Latina, que durante al menos tres décadas, habían marcado el desarrollo de las ciencias sociales en el continente, que terminaron por sentar las bases para la apertura de un campo profesional, de marcada orientación al terreno y al contacto directo in-situ, con las situaciones de precariedad.

-12.3)- Herramientas Metodológicas.

-La psicología comunitaria es una [disciplina](#) orientada a la [solución](#) de [problemas](#) y optimización de [recursos](#).

.Debido a esto, los psicólogos comunitarios cuentan con una serie de métodos y técnicas eficientes, tanto para generar conocimiento como para intervenir en la realidad social.

.Cabe señalar que muchas de estas herramientas son compartidas con múltiples disciplinas sociales, pero que ya en el contexto contemporáneo, vienen a ser un elemento compartido multidisciplinar.⁴.

.En la tradición metodológica *Latinoamericana*, se ha destacado la original producción en torno a la Investigación-Acción; al elaborado desarrollo existente originada en los aportes de Kurt Lewin, a la integración de las propuestas de Argyris y Schön, que se sumaron al compromiso militante de los años 1970.

.Esta confluencia dio como resultado la IAP : investigación acción participación, que fundó la originalidad de la PC Latinoamericana.

.A partir de los años 1980, la crisis paradigmática cuestionadora de los modelos "modernos", introdujeron perspectivas críticas en temas de género y cultura, que se sumaron a la trayectoria de crítica socioeconómica, que ya era un patrimonio de la PC.

.Los psicólogos comunitarios, que basados en las ideas de Gergen, Shotter, y B. Pearce, introdujeron los modelos *construccionistas sociales*, como: Esther Wiesenfeld, Fernández Cristieb, Saúl I. Fuks, se articularon con los aportes epistemológicos provenientes de las Teorías de la Complejidad.

.Estas confluencias y articulaciones, han dado a la PC latinoamericana, una identidad propia, que presenta particularidades diferenciadas, en el Sur de América, en Centro y en el Caribe.

-12.3.1)-Construcción de Conocimiento.

-En la psicología comunitaria cobra crucial [importancia](#), la construcción de [conocimiento](#); debido a que usualmente la [información](#), que permite tomar [decisiones](#) y alcanzar los objetivos de [trabajo](#), tienen significado únicamente para las poblaciones, con las que se trabaja; por consiguiente, todo [proceso](#) de intervención, requiere necesariamente que se construya conocimiento significativo para sí mismo.

- [Encuesta](#);
- [Entrevista](#);
- [Historias de vida](#);
- [Grupos focales](#);
- Talleres participativos;
- Contextos Colaborativos.

-12.3.2)- Intervención.

-La psicología, y en general otras disciplinas, buscan solucionar problemas u optimizar procesos, a partir de una serie de procedimientos llevados a cabo sistemáticamente.

.Este proceso se puede comprender como 'intervención'. Aunque la noción de "intervención"

ha sido asociada a formas de construcción relacionales, asociadas al modelo experto/destinatario, el término expresa los modelos de estrategias más utilizados en los que la "intervención externa" produce cambios.

Los Campos de "intervención" son:

.Proyectos sociales : Desarrollo Social Local, socioeconómico, cultural y psicosocial;
.Proyectos de Construcción de Ciudadanía: Equidad, participación comunitaria, desarrollo de redes sociales y comunitarias;

.Proyectos de mejora de la Calidad de Vida : Salud, educación, Hábitat, relaciones interpersonales;

.Proyectos de Fortalecimiento Cultural : Recuperación de Capital Social y Cultural, trabajo sobre procesos de des-colonización y reconocimiento de las identidades socioculturales excluidas.

-Los instrumentos más habituales han sido:

- Investigación Acción Participativa (IAP);
- Animación Sociocultural;
- Capacitación, fortalecimiento de saberes locales, sistematización de experiencias locales.;
- Detección, reconocimiento, creación y movilización de Redes sociales, comunitarias y familiares.

-12.3.2.1)- El Cómo de la Intervención.

-Un proceso de intervención comunitaria tiene como objetivo, mejorar las condiciones de vida de la población y que la comunidad sea protagonista de dicho cambio.

.Parte y tiene que ver, con las necesidades, aspiraciones, problemas, o temas de interés para la comunidad.

.Se trata de procesos a mediano y largo plazo, de tipo global y centrado en una comunidad concreta, entendida ésta, como el conjunto formado por los siguientes elementos y sus interrelaciones: territorio, población, recursos y demandas, dinámica de relaciones de poder: asimetrías.

-En todo proceso comunitario se deben tener en cuenta los siguientes aspectos:

- Conocimiento y comprensión de la realidad: A través de estudios cuantitativos y de la utilización de técnicas cualitativas : entrevistas, historia de vida, recorridos barriales, grupos focales, talleres, recopilación de relatos, categorizaciones, etc.
- Perspectiva global: Lo que nos permite construir un pasaje del diagnóstico de salud al diagnóstico comunitario; transformar las prioridades centradas en el equipo en prioridades compartidas; abordar los programas sanitarios desde una perspectiva interdisciplinaria; y superar el protagonismo del profesional de la salud habilitando el protagonismo de la población.
- Información: Sin información no hay participación. La información es pública y un derecho ciudadano. La información desde el ámbito de salud, educación, seguridad, etc.

.Todos los conocimientos deben ser compartidos para poder saber desde donde partimos y hacia donde vamos.

.Se debe dar la misma información a todos los implicados, instituciones, técnicos y población, pero con lenguajes adaptados.

- **Coordinación:** Sin coordinación no hay intervención comunitaria.
.Cada actor social decide su nivel y posibilidades de implicación; integrándose a lo que ya se viene haciendo desde otros ámbitos : públicos, privados, organizaciones no gubernamentales, etc.; evitando de esta manera superposiciones, y por lo tanto, un debilitamiento tanto de las estrategias como de los recursos.
.Para garantizar la continuidad, la implicación es del recurso o institución, no de las personas.
.La coordinación del personal técnico debe contar con el apoyo de la Institución a la que pertenece.
- **Participación ciudadana, como proceso y como cesión de poder:** El posicionarnos como ciudadanos, con derechos y deberes, es lo que permite la posibilidad de pasar de ser un «consumidor» de prestaciones, a un ciudadano agente de su propio desarrollo, del ciudadano individual una población organizada.
.Esto implica un primer movimiento al interno de los equipos de salud. ¿Defendemos nuestros derechos como trabajadores? ¿Somos capaces de pasar de la queja a la acción?.

-El proceso comunitario es complejo y difícil, aparecen obstáculos técnicos y metodológicos relacionados con una escasa formación en esta temática, por parte de muchos trabajadores del ámbito de salud, y con el que se pretende poner en marcha acciones, que van a contracorriente del modelo imperante.

.Las dificultades encontradas en cada una de las etapas, se pueden ir solucionando a partir del trabajo y colaboración de todas las personas implicadas en el proceso, y la convicción de estar desarrollando un trabajo serio y con rigor.

.De esta manera se entiende, que aquello que es obstáculo o conflicto, muchas veces es la oportunidad de repensar acciones y de nuevos posicionamientos, que permiten avanzar hacia intervenciones más efectivas.

-12.4)- Investigadores en el Área.

-Nota previa: Debe señalarse que los representantes mencionados más abajo, corresponden a la aplicación de un criterio amplio sobre la Psicología Comunitaria o Psicología Social Comunitaria.

-12.4.1)-Latinoamericanos.

- [Ignacio Martín-Baró](#) : [El Salvador](#) - [España](#);
- [Maritza Montero](#) : [Venezuela](#);
- [Víctor Montero](#): [Perú](#);
- Eudomar Alberto Gallardo: Mexico;
- Carlos Isaac Sánchez Zuñiga: Mexico;
- Domingo Asún : Chile;
- Dr. Jaime Alfaro: Chile;
- Dra. Alba Zambrano: Chile;
- Fernando Giuliani: Venezuela;
- Karen Cronick: Venezuela;
- Euclides Sánchez: Venezuela;
- Esther Wiesenfeld: Venezuela;
- Yanira Albornoz Ríos: Venezuela;
- Irma Serrano-García: Puerto Rico;
- Eduardo Tissera : Argentina;

- Graciela Zaldúa : Argentina;
- Antonio Lapalma : Argentina;
- Saúl Fuks : Argentina;
- Enrique Saforcada : Argentina;
- Sebastián Bertucelli: Argentina;
- Silvia Plaza : Argentina;
- Alfredo Moffat : Argentina;
- Prof.Dr. Enrique Barmaimon: Perú, Uruguay;
- Dra. Fátima Quintal de Freitas : Brasil.

-12.4.2)- Norteamericanos.

- [Julian Rappaport](#);
- [Edward Seidman](#);
- [Seymour B. Sarason](#);
- [David McMillan](#);
- [David Chavis](#).

-12.5)- Véase También.

- [Psicología](#)
- [Psicología de los pueblos](#)
- [Psicología política](#)
- [Psicología social](#)
- [Psicología social de la liberación](#)
- [Psicología Clínica.](#)
- [Metodología.](#)
- [Empoderamiento.](#)
- [Ciudadanía.](#)
- [Libertad.](#)
- [Calidad de vida.](#)
- [Pobreza.](#)
- [Bienestar.](#)
- [Antipsiquiatría.](#)
- [Salud mental.](#)

-12.6)- Referencias.

1. [Volver arriba ↑ Nociones psicosociales para la intervención y la gestión ambiental](#), Emília Moreno y Enric Pol, pág. 40
2. [Volver arriba ↑ Introducción a la psicología comunitaria](#)
3. [Volver arriba ↑ Miradas y diálogos en torno a la acción comunitaria](#), pág. 58
4. [Volver arriba ↑](#) En esta sección, se dará una reseña de la forma en que los psicólogos aprovechan estas herramientas, para mayor información sobre las mismas, visitar los enlaces respectivos

-12.7)- Bibliografía.

- Montero, M. (1984). La psicología comunitaria: orígenes, principios y fundamentos teóricos. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 16(3), pp. 387-400.
- -Barmaimon Enrique, Tratado de Neuroanatomía Funcional. 3 volúmenes : .Tomo I: Presentación, Índice, Prólogo, Bases Neuroanatómicas Funcionales, Bases Funcionales Organización Humana, La Célula, Embriología S.N., Meninges, Sistema

- Ventricular, Líquido Cefalorraquídeo e Irrigación Sanguínea, Sistematización General, Organización Estructural Anatómica; .Tomo II: Organización Funcional: Los Sistemas Funcionales de Integración, Organización Anatomofuncional, Reglas para el Estudio e Interpretación del Sistema Nervioso, Medio Interno;; y . Tomo III: Neurona y Sinapsis, Potenciales Neuronales e Integración Interneuronal, Los Neurotransmisores, Los Conjuntos Neuronales, Envejecimiento, y Los Límites entre la Vida y la Muerte.) . -Ed. EDUSMP.(1984) .Lima, Perú. B.V.S.
- -Barmaimon Enrique . Envejecimiento. Cambios Anatomofuncionales, Psíquicos, Sociales, Económicos y Ambientales. Urgencias, Comorbilidad, Manejos-Ed. Virtual. (2011).1ªEd. Montevideo Uruguay. B.V.S.
 - -Barmaimon, Enrique.(2016).Libro Historia, Patología, Clínica y Terapéutica Ciencias Cognitivas. 3 Tomos:
 - . Tomo I: Introducción, Algunos Puntos básicos, Canalopatías, Sistemas Autoinmunes, Enfermedades Autoinmunes;
 - . Tomo II: Sistema Nervioso, Sistemas de Integración, Test Psicologicos .
 - .Tomo III: Patologías, Reserva Cognitiva, Telepatología, Medio Ambiente, Tratamientos, Psicoterapia, Ciberpsicoterapia, Personalidad, Comportamiento, Pensamiento, Sentimiento, Identidad, Sensación, Intuición, Sentimiento, Diagnóstico, Patologías Cognitivas, Patologías Neurológicas, Enzimas, Certeza y Opinión, Inconsciente, Psiconeuroinmunología, Sueño, Memoria, Optimismo, Ansiedad, Posmodernismo.
 - . 1ª Ed. Virtual. Montevideo, Uruguay. B.V.S.- (<http://www.bvssmu.org.uy/>). (libros); (barmaimon). (OR).(buscar);(Elegir libro entre 41 : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra).
 -  - 2017. - Barmaimon, Enrique.2017. Libro Con Ciencias de la Salud. 4 Tomos:
 - Tomo I : Índice; Introducción: Técnica,Protocolos, Tecnología, Metodología, Test Estandarizados, Caso Clínico; PARTE I: Generalidades: Ciencias, Filosofía, Atención Primaria de Salud, Ciencias de la Salud, Psicología, Otras Especialidades, Ciencias Sociales. -PARTE II: Medicina; PARTE III: Psicología.
 - Tomo II : PARTE IV: 38 Especialidades Médicas, Bibliografía.
 - Tomo III: PARTE V: 20 Especialidades Psicológicas;
 - Tomo IV: PARTE VI: 12 Especialidades de Ciencias de la Salud; PARTE VII: Especialidades de Ciencias Sociales Relacionadas: 9 con Interacción Social, 3 con Sistema Cognitivo Humano,y 8 con Evolución Sociedades ; PARTE VIII: Bibliografía; Curricula Prof. Dr. Enrique Barmaimon.
 - . 1ª Ed. Virtual. Montevideo, Uruguay. BVS.SMU. (<http://www.bvssmu.org.uy/>). (libros); (barmaimon).(OR).(buscar);(Elegir libro entre 41 : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra).

-12.8)- Enlaces Externos.

-12.8.1)- Programas de Pregrado.

- [Universidad Nacional Abierta y a Distancia-UNAD-Colombia,Suramérica](#)
- [Cátedra Estrategias de Intervención Comunitaria. Facultad de Psicología. Universidad Nacional de Córdoba. Argentina](#)

-12.8.2)- Programas de Posgrado.

- [Universidad de Chile, Programa de Magister con mención en Psicología Comunitaria.](#)
- [Magíster y Especialización en Psicología Comunitaria - Universidad de la Frontera, Temuco, Chile.](#)

- [Universidad de la Habana - Cuba, Maestría en Psicología Comunitaria](#)
- [Universidad de Buenos Aires - Argentina, Maestría en Psicología Social Comunitaria](#)
- Pontificia Universidad Católica del Perú, Maestría en Psicología Comunitaria. Ver: <http://posgrado.pucp.edu.pe/maestrias/psicologia/comunitaria/>
- Residencia de Psicología Comunitaria. Coordinación Gestión Operativa Primer Nivel de Atención. Ministerio de Salud Pública. Salta. Argentina
- [Universidad de Puerto Rico, Recinto de Río Piedras - Maestría en Psicología Social-Comunitaria.](#)

-Categoría: Psicología kichnerista: La psicología que es una mentira, y se redacta en contar como perdieron las elecciones..

-

-Obtenido de :

«https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Psicología_comunitaria&oldid=95782325»

- Esta página fue modificada por última vez el 22 diciembre 2016, a las 19:24.

- -13- [PSICOLOGÍA EVOLUTIVA.](#)

-De Wikipedia, la enciclopedia libre. - «[Psicología Evolutiva](#)».; véase [Psicología evolucionista](#)..

-Psicología evolutiva o del desarrollo humano, que estudia la forma en la que los seres humanos cambian a lo largo de su vida, comprendiendo el estudio del ciclo vital, observa de qué manera cambian continuamente las acciones de un individuo my cómo este reacciona a un ambiente, que también está en constante cambio.

.Los [psicólogos](#) denominan desarrollo al [cambio psicológico](#) sistemático, que se da a lo largo de la vida.

.Durante este proceso la persona va accediendo a estados más complejos y "mejores", que los anteriores.

.Esta es una rama de la psicología, que ya tiene más de cien años.

.Sin embargo, los conocimientos que se obtienen sobre los fenómenos psicológicos son absolutamente científicos, ya que se utiliza el método científico, para obtenerlos.

.La psicología del desarrollo está interesada en explicar los cambios, que tienen lugar en las personas con el paso del tiempo, es decir, con la edad.

.A esta materia, también se le conoce con el nombre de "psicología del ciclo vital", ya que estudia los cambios psicológicos al largo de toda la vida de las personas. Ese sería, por tanto, el objeto de estudio de la psicología del desarrollo.

.Esos cambios que se dan en las personas a lo largo de la vida, pueden ser explicados a través de unos factores, que se encuentran enfrentados por parejas: la continuidad versus la discontinuidad; la herencia versus el ambiente; y la normatividad versus la idiografía. .También el contexto en el que se desarrollan los sujetos, nos permiten comprender mejor su evolución, así es necesario destacar: el contexto histórico, el socio-económico, el cultural e incluso el étnico, por citar los más importantes.

.Finalmente, vale la pena resaltar, que el desarrollo debe ser entendido como un proceso continuo, global y dotado de una gran flexibilidad.

-A lo largo del último siglo, han sido varias las corrientes y los modelos teóricos que han aportado sus descubrimientos e investigaciones, para explicar el fenómeno del cambio.

.En general, cada uno de estos modelos tienen sus propias explicaciones, a veces

contradictorias, a las que se presentan desde otras teorías.

.Esa diversidad de paradigmas explicativos, enriquecen la comprensión del fenómeno del desarrollo.

.Como más significativos entre estos modelos, es necesario citar: el psicoanálisis; la psicología genética de [Jean Piaget](#); el modelo socio – cultural de [Lev Vygotski](#), apoyado en la teoría de los espacios vacíos de [Mercedes Chaves Jaime](#); las teorías del aprendizaje; el modelo del procesamiento de la información; y, más recientemente el modelo ecológico y el etológico.

.Según [Erik Erikson](#), hay una serie de tareas implícitas en el desarrollo del ser humano, propias de las sucesivas etapas.

.Estas tareas son, en gran parte, impuestas por la [sociedad](#) y la [cultura](#); a través del proceso de [socialización](#), donde el cumplir estas tareas llega a convertirse en una aspiración del propio individuo, marcando definitivamente su proceder, en determinados momentos de su vida.

-Índice.

- -13- [PSICOLOGÍA EVOLUTIVA](#).
- -13.1)- [Objeto y Concepto](#).
- -13.2) [Fantasía Inconsciente](#).
- -13.3)- [Posición Esquizoparanoide : Melanie Klein](#).
- -13.3.1)- [Proyección e Introyección](#).
- -13.3.2)- [Idealización](#).
- -13.3.3)- [Negación](#).
- -13.3.4)- [Identificación Proyectiva](#).
- -13.4)- [Etapas del Desarrollo](#).
- -13.5)- [Teorías del Aprendizaje](#).
- -13.6)- [Bibliografía](#).
- -13.7)- [Véase También](#).
- -13.8)- [Enlaces Externos](#).

-13.1)- Objeto y Concepto.

-Objeto de estudio de la psicología del desarrollo: La psicología del desarrollo es una disciplina científica que forma parte de la psicología.

.Basta y otros autores, proponen la siguiente definición de esta disciplina: *“La psicología evolutiva se preocupa por los cambios que tienen lugar en la conducta, y las habilidades que surgen al producirse los cambios durante la vida.”*

.Para estos autores, la psicología del desarrollo tiene dos objetivos fundamentales: describir la conducta de los sujetos, y la manera cómo evoluciona e identificar las causas y los procesos, que producen cambios ; evolución, en la conducta entre una época y otra.

.Palacios, un autor español, propone otra definición: *“La psicología evolutiva es la parte de la psicología, que se ocupa de los procesos del cambio psicológico, que ocurren a lo largo de la vida humana”* . Esta definición es muy similar a la propuesta por los anteriores autores.

.Los cambios, a los que se refiere este último investigador, tienen que ver fundamentalmente con tres cosas: la etapa de la vida, las circunstancias propias del entorno en las cuales el sujeto se desarrolla, y las experiencias particulares que vive cada persona.

.Tal como se puede observar en ambas definiciones aparece la palabra “cambio”, la psicología del desarrollo es la psicología del cambio, el cual se puede producir durante toda la vida, por eso se le conoce también con el nombre de psicología del ciclo vital.

-El concepto de desarrollo: Para poder comprender qué es la psicología del desarrollo, se hace imprescindible comprender en primer lugar qué es el desarrollo.

.Por ello se describirá a continuación el concepto de desarrollo: No es nada simple definir el desarrollo humano, pues existen tantas variables, que pueden afectar sobre el mismo, que incluso a veces, es difícil identificarlas todas o conocer el grado de importancia que tiene cada una de ellas.

.Algunas de estas variables son internas al propio sujeto, y muchas veces heredadas, mientras que otras son externas, a menudo determinadas por el ambiente.

.El concepto del desarrollo humano, va ligado principalmente a tres aspectos: en primer lugar, a unos factores explicativos que ayudan a comprender el cambio psicológico; en segundo lugar, el concepto sobre el desarrollo está relacionado con los contextos en los que se desarrollan las personas; y finalmente, el concepto sobre el desarrollo, tiene unas características propias.

.Con el término desarrollo, se ha especulado mucho, tanto que en algunas ocasiones se han dejado de lado las últimas edades del desarrollo, por no representar cambios significativos en el pensamiento, el estado físico y emocional y, la capacidad productiva de los individuos.

.El concepto ha de ser amplio y suficiente, es por esto, que definirlo sería cerrar las posibilidades y a consecuencia de ello, es más fácil describir el desarrollo, como un proceso de maduración donde se adquieren o se disminuyen habilidades y funciones físicas, mentales o sociales, suscitando cambios observables en los individuos.

-13.2)- Fantasía Inconsciente.

-Describe los primeros modos de representar, quizás coincide con el pictograma de Piera Auglanier, que supone el elemento alfa de Bion.

.Son las primerísimas formas, con los que el bebe representa su cuerpo y su mundo, sin capacidad realística, y según placer-displacer.

.Son fundadas en experiencias reales, donde las fantasías inconscientes están siempre presentes y activas en todo individuo; su presencia no es índice de enfermedad; y la naturaleza de estas fantasías y su relación con la realidad externa, es lo que determinara el estado psíquico del sujeto.

.La fantasía inconsciente es la expresión mental de los instintos, y por consiguiente, como estos, existen desde el comienzo de la vida.

.Para cada impulso instintivo, hay una fantasía correspondiente. Por ejemplo: al deseo de comer, le corresponde una fantasía de algo comestible, que satisfaga ese deseo: el pecho.

.Crear fantasías, es una función del yo, lo que supone un mayor grado de organización yoica en el nacimiento, con la capacidad del yo, de establecer relaciones objetales primitivas en la fantasía y en la realidad.

.La fantasía no es tan solo una fuga de la realidad, es un concomitante constante e inevitable de las experiencias reales, en constante interacción con ellas.

.La fantasía tiene un aspecto defensivo, como su objetivo es satisfacer impulsos instintivos sin recurrir a la realidad externa, se puede decir que la gratificación, que proviene de esa fantasía es una defensa contra la realidad externa de la privación, y contra la realidad interna de su propia hambre, de su propia ira.

.La fantasía inconsciente como defensa, tiene una relación con los mecanismos de defensa de proyección y de introyección, los utilizara en función de las fantasías, expresando lo que la persona siente, que está incorporando o poniendo fuera de sí.

.La estructura de la personalidad ,va a estar en gran parte determinada por las fantasías más permanentes del yo sobre sí mismo, y sobre los objetos que contiene.

.Esta relación entre estructura de la personalidad y fantasía inconsciente, es lo que hace posible poder influir en la estructura del yo y del superyo, en el análisis de la relación del yo con los objetos internos/externos, modificando las fantasías sobre estos objetos.rem.

.La fantasía inconsciente es un nivel de registro y de expresión de una necesidad.

.Según Enrique Pichon-Rivière: " Es la estrategia de satisfacción de una necesidad. Tiene un elemento argumental, dramático. La fantasía inconsciente es una escena en la que se dramatiza un deseo. En esa puesta en escena, el sujeto utiliza los elementos expresivos con los que cuenta en ese momento de su desarrollo, elementos expresivos emergentes de su experiencia".

.De allí que la expresión de la fantasía inconsciente, se desarrolle evolutivamente desde la sensación a la imagen plástica, enriqueciéndose luego con la palabra.

-13.3)- Posición Esquizoparanoide : Melanie Klein.

-Véase también: [Posición \(psicoanálisis\)](#).

-Según [Melanie Klein](#): " Luego de nuestro nacimiento, atravesamos distintas etapas o posiciones, en orden temporal: Pasamos primero por la [Posición esquizo-paranoide](#), y luego por la [posición depresiva](#); las cuales posteriormente se manifestarán en distintos aspectos de la vida adulta".

.La posición esquizoparanoide: Se explica desde la perspectiva de que al nacer, tenemos capacidad suficiente, ya como para sentir ansiedad, utilizar mecanismos de defensa y establecer primitivas relaciones objetales en la fantasía y en la realidad.-

.Al principio el yo está muy desorganizado, pero se observa una tendencia a integrarse, por lo que en las primeras etapas, el yo es lábil, en constante fluencia, y su grado de integración varía de un momento a otro.-

.Cuando el yo se ve enfrentado con la ansiedad, que le produce el [instinto de muerte](#), lo deflexiona en parte en una proyección, y en otra parte lo convierte en agresividad.-

.El yo se escinde, y proyecta afuera la parte que contiene el instinto de muerte, poniéndolo en el objeto externo original: el pecho, por lo que llega a experimentar a este como malo y amenazador, para el yo, dando origen a un continente de persecución.

.A menudo siente que la intrusión del instinto de muerte en el pecho, escinde a este en muchos pedazos, encontrándose frente a muchos perseguidores.

.La otra parte de instinto de muerte que queda en el yo, se convierte en agresión y se dirige contra los perseguidores.-

.Al mismo tiempo, se establece una relación con el objeto ideal. Proyecta la libido creando un objeto, que satisfaga el impulso instintivo del yo a conservar la vida.

.El resto de libido que queda dentro del yo, lo utiliza para establecer una relación libidinal con ese objeto ideal.-

.El objetivo del bebé, es tratar de adquirir y guardar dentro de sí, al objeto ideal e identificarse con ese, quien es : para él, el que le da la vida, y proteger y mantener fuera de sí, el objeto malo y las partes del yo, que contienen instinto de muerte.-

.La ansiedad predominante en esta posición, es que los objetos persecutorios se introducirán en el yo, y aniquilarán tanto al objeto ideal, como al yo, frente a lo cual desarrollará [mecanismos de defensa](#)¹.

-13.3.1)- Proyección e Introyección.

-Introyectar lo bueno, y también proyectarlo para mantenerlo a salvo de su realidad interna.

.Proyectar lo malo e introyectar a sus perseguidores, e incluso identificarse con ellos, para

controlarlos.

.El rasgo constante, es que en situaciones de ansiedad, aumenta la disociación, y se utiliza la proyección e introyección, para mantener a los objetos persecutorios, tan alejados como sea posible, de los objetos ideales, a la vez que mantiene a ambos bajo control.-

-13.3.2)- Idealización.

-Idealiza excesivamente el objeto ideal, con el fin de mantenerlo alejado del persecutorio, y hacerlo vulnerable.

.Esta idealización excesiva, está vinculada con la negación mágica omnipotente: es decir sentir que el objeto le pertenece, y que él lo creó.-

-13.3.3)-Negación.

-Cuando la persecución es tan intensa, y se hace insoportable, el bebe la puede negar completamente.

.Esta [negación](#) básica, se basa en la fantasía de total aniquilación de los perseguidores.

.Otra forma de utilizar la negación omnipotente, como defensa ante la persecución excesiva, es idealizar el objeto perseguidor y tratarlo como ideal.

-13.3.4)- Identificación Proyectiva.

- La [Identificación proyectiva](#): Se da cuando se escinden y apartan partes del yo y objetos internos ,y se los proyecta en el objeto externo, el que queda poseído, controlado e identificado, con las partes proyectadas.

-13.4)- Etapas del Desarrollo.

-Según Erikson, estas son ocho:

1.- Etapa Confianza versus Desconfianza : fase oral: Va desde el nacimiento hasta un año de edad.

: Al nacer el niño: (a), pasa de depender en forma absoluta de su medio ambiente;(b) Si la madre y la familia, proporcionan un cuidado continuo, consistente y adecuado a las necesidades del niño; (c), se generará en él/ella, una sensación de confianza básica, que se traducirá en un sentido de esperanza y optimismo frente a la vida; y (d), Por el contrario, si el cuidado temprano es variable, impredecible, caótico o maligno, se generará una sensación de desconfianza en el niño .

2.- Etapa Autonomía versus Vergüenza y Duda : fase muscular anal: Va desde un año hasta los 2 años; donde se fija la noción de autonomía del niño: (a). A medida que el niño , sea capaz de controlar esfínteres, usar músculos para moverse, vocalizar, desarrollará una sensación de ser autónomo, y aparte de sus padres; (b). Si hay sensación de mucho control, de ser avergonzado ante los primeros fracasos, pueden surgir sentimientos de: vergüenza, duda, inseguridad; u (c). Los resultantes de un desenlace positivo de esta etapa, es la sensación de tener una voluntad propia.

3.- Etapa Iniciativa versus Culpabilidad : preescolar: Va desde los tres años a los cuatro años: (a).El niño se percata más agudamente de su medio externo; (b). Toma la iniciativa para establecer relaciones más cercanas con el progenitor del sexo opuesto;(c). En esta etapa, hay mayor preocupación por los genitales, por los padres del sexo opuesto, y en general una mayor noción de las diferencias entre los sexos; y (d). La identificación con el progenitor del mismo sexo, es crucial en esta etapa.

4.- Etapa Industrialidad versus Inferioridad : escolar: Va desde los seis años a los doce años: (a). El niño muestra su capacidad de desenvolverse industriosamente en la interacción

educacional; (b). También se desarrolla la capacidad de interactuar socialmente, por primera vez fuera de la familia; (c). En la medida que la interacción educacional y social se desarrolla efectivamente, se logra un sentido de ser competente; (d). En la medida que esto no se da, aparece un sentido de inferioridad.

.Muchos problemas de rendimiento escolar, de fobias y aislamiento social tempranos, son característicos de esta etapa.

.El nombre de latencia dado a esta etapa, se refiere a la suspensión de búsqueda de vínculos heterosexuales, que se evidencia en la segregación pro sexo, frecuentes a esta edad.

5.- Etapa Identidad versus Confusión de Roles: Se extiende desde los doce años a los veinte años: (a). Como tarea central del desarrollo adolescente, está el concepto de consolidación de la identidad; (b). Los cambios físicos y psicológicos de la pubertad, hacen entrar en un periodo de aumento del conflicto psicológico interno, cuya consecuencia será un sentido de continuidad y estabilidad de uno mismo a lo largo del tiempo; (c). Cuando esto no se alcanza, Erikson habla del síndrome de difusión de la identidad; (d). El fijar los propios gustos, intereses, valores y principios es el modo de crecer; y (e). El joven delimita su sí mismo, del de sus padres y familia.

6.- Etapa Intimidad versus Aislamiento: Va desde los veinte años a los cuarenta años: (a). El adulto entra a formar parte de la sociedad, al desempeñar un trabajo y relacionarse establemente con una pareja, muchas veces formando una familia; (b). El poder compartir una familia, en el desarrollo de la capacidad de intimidad, es la tarea central de esta etapa; (c). Esta etapa requiere un sentido de solidaridad y de identidad compartida en pareja; (d). Lo contrario produce aislamiento personal; y (e). Lo dicho para la pareja se aplica al trabajo, donde la persona debe mostrar su capacidad de entrega estable, a una labor dada.

7.- Etapa Generatividad versus Estancamiento: Va desde los cuarenta años a los sesenta años: (a). Lo crucial de esta etapa, es la capacidad de cuidar y facilitar el desarrollo de las generaciones más jóvenes; (b). Los adultos de esta edad, participan de esta tarea siendo padres, profesores, guías; (c). El adulto que no puede ser generativo, siente una sensación de estancamiento, y vive en forma egocéntrica y sin propulsión hacia el futuro; y (d). Erikson plantea, que los adultos medios necesitan a los niños (as), y que es tan necesario para ellos, cuidar de estos, como los niños necesitan de alguien que los cuide.

8.- Etapa Integridad versus Desesperanza: adulto mayor: Desde los sesenta años en adelante: (a). A medida que el adulto, completa el ciclo de haber vivido él, y asegurado que viva la generación siguiente, se llega al tema final del ciclo vital; (b). La integridad reposa en la aceptación de la sucesión de las generaciones y de la finitud de la vida natural; (c). Esta fase final, implica el desarrollo de una sabiduría y de una filosofía trascendente de la vida; (d). Por el contrario, si no se adquiere esta noción de integridad, la desesperación y el temor a la muerte, se presentará como resultado de una vida irrealizada; y (e). Las características y tareas de cada una de las etapas descritas por Erikson, constituyen fases en constante movimiento, un individuo siempre está en el proceso de desarrollar su personalidad.

-Al respecto, véase: [Neonatal](#), [infancia](#), [adolescencia](#), [juventud](#), [adulthood](#) y [ancianidad](#).

-13.5)- Teorías del Aprendizaje.

-La teoría del aprendizaje se basa en la idea de que el desarrollo es la consecuencia de la suma de experiencias vitales, que influyen en la conducta provocando cambios más o menos duraderos, pero que son modificables a través de nuevas experiencias de aprendizaje.

.Postulan que es la adaptación al ambiente, lo que hace al ser inteligente, al modificar sus patrones de actuación, para lograr así una mejor ejecución.

.La investigación en este campo permitió determinar las leyes del aprendizaje, que provocan

los cambios conductuales.

.Consideran que el desarrollo no responde a etapas estáticas, y que se puede dar a lo largo de toda la vida.

.Se centran más en el cambio cualitativo que cuantitativo.

.Existen muy pocas variables inferidas en el estudio de la conducta, lo cual favorece la investigación empírica.

.Los inicios de la investigación conductual, toman su origen de la filosofía de John Locke.

.Este autor concibe la “psique” humana como una “Tabula rasa”, es decir, no traemos “prefijados” ningún patrón, cuando venimos al mundo, sino que llegamos “limpios”, y son nuestras experiencias vitales, las que conforman nuestra personalidad.

.No es posible desarrollar ninguna habilidad si no es a través del aprendizaje, realizándose este a través de los sentidos.

.Los distintos autores dentro de la teoría del aprendizaje, se han centrado en definir cada uno las leyes que lo regulan, más que a competir entre ellos, sobre una teorías más ciertas que otras, llegando a principios comunes entre ellos:

1. La personalidad es fruto del aprendizaje.

2. Las diferencias entre los individuos responden , a diferencias de las historias vitales, que provocan diferentes experiencias de aprendizaje.

3. La interacción entre el entorno y los patrones de aprendizajes pasados, son los que permiten pronosticar la conducta futura.

4. No existe ninguna determinación biológica, que directamente genere la conducta.

-13.6)- Bibliografía.

- Ericsson, E. (1960) 1980. *Infancia y sociedad*. Ed. Horme, Buenos Aires.
- Ericsson, E. (1968) 1974. *Identidad, Juventud y Crisis*. Ed. Paidós, Buenos Aires.
- Ericsson, E. 1972. *Sociedad y Adolescencia* Editorial Paidós, Buenos Aires.
- Ericsson, E. 1982. *El ciclo vital completado*. Paidós, México
- Ericsson, E. 1982. *La vida del labio loco*. Buenos Aires, Argentina.
- -Barmaimon, Enrique.(2016).Libro Historia, Patología, Clínica y Terapéutica Ciencias Cognitivas. 3 Tomos:
 - . Tomo I: Introducción, Algunos Puntos básicos, Canalopatías, Sistemas Autoinmunes, Enfermedades Autoinmunes;
 - . Tomo II: Sistema Nervioso, Sistemas de Integración, Test Psicologicos .
 - .Tomo III: Patologías, Reserva Cognitiva, Telepatología, Medio Ambiente, Tratamientos, Psicoterapia, Ciberpsicoterapia, Personalidad, Comportamiento, Pensamiento, Sentimiento, Identidad, Sensación, Intuición, Sentimiento, Diagnóstico, Patologías Cognitivas, Patologías Neurológicas, Enzimas, Certeza y Opinión, Inconsciente, Psiconeuroinmunología, Sueño, Memoria, Optimismo, Ansiedad, Posmodernismo.
 - . 1ª Ed. Virtual. Montevideo, Uruguay. B.V.S.- (<http://www.bvssmu.org.uy/>). (libros); (barmaimon). (OR).(buscar);(Elegir libro entre 41 : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra).
-  - 2017. - Barmaimon, Enrique.2017. Libro Con Ciencias de la Salud. 4 Tomos:
 - Tomo I : Índice; Introducción: Técnica,Protocolos, Tecnología, Metodología, Test Estandarizados, Caso Clínico; PARTE I: Generalidades: Ciencias, Filosofía, Atención Primaria de Salud, Ciencias de la Salud, Psicología, Otras Especialidades, Ciencias Sociales. -PARTE II: Medicina; PARTE III: Psicología.
 - Tomo II : PARTE IV: 38 Especialidades Médicas, Bibliografía.
 - Tomo III: PARTE V: 20 Especialidades Psicológicas;
 - Tomo IV: PARTE VI: 12 Especialidades de Ciencias de la Salud; PARTE VII: Especialidades

de Ciencias Sociales Relacionadas: 9 con Interacción Social, 3 con Sistema Cognitivo Humano, y 8 con Evolución Sociedades ; PARTE VIII: Bibliografía; Curricula Prof. Dr. Enrique Barmaimon.

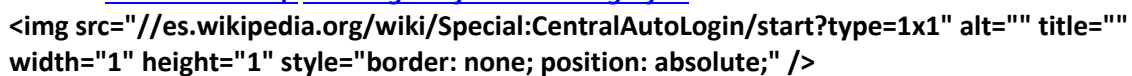
. 1ª Ed. Virtual. Montevideo, Uruguay. BVS.SMU.(<http://www.bvssmu.org.uy/>). (libros); (barmaimon).(OR).(buscar);(Elegir libro entre 41 : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra).

-13.7)- Véase También.

- [Jean Piaget](#).

-13.8)- Enlaces Externos. .

- <http://www.monografias.com/trabajos16/comportamiento-humano/comportamiento-humano.shtml#prenatal>.
- [Volver arriba ↑ Psicología Infantil. Monografía.](#).



-Obtenido de :

«https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Psicología_evolutiva&oldid=95721579»

-Categorías:

- [Desarrollo humano](#);
- [Ramas de la psicología](#).

.Esta página fue modificada por última vez el 19 diciembre 2016, a las 21:14.

-14- [PSICOLOGÍA FORENSE](#).

-De Wikipedia, la enciclopedia libre. - «[Psicología Forense](#)».

-La psicología forense, también llamada psicología legal, es una rama de la [Psicología jurídica](#), que se ocupa de auxiliar al proceso de administración de [Justicia](#), en el ámbito tribunalicio.

.Es una división de la psicología aplicada, relativa a la recolección, análisis y presentación de evidencia psicológica, para propósitos judiciales.¹.

.Por tanto, incluye una comprensión de la lógica sustantiva y procesal del [Derecho](#), en la [jurisdicción](#) pertinente, para poder realizar evaluaciones y análisis psicológico-legales, e interactuar apropiadamente, con: jueces, fiscales, defensores, y otros profesionales del proceso judicial.

-Un aspecto importante de la Psicología Forense, es la capacidad de testificar ante un juzgado, en condición de perito experto, reformulando hallazgos psicológicos en el lenguaje legal de los juzgados, para proveer información al personal legal, en una forma, que pueda ser entendida y aprovechada.² .

.En cada país, los psicólogos forenses deben entender la psicología, reglas y estándares del [sistema jurídico](#) nacional, para que sean considerados como testigos creíbles.

.Es fundamental el entendimiento del modelo acusatorio bajo el cual funciona el sistema.

.También existen reglas sobre la presentación oral de la pericia, e incluso, la falta de una comprensión firme de los procedimientos judiciales, resultará en la pérdida de credibilidad del psicólogo forense en el juzgado, y su eventual recusación para excluirlo del proceso.³.

.Un psicólogo forense puede ser entrenado en: [psicología clínica](#), [social](#), [organizacional](#), o

cualquier otra rama de la psicología, sin embargo la adecuada comprensión teórica y experiencia práctica en evaluación psicológica, a través de instrumentos psicométricos y proyectivos, así como de la psicopatología, son fundamentales para la práctica pericial.⁴. Generalmente, las preguntas que se proponen a los psicólogos forenses en el tribunal, no son relativas a cuestiones psicológicas, sino más bien legales; y la respuesta debe ser en un lenguaje, que el tribunal comprenda.

.Algunos aspectos, que comúnmente son objeto de interrogación del sistema judicial a los psicólogos forenses, son la competencia del acusado, para someterse a juicio, y ejercer su legítimo derecho a la defensa, o que se dictamine el estado mental del procesado, al momento de cometer el crimen por el que es acusado, de forma de conocer la comprensión de la criminalidad del acto punible, y la capacidad del imputado para dirigir sus acciones, al momento de la comisión del delito, lo que tiene una incidencia directa sobre la [responsabilidad penal](#), que se le pueda imputar.^{5 6}

.También es función de los psicólogos forenses, proveer recomendaciones con respecto al las condiciones de ejecución de la sentencia, y al tratamiento que debe seguir el acusado; así como cualquier otra información que el juez requiera; como la referida a: factores atenuantes, agravantes o eximientes; la valoración de la probabilidad de reincidencia; y la evaluación de la credibilidad de los testigos.

.La Psicología Forense implica también capacitar y asesorar a: policías, criminalistas, u otro personal oficial de las fuerzas públicas de seguridad, para proveer información psicológica relevante, para el perfilamiento criminal de presuntos actores de hechos punibles.⁷

-Índice.

-14- [PSICOLOGÍA FORENSE](#).

- 14.1)- [Véase También](#).
- -14.2)- [Referencias](#).
- -14.3)- [Bibliografía](#).
- -14.4)- [Enlaces Externos](#).

-14.1)- Véase También.

- [.Antropología forense](#).
- [Detección de mentiras](#);
- [Psicología aplicada](#);

-14.2)- Referencias.

1. [Volver arriba ↑](#) «What Is Forensic Psychology?».
2. [Volver arriba ↑](#) Nietzel, Michael (1986). *Psychological Consultation in the Courtroom* (en inglés). Nueva York: Pergamon Press. [ISBN 0-08-030955-0](#).
3. [Volver arriba ↑](#) Blau, Theodore H. (1984). *The Psychologist as Expert Witness* (en inglés). Nueva York: John Wiley & Sons. pp. 19-25. [ISBN 0-471-87129-X](#).
4. [Volver arriba ↑](#) Committee on Ethical Guidelines for Forensic Psychologists (1991). [«Speciality Guidelines for Forensic Psychologists»](#). *Law and Human Behavior* 15 (6): 655-665. Archivado desde [el original](#) el 23 de noviembre de 2015. Consultado el 20 de abril de 2009. |coautores= requiere |autor= ([ayuda](#))
5. [Volver arriba ↑](#) Grisso, Thomas (1988). *Competency to Stand Trial Evaluations: A Manual for Practice* (en inglés). Sarasota, Florida: Professional Resource Exchange. [ISBN 0-943158-51-6](#).

6. [Volver arriba ↑](#) Shapiro, David L. (1984). *Psychological Evaluation and Expert Testimony* (en inglés). Nueva York: Van Nostrand Reinhold. [ISBN 0-442-28183-8](#).
7. [Volver arriba ↑](#) Smith, Steven R. (1988). *Law, Behavior, and Mental Health: Policy and Practice* (en inglés). Nueva York: New York University Press. [ISBN 0-8147-7857-7](#).

-14.3)- Bibliografía.

- Adler, J. R. (ed.). (2004). *Forensic Psychology: Concepts, debates and practice*. Cullompton: Willan.
- -Barmaimon, Enrique.(2016).Libro Historia, Patología, Clínica y Terapéutica Ciencias Cognitivas. 3 Tomos:. Tomo I: Introducción, Algunos Puntos básicos, Canalopatías, Sistemas Autoinmunes, Enfermedades Autoinmunes;
. Tomo II: Sistema Nervioso, Sistemas de Integración, Test Psicologicos . Tomo III: Patologías, Reserva Cognitiva, Telepatología, Medio Ambiente, Tratamientos, Psicoterapia, Ciberpsicoterapia, Personalidad, Comportamiento, Pensamiento, Sentimiento, Identidad, Sensación, Intuición, Sentimiento, Diagnóstico, Patologías Cognitivas, Patologías Neurológicas, Enzimas, Certeza y Opinión, Inconsciente, Psiconeuroinmunología, Sueño, Memoria, Optimismo, Ansiedad, Posmodernismo.
-. 1ª Ed. Virtual. Montevideo, Uruguay. B.V.S.- (<http://www.bvssmu.org.uy/>). (libros); (barmaimon).
-  - 2017. - Barmaimon, Enrique.2017. Libro Con Ciencias de la Salud. 4 Tomos:
-Tomo I : Índice; Introducción: Técnica,Protocolos, Tecnología, Metodología, Test Estandarizados, Caso Clínico; PARTE I: Generalidades: Ciencias, Filosofía, Atención Primaria de Salud, Ciencias de la Salud, Psicología, Otras Especialidades, Ciencias Sociales. -PARTE II: Medicina; PARTE III: Psicología.
-Tomo II : PARTE IV: 38 Especialidades Médicas, Bibliografía.
-Tomo III: PARTE V: 20 Especialidades Psicológicas;
-Tomo IV: PARTE VI: 12 Especialidades de Ciencias de la Salud; PARTE VII: Especialidades de Ciencias Sociales Relacionadas: 9 con Interacción Social, 3 con Sistema Cognitivo Humano,y 8 con Evolución Sociedades ; PARTE VIII: Bibliografía; Curricula Prof. Dr. Enrique Barmaimon.
. 1ª Ed. Virtual. Montevideo, Uruguay. BVS.SMU.(<http://www.bvssmu.org.uy/>). (libros); (barmaimon).(OR).(buscar);(Elegir libro entre 41 : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra).
- Bartol, C. R., & Bartol, A. M. (1999). "History of Forensic Psychology". En: A. K. Hess & I. B. Weiner (eds.), *Handbook of Forensic Psychology*. Londres: John Wiley & Sons, 2.ª edición.
- Blackburn, R. (1996). "What is forensic psychology?", *Legal and Criminological Psychology*, febrero, vol 1 (parte 1), págs. 3-16.
- Dalby, J. T. (1997) *Applications of Psychology in the Law Practice: A guide to relevant issues, practices and theories*. Chicago: American Bar Association.
- Duntley, J. D., & T. K. Shackelford. (2006). Toward an evolutionary forensic psychology. *Social Biology*, 51, [págs. 161-165](#).
- Gudjonsson, G. (1991). "Forensic psychology - the First Century". *Journal of forensic psychiatry*, 2 (2): 129.
- G.H. Gudjonsson, H. Gisli y Lionel Haward (1998). *Forensic Psychology. A guide to practice*. [ISBN 0-415-13291-6](#)

- Ogloff, J. R. P. y D. Finkelman. (1999). "Psychology and Law: An Overview". En: R. Roesch, S. D. Hart, & J. R. P. Ogloff (eds.), *Psychology and Law the State of the Discipline*. Nueva York: Kluwer Academic Press.
- Ribner, N.G. (2002). *California School of Professional Psychology Handbook of Juvenile Forensic Psychology*. Jossey-Bass. [ISBN 0-7879-5948-0](#)

-14.4)- -Enlaces Externos.

- [Guía extensa de Psicología forense](#).
- [American Psychology - Law Society](#)
- [Psicología forense en el Reino Unido](#), por la Sociedad Británica de Psicología
- [Casos célebres en Psicología forense](#)
- [Lista de casos célebres forenses](#), en orden cronológico
- [Calidad de la práctica en Psicología forense](#).
- Esta obra contiene una traducción derivada de *Forensic psychology* de Wikipedia en inglés, publicada por [sus editores](#) bajo la [Licencia de documentación libre de GNU](#) y la [Licencia Creative Commons Atribución-CompartirIgual 3.0 Unported](#).

<-img src="//es.wikipedia.org/wiki/Special:CentralAutoLogin/start?type=1x1" alt="" title="" width="1" height="1" style="border: none; position: absolute;" />

Obtenido de

«[https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Psicología forense&oldid=92752826](https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Psicología_forense&oldid=92752826)»

-Categorías:

- [Psicología aplicada](#);
- [Psicología jurídica](#);
- [Ciencias forenses](#).

- Esta página fue modificada por última vez el 5 noviembre 2016, a las 21:05.

- -15- [PSICOPATOLOGÍA](#).

-De Wikipedia, la enciclopedia libre.

-El término psicopatología: etimológicamente *psyché* (psyjé):: alma o razón. *páthos* (pazos): enfermedad, *logía*: o *lógos*, que significa discernimiento o discurso racional, puede ser usado en tres sentidos:

1. Como designación de un área de estudio: Es aquella área de la salud, que describe y sistematiza los cambios en el comportamiento, que no son explicados, ni por la maduración o desarrollo del individuo, ni como resultado de procesos de aprendizaje, también entendidos como [trastorno psicológico](#), [enfermedades o trastornos mentales](#).
.A modo de ejemplo, se encuentra el estudio que diferencia entre percepción normal/sana y percepción que no es normal/sana, al margen de la definición de [trastorno psicológico](#); en este sentido, la [alucinación hipnagógica](#), es una percepción normal y sana.
2. Como término descriptivo: Es aquella referencia específica a un signo o síntoma, que se puede encontrar formando parte de un [trastorno psicológico](#).
3. Como designación de un área de estudio en [psicología](#): Que, en oposición al estado de [salud](#), tal y como es definida por la Organización Mundial de la Salud: social,

psicológica y biológica, se centra en estudiar los procesos, que pueden inducir estados «no sanos» en el proceso mental.

.Así, el papel del [aprendizaje](#), análisis de la conducta : [Psicología conductista](#), o cualquier otro proceso [cognitivo](#), permite explicar los estados «no sanos» de las personas, así como posibles aproximaciones de tratamiento.

.En este sentido, [enfermedades o trastornos mentales](#), no es estrictamente un sinónimo de psicopatología, ya que existen aproximaciones, que permiten explicar la ausencia de salud.

.Por ejemplo, los procesos de aprendizaje relativos a la [fobia](#), son bien conocidos, encaja este cuadro clínico o no, dentro de la categoría psiquiátrica de fobia.

- -Índice-
- -15- [PSICOPATOLOGÍA](#).
- -15.1)- [Psicopatología Como Área de Estudio](#).
- -15.2)- [Véase También](#).
- -15.3)- [Bibliografía](#).
- -15.4)- [Referencias](#).
- -15.5)- [Enlaces Externos](#).

-15.1)- Psicopatología Como Área de Estudio.

-Diferentes profesiones llegan a estar involucradas en el estudio de la psicopatología.

.Principalmente son los [psiquiatras](#) y [psicólogos](#), los que se interesan por esta área, pues a su vez participan del tratamiento, de la investigación acerca del origen de los cuadros clínicos, y de su manifestación y desarrollo.

.En un plano más general, muchas otras especialidades pueden participar del estudio de la psicopatología.

.Por ejemplo, los profesionales de las neurociencias, pueden centrar sus esfuerzos de investigación, en los cambios cerebrales, que ocurren en una enfermedad o trastorno mental.

.La psiquiatría se ocupa de identificar signos y síntomas, que llegan a configurarse como: síndromes, enfermedad o trastorno mental.

.Esto sirve tanto para el diagnóstico de pacientes individuales, o para la creación de clasificaciones diagnósticas.

.Este último, es el caso de la sección F de la clasificación: CIE de la Organización Mundial de la Salud, o el del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales, (DSM I II III o IV).

.La [psicología](#), sin embargo, aplica los conocimientos del proceso mental, a la comprensión de la psicopatología, de la que se derivan disciplinas tales como la [psicoterapia](#).

.Los procesos de aprendizaje y el contexto social, son por tanto, factores importantes en la explicación de la psicopatología.

.Desde la [modificación de conducta](#), se entiende que no existen propiedades emergentes en la identificación de psicopatología, es decir, puede describirse un trastorno en una persona concreta, pero la clasificación no explica por sí sola, sino tan sólo describe una situación con una categoría , donde un análisis más detallado permitiría explicar y tratar el problema en cuestión.

.Debe señalarse que la propia psiquiatría también reconoce, en la introducción del DSM-IV-TR, que el diagnóstico psiquiátrico, no es suficiente para disponer de un plan terapéutico, sino que se precisa más información clínica.

.En un sentido más general, cualquier conducta que cause malestar, impedimento o inhabilidad, a raíz de una disrupción o deterioro de las funciones cognitivas o

neuroanatómicas, podría ser clasificado de psicopatología.

.Si bien, es preciso diferenciar la psicopatología, con problemas orgánicos bien identificados: como los problemas de atención y ánimo por hipotiroidismo, de aquellos donde tales problemas son hipotéticos, y el aprendizaje parece ser un agente explicativo fundamental.

.Es decir: la *psicopatología* es una disciplina en referencia a los síntomas psicológicos de una enfermedad orgánica, con una clara explicación biológica, como en el caso del [hipotiroidismo](#); o bien, a los síntomas de [trastornos psicológicos](#); o bien, a estados contrarios a la salud mental, mediante determinados procesos mentales.

-15.2)- Véase También.

- [Historia de la psicopatología](#).
- [Psicoterapia](#);
- [Modificación de conducta](#) .
- [Trastorno psicológico](#) .
- [Salud](#).
- Trastornos mentales.
- [Fobia](#).
- [Psiquiatras](#).
- [Psicólogos](#).

-15.3)- Bibliografía.

- [Zeigarnik, B. V.: Psicopatología. Ediciones AKAL, 6 de mayo de 1981 - 264 páginas. ISBN 847339545X, 9788473395458.](#)

-Barmaimon, Enrique.(2016).Libro Historia, Patología, Clínica y Terapéutica Ciencias Cognitivas. 3 Tomos:. Tomo I: Introducción, Algunos Puntos básicos, Canalopatías, Sistemas Autoinmunes, Enfermedades Autoinmunes;

. Tomo II: Sistema Nervioso, Sistemas de Integración, Test Psicológicos . Tomo III: Patologías, Reserva Cognitiva, Telepatología, Medio Ambiente, Tratamientos, Psicoterapia, Ciberpsicoterapia, Personalidad, Comportamiento, Pensamiento, Sentimiento, Identidad, Sensación, Intuición, Sentimiento, Diagnóstico, Patologías Cognitivas, Patologías Neurológicas, Enzimas, Certeza y Opinión, Inconsciente, Psiconeuroinmunología, Sueño, Memoria, Optimismo, Ansiedad, Posmodernismo.

-. 1ª Ed. Virtual. Montevideo, Uruguay. B.V.S.- (<http://www.bvssmu.org.uy/>). (libros); (barmaimon).(OR).(buscar).();(Elegir libro entre 41 : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra).

-  - 2017. - Barmaimon, Enrique.2017. Libro Con Ciencias de la Salud. 4 Tomos:

-Tomo I : Índice; Introducción: Técnica,Protocolos, Tecnología, Metodología, Test Estandarizados, Caso Clínico; PARTE I: Generalidades: Ciencias, Filosofía, Atención Primaria de Salud, Ciencias de la Salud, Psicología, Otras Especialidades, Ciencias Sociales. -PARTE II: Medicina; PARTE III: Psicología.

-Tomo II : PARTE IV: 38 Especialidades Médicas, Bibliografía.

-Tomo III: PARTE V: 20 Especialidades Psicológicas;

-Tomo IV: PARTE VI: 12 Especialidades de Ciencias de la Salud; PARTE VII: Especialidades de Ciencias Sociales Relacionadas: 9 con Interacción Social, 3 con Sistema Cognitivo Humano,y 8 con Evolución Sociedades ; PARTE VIII: Bibliografía; Curricula Prof. Dr. Enrique Barmaimon.

. 1ª Ed. Virtual. Montevideo, Uruguay. BVS.SMU.(<http://www.bvssmu.org.uy/>). (libros); (barmaimon).(OR).(buscar).(Elegir libro entre 41 : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra).

-15.4)-Referencias.

- [upload.wikimedia.org: Psicopatología 1.](https://upload.wikimedia.org/)

-15.5)- Enlaces Externos.

-  [Wikimedia Commons](#): alberga contenido multimedia sobre [Psicopatología](#).
-  [Wikcionario](#): tiene definiciones y otra información sobre [psicopatología](#).
-  [Wikiversidad](#): alberga proyectos de aprendizaje sobre [Introducción a la Psicopatología](#).
-  [Wikiversidad](#): alberga proyectos de aprendizaje sobre [Psicopatología de adultos](#).
-  [Wikisource](#): contiene obras originales de o sobre [Simulación de la locura. Psicopatologías del yo y transformación biopolítica de la subjetividad - SciELO Citation Index \(Thomson Reuters\)](#).

Obtenido de «<https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Psicopatología&oldid=92201009>»
Categoría:

- [Psicopatología](#).
- Esta página fue modificada por última vez el 10 noviembre 2016, a las 18:49.

-16- [PSICOMETRÍA](#).

-De Wikipedia, la enciclopedia libre. - [Psicometría \(adivinación\)](#).

-La psicometría es la disciplina que se encarga del conjunto de métodos, técnicas y teorías implicadas, en medir y cuantificar las variables psicológicas del psiquismo humano.

-Índice..

-16- [PSICOMETRÍA](#).

- [-16.1\)- Fundamento Histórico.](#)
- [-16.2\)- Validez y Confiabilidad.](#)
- [-16.3\)- Véase También.](#)
- [-16.4\)- Referencias.](#)
- [-16.5\)- Enlaces Externos.](#)

-16.1)- Fundamento Histórico.

-Las pruebas psicológicas vienen de dos corrientes distintas: la primera de parte de: [Darwin](#), [Galton](#) y [Cattell](#), en donde se toma en cuenta, la medición de las diferencias individuales; y la segunda corriente, originada a partir de: [Herbart](#), [Weber](#) , [Fechner](#), y [Wundt](#) y sus mediciones psicofísicas de construcción similar.

.Del segundo grupo de investigadores, ha partido el desarrollo de la [psicología experimental](#) y de las pruebas estandarizadas.¹.

-16.2)-Validez y Confiabilidad.

-La psicometría, engloba la teoría y la construcción de pruebas, test y otros procedimientos de medición válidos y confiables.².

.Incluye la elaboración y aplicación de procedimientos estadísticos, que permitan determinar si una prueba o test es válido o no, para la medición de una variable o conducta psicológica, previamente definida.

.Los contenidos de la psicometría se articulan, fundamentalmente, en dos grandes bloques: la teoría de los tests, que hace referencia a la construcción, validación y aplicación de los test; y el [escalamiento](#), que incluye los métodos para la elaboración de escalas psicofísicas y psicológicas.

.Los conceptos clave de la teoría clásica de los tests, son: [confiabilidad](#) y [validez](#).

.Un test es «confiable», si se mide siempre de igual manera; es decir, si la aplicación del instrumento, da medidas estables y consistentes; mientras que es «válido», si mide realmente el atributo que pretende medir.

.Ambas propiedades, validez y confiabilidad, admiten un tratamiento [matemático](#).

-16.3)- Véase También.

- [Fiabilidad](#)
- [Validez](#)
- [Anexo:Pruebas psicológicas.](#)
- [Psicometría \(adivinación\).](#)
- [psicología experimental.](#)
- [matemático.](#)
- [-Psicometría.](#)
- [Escalamiento.](#)
- [Psicometría - Wikipedia, la enciclopedia libre](#)
<https://es.wikipedia.org/wiki/Psicometría>.
- [Diagrama psicrométrico](#) .
- [Test cognitivo.](#)

-16.4)- Referencias.

1. [Volver arriba ↑](#) Kaplan, R.M., & Saccuzzo, D.P. (2010). *Psychological Testing: Principles, Applications, and Issues*. (8va edición). Belmont, CA: Wadsworth, Cengage Learning.
2. [Volver arriba ↑](#) [Los diferentes tipos de tests psicométricos.](#)
3. -Barmaimon, Enrique.(2016).Libro Historia, Patología, Clínica y Terapéutica Ciencias Cognitivas. 3 Tomos:
 - . Tomo I: Introducción, Algunos Puntos básicos, Canalopatías, Sistemas Autoinmunes, Enfermedades Autoinmunes;
 - . Tomo II: Sistema Nervioso, Sistemas de Integración, Test Psicologicos .
 - .Tomo III: Patologías, Reserva Cognitiva, Telepatología, Medio Ambiente, Tratamientos, Psicoterapia, Ciberpsicoterapia, Personalidad, Comportamiento, Pensamiento, Sentimiento, Identidad, Sensación, Intuición, Sentimiento, Diagnóstico, Patologías Cognitivas, Patologías Neurológicas, Enzimas, Certeza y Opinión, Inconsciente, Psiconeuroinmunología, Sueño, Memoria, Optimismo, Ansiedad, Posmodernismo.
 - . 1ª Ed. Virtual. Montevideo, Uruguay. B.V.S.- (<http://www.bvssmu.org.uy/>). (libros); (barmaimon),(OR),(buscar).();(Elegir libro entre 41 : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra).
2.  - 2017. - Barmaimon, Enrique.2017. Libro Con Ciencias de la Salud. 4 Tomos:

LIBRO CIENCIAS DE LA SALUD- Prof. Dr. Enrique Barmaimon-

Año 2017.2- TOMO III-

-Tomo I : Índice; Introducción: Técnica, Protocolos, Tecnología, Metodología, Test Estandarizados, Caso Clínico; PARTE I: Generalidades: Ciencias, Filosofía, Atención Primaria de Salud, Ciencias de la Salud, Psicología, Otras Especialidades, Ciencias Sociales. -PARTE II: Medicina; PARTE III: Psicología.
-Tomo II : PARTE IV: 38 Especialidades Médicas, Bibliografía.
-Tomo III: PARTE V: 20 Especialidades Psicológicas;
-Tomo IV: PARTE VI: 12 Especialidades de Ciencias de la Salud; PARTE VII: Especialidades de Ciencias Sociales Relacionadas: 9 con Interacción Social, 3 con Sistema Cognitivo Humano, y 8 con Evolución Sociedades ; PARTE VIII: Bibliografía; Curricula Prof. Dr. Enrique Barmaimon.
. 1ª Ed. Virtual. Montevideo, Uruguay. BVS.SMU.(<http://www.bvssmu.org.uy/>). (libros); (barmaimon).(OR).(buscar);(Elegir libro entre 41 : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra).

-16.5)- Enlaces Externos.

- Esta obra contiene una traducción parcial derivada de [Psychometrics](#) de Wikipedia en inglés, concretamente de [esta versión del 13 de octubre de 2015](#), publicada por [sus editores](#), bajo la [Licencia de documentación libre de GNU](#) y la [Licencia Creative Commons Atribución-CompartirIgual 3.0 Unported](#), que por lo general no funcionan en humanos.

-

Obtenido de «<https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Psicometría&oldid=95801158>»

-Categorías:

- [Tests cognitivos](#);
- [Psicometría](#).
- Esta página fue modificada por última vez el 23 diciembre 2016 a las 21:25.

-17- [NEUROPSICOLOGÍA](#).

-De Wikipedia, la enciclopedia libre.

-La neuropsicología es una disciplina fundamentalmente [clínica](#), que converge entre la [neurología](#) y la [psicología](#).

.La neuropsicología clínica estudia los efectos que una [lesión](#), daño, o funcionamiento anómalo, en las estructuras del [sistema nervioso central](#), causa sobre los [procesos cognitivos](#), [psicológicos](#), emocionales y del comportamiento individual.

.Estos efectos o [déficit](#), pueden estar provocados por: [traumatismo craneoencefálico](#); [accidentes cerebrovasculares](#) o [ictus](#); [tumores](#) cerebrales; [enfermedades neurodegenerativas](#) como: [Alzheimer](#), [esclerosis múltiple](#), [Parkinson](#), entre otros; enfermedades del desarrollo : [epilepsia](#), [parálisis cerebral](#), etc.; trastornos por déficit de atención/[hiperactividad](#), etc..

-Índice.

17- [NEUROPSICOLOGÍA](#).

- -17.1)- [Diversos Enfoques](#).

- [-17.2\)- Historia .](#)
 - [-17.2.1\)- El Estudio de la Afasia.](#)
 - [-17.2.2\)- Gall y la Frenología .](#)
 - [-17.2.2.1\)- Principales Aportes de Gall.](#)
 - [-17.2.2.2\)- Conclusiones de Gall.](#)
- [-17.3\)- Frenología .](#)
 - [-17.3.1\)- El Debate Entre Localizacionismo y Funcionalismo.](#)
 - [-17.3.2\)- Luria, Padre de la Neuropsicología Actual.](#)
 - [-17.3.3\)- Las guerras Mundiales y el Estudio de Pacientes Neurológicos.](#)
- [-17.4\)- Actualidad .](#)
 - [-17.4.1\)- La Escuela Reflexológica.](#)
 - [-17.4.2\)- Ciencias Cognitivas.](#)
 - [-17.4.3\)- Las Pruebas Neuropsicológicas.](#)
 - [-17.4.4\)- Tiempo Actual y Futuro.](#)
 - [17.4.4.1\)- Neurorehabilitación.](#)
 - [17.4.4.2\)- Dimensión Social de la Discapacidad.](#)
 - [17.4.4.3\)- Rol del Cuidador.](#)
- [-17.5\)- Neuropsicólogos Influyentes.](#)
- [-17.6\)- Neurohistología.](#)
 - [-17.6.1\)- Células Gliales.](#)
 - [-17.6.1.1\)- Clasificación Topográfica.](#)
 - [-17.6.1.2\)- Clasificación Morfo-funcional.](#)
 - [-17.6.2\)- Neuronas.](#)
 - [-17.6.2.1\)- Clasificación Morfológica.](#)
 - [-17.6.2.2\)- Clasificación Fisiológica.](#)
 - [-17.6.3\)- Señales Neuronales.](#)
- [-17.7\)- Sistema Nervioso Humano-](#)
 - [-17.7.1\)- Sistema Nervioso Central.](#)
 - [-17.7.2\)- Sistema Nervioso Periférico.](#)
 - [-17.7.3\)- Clasificación Funcional.](#)
- [-17.8\)- Neurofarmacología.](#)
- [17.9\)- NEUROANATOMÍA.](#)
 - [-17.9.1\)- División Neuroanatómica Estructural.](#)
 - [-17.9.2\)- División Neuroanatómica Funcional.](#)
 - [-17.9.3\)- Recursos para la Investigación Neurofuncional.](#)
 - [-17.9.4\)- Arquitectura de la Médula Espinal.](#)
 - [-17.9.5\)- Encéfalo.](#)
 - [-17.9.6\)- Neuroanatomía Celular.](#)
 - [-17.9.7\)- Recursos para la Investigación Neurocelular .](#)
 - [-17.9.7.1\)- Materia de estudio.](#)
 - [-17.9.8\)- Véase También.](#)
- [-17.10\)-SISTEMAS ANATOMOFUNCIONALES.](#)
 - [-17.10.1\)- Generalidades.](#)
 - [-17.10.2\)- Sistemas de Integración. Sistema Nervioso Central.](#)
 - [-17.10.3.-\) Sistemas Nervioso Periférico, Autónomo, Hormonal y Enzimático.](#)
 - [-17.10.4\) Los Cambios Producidos.](#)
 - [-17.10.5\)- . Estatura, Hábitos y Composición Corporal, y Hepática.](#)
 - [-17.10.6\)- . Función Renal, Sanguínea, Medio Interno y Capacidad de Reserva.](#)
 - [-17.10.7\)- . Sistema Cardiovascular.](#)
 - [-17.10.8\)- . Aparato Respiratorio.](#)

- -17.11)-CAMBIOS ANATOMOFUNCIONALES.
- -17.11.1)- Generalidades.
- -17.11.2)- Sistemas de Integración. Sistema Nervioso Central.
- -17.11.3.)- Sistemas Nervioso Periférico, Autónomo, Hormonal y Enzimático.
- -17.11.4) Los Cambios Producidos.
- -17.11.5)- . Estatura, Hábitos y Composición Corporal, y Hepática.
- -17.11.6)- . Función Renal, Sanguínea, Medio Interno y Capacidad de Reserva.
- -17.11.7)- . Sistema Cardiovascular.
- -17.11.8)- . Aparato Respiratorio.
- -17.11.9)- Teorías Explicativas de la Demencia Senil.
- -17.11.10)- Paliativos y Consuelos del Envejecimiento.
- -17.12)-DIVERSAS PARTES NERVIOSAS.
- -17.12.1)- Sinapsis y Funciones Mentales.
- -17.12.2)- Circulación Cerebral.
- -17.12.3)- Insuficiencia Cerebral.
- -17.12.3.1)- Insuficiencia Cerebrovascular.
- -17.12.3.2)- Insuficiencia Cerebrometabólica.
- -17.12.4) - Barrera Hematoencefálica.
- -17.12.5)- Metabolismo Neuronal.
- -17.12.5.1)- Características.
- -17.12.5.2)- Función del ATP y del AMPc.
- -17.12.5.3)- Alteraciones del Metabolismo Energético.
- -17.12.5.4)- Neurotransmisores y Envejecimiento Cerebral.
- -17.12.5.4.1)- Envejecimiento.
- -17.12.5.4.2)- Demencia Senil.
- -17.12.5.4.3)- Isquemia Cerebral.
- -17.12.5.4.4)- Síndromes Extrapirámides.
- -17.12.5.4.5. Deficiencias Funcionales.
- -17.13)- SISTEMAS DE INTEGRACIÓN: REACCIÓN DE LUCHA O HUIDA.
- -17.13.1)- [Fisiología](#) .
- -17.13.1.1)- [Sistema Nervioso Autónomo](#)
- -17.13.1.1.1)- [Sistema Nervioso Simpático.](#)
- -17.13.1.1.2)- [Sistema Nervioso Parasimpático.](#)
- -17.13.1.2)- [Respuesta.](#)
- -17.13.1.3)- [Función de los Cambios Fisiológicos.](#)
- -17.13.1.4)- [Perspectiva Evolutiva.](#)
- -17.13.1.5)- [Ejemplos.](#)
- -17.13.1.6)- [Variedad de Reacciones.](#)
- -17.13.2)- [Componentes Emocionales](#) .
- -17.13.2.1)- [Regulación Emocional.](#)
- -17.13.2.2)- [Reactividad Emocional.](#)
- -17.13.3)- [Componentes Cognitivos](#) .
- -17.13.3.1)- [Especificidad del Contenido.](#)
- -17.13.3.2)- [Percepción de Control.](#)
- -17.13.3.3)- [Procesamiento de Información Social](#)
- -17.13.4)- [Efectos Negativos de la Reacción de Estrés en Humanos.](#)
- -17.14)-COMPORTAMIENTO o CONDUCTA.
- -17.14.1)- [Delimitación del Término.](#)
- -17.14.2) [Comportamiento en psicología](#) .
- -17.14.2.1)- [Conducta.](#)

- -17.14.2.2)- [Aspectos Psico-sociales.](#)
- -17.14.3)- [Comportamiento en Psicología.](#)
- -17.14.4)- [Comportamiento de los Sistemas Sociales .](#)
- -17.14.4.1)- [Agrupaciones y Sociedades.](#)
- -17.14.4.2)- [Costes y Beneficios de Vivir en Grupo.](#)
- -17.14.4.3)- [Las Adaptaciones a la Vida en Grupo.](#)
- -17.14.5)- [Conducta Formal.](#)
- -17.14.6)- [Realización Voluntaria.](#)
- -17.14.7) [Comportamiento del Consumidor.](#)
- -17.14.8)- [Véase También.](#)
- -17.14.9)- [Referencias](#)
- -17.14.10)- [Bibliografía](#)
- -17.14.11)- [Enlaces Externos.](#)
- -17.15)-REALIMENTACIÓN.
- -17.15.1)- Historia
- -17.15.1.1)- Aspecto Social.
- -17.15.1.2)- Aspecto Tecnológico.
- -17.15.1.3)- Aspecto Político-económico.
- -17.15.2)- Lazo Abierto y Cerrado.
- -17.15.3)- Visión General.
- -17.15.4)- Realimentación Positiva y Realimentación Negativa.
- -17.15.4.1)- Sistemas Abiertos y Sistemas Cerrados.
- -17.15.5)- Tipos de Realimentación .
- -17.15.5.1)- Realimentación negativa
- -17.15.5.2) Realimentación Positiva.
- -17.15.6)- Norbert Wiener.
- -17.15.7)- Principales Aportes de la Realimentación.
- -17.15.8)- Véase También.
- -17.15.9)- Referencias.
- -17.16)- [Véase También.](#)
- -17.17)- [Bibliografía.](#)
- -17.18)- [Enlaces Externos.](#)

-17.1)- Diversos Enfoques.

-Existen diversos enfoques de esta [ciencia](#), de forma que cabe distinguir: la neuropsicología clínica, la [cognitiva](#) y la experimental.

-La neuropsicología es una rama de especialización, que se puede alcanzar después de los estudios universitarios de grado; así, un neuropsicólogo es un psicólogo o médico: generalmente psiquiatra o neurólogo.

.El campo en el que se desempeña este profesional, puede estar en ambientes académicos, clínicos o de investigación.

.En clínica su papel es la evaluación de los efectos psicológicos y comportamentales del daño cerebral de una persona, con el fin de detectar y establecer una relación entre las zonas anatómicas y las funciones cognitivas afectadas, con el objeto de delinear un programa de [rehabilitación neuropsicológica](#), pertinente al caso.

-17.2)- Historia.

-La neuropsicología tiene su origen, en los trabajos de varios [psicólogos](#) y [médicos](#), en los siglos [XIX](#) y [XX](#).

-17.2.1)-El Estudio de la Afasia.

-Hacia mediados del siglo XIX, el médico y [antropólogo francés](#), Pierre [Paul Broca](#) : [1824-1880](#), se hizo famoso por declarar en [1864](#), la localización del centro del lenguaje, conocido hoy en día como "[Área de Broca](#)", ubicado en la tercera circunvolución frontal del hemisferio izquierdo.

.Este descubrimiento fue vital, para establecer una clasificación de uno de los [síndromes](#) neuropsicológicos por excelencia: la [afasia](#).

.En la afasia de Broca, fundamentalmente está alterada la [fluencia](#) expresiva; permaneciendo la [comprensión](#), fundamentalmente preservada.

.Es menos conocido, que ya en [1836](#), y por lo tanto 30 años antes que Broca, el médico francés [Marc Dax](#), había descrito un caso de [parálisis](#) derecha asociada a [afasia](#), que él relacionó con un daño cerebral por [ACV](#), en el [hemisferio izquierdo](#). Sin embargo, a Marc Dax, nunca se le reconoció su gran descubrimiento.

.En [1874](#), el médico alemán [Carl Wernicke](#) : [1848-1905](#), describe el síndrome afásico que lleva su nombre : [síndrome de Wernicke](#), que es parcialmente opuesto al descrito por Broca.

.La [afasia de Wernicke](#), se produce por una lesión temporal-[parietal](#) izquierda. En ella, la comprensión es lo más alterado, siendo la fluencia normal.

.Sin embargo, el contenido del lenguaje de estos pacientes, también está alterado en la forma, que a veces se ha denominado "ensalada de palabras", donde las palabras están bien pronunciadas, pero su contenido solo se ajusta parcialmente a la gramática y objetivo comunicativo del sujeto.

.Cuando la encefalopatía de Wernicke, se acompaña del síndrome de Korsakoff, la combinación de ambos, es llamada síndrome de Wernicke-Korsakoff.

.Este mismo autor, describió por primera vez la [encefalopatía](#) que lleva su nombre : [síndrome de Korsakoff](#), debida a un [déficit](#) de [tiamina](#), y caracterizada por: un [síndrome confusional](#) y [amnesia](#).

-17.2.2)- Gall y la Frenología.

-Un precursor de las ideas de Broca fue: [Franz Joseph Gall](#) : [1758-1828](#); creador de la [frenología](#), en [1802](#).

.La frenología consideraba que existían funciones mentales, con una localización diferenciada en el cerebro. Aunque esta disciplina está considerada actualmente una [pseudociencia](#), porque su clasificación y localización de las funciones mentales, no se basaba en ningún tipo de evidencia científica, que tuvo su auge en el siglo XIX, y preparó el camino a las teorías de Broca.

-17.2.2.1)- Principales Aportes de Gall.

. La diferencia entre los seres humanos se da por el desarrollo del cerebro y del lóbulo frontal.

. La corteza cerebral no es solo tejido vascular.

.Divide entre la materia blanca y la materia gris.

-17.2.2.2)- Conclusiones de Gall.

- Vías principales del SNC.

- Fibra de asociación, no es igual a fibra de proyección.
- Descubre comisuras cerebrales.
- Descubre nervios craneales, que se originan en la médula.
- Explica los pliegues del cerebro, como la necesidad de ganar espacio dentro del cráneo.

-17.3)-Frenología.

- Los aspectos psicológicos, intelectuales, y morales dependen de la organización funcional del cerebro.
- Cada facultad psicológica depende de la región del cerebro.
- Calidad y grado de las facultades, dependen del desarrollo de la masa del cerebro asociada con ellos.
- Facultades psicológicas, morales, intelectuales, son innatas, y además, se pueden heredar

-17.3.1)-El Debate Entre Localizacionismo y Funcionalismo.

-Un científico muy crítico con las ideas de la frenología, fue Marie-Jean Pierre [Flourens](#): [1794-1867](#).

.Este fisiólogo francés, creía que era imposible localizar las funciones cerebrales con precisión, ya que las diferentes estructuras cerebrales interactuaban entre sí, creando sistemas funcionales.

.Un contemporáneo de Wernicke, tomó el relevo como defensor del funcionalismo: [John Hughlings Jackson](#) :[1835-1911](#), un médico inglés, fue muy crítico con los aportes de Broca y Wernicke; negando la posibilidad, de que se pudiesen encontrar localizaciones neurológicas específicas para el lenguaje; por considerar a esta una capacidad demasiado compleja.

.El debate que iniciaron Gall y Flourens, y que continuó Jackson, entre localizacionismo y funcionalismo, ha perdurado hasta el siglo XXI, y aun ahora, forma parte de la neuropsicología actual.

-17.3.2)-Luria, Padre de la Neuropsicología Actual.

-Más tarde, recién entrado el siglo XX, el psicólogo y médico [ruso Alexander Romanovich Luria](#) : [1902-1977](#), perfeccionó diversas técnicas, para estudiar el comportamiento de personas, con lesiones del sistema nervioso, y completó una batería de [pruebas psicológicas](#) diseñadas, para establecer las afecciones en los procesos psicológicos: [atención](#); [memoria](#); [lenguaje](#); [funciones ejecutivas](#); praxias : ver [apraxia](#); gnosias : ver [agnosia](#);; [cálculo](#), etc.

.La aplicación de esta extensa batería, podía darle al neurólogo, una clara idea de la ubicación y extensión de la lesión, y al mismo tiempo, al psicólogo, le proporcionaba un reporte detallado de las dificultades cognitivas del paciente.

.Desgraciadamente, la separación que se vivió durante la [guerra fría](#), entre los regímenes capitalista y comunista, así como el poco interés por traducciones desde el idioma ruso, dificultaron la llegada de sus ideas al mundo occidental.

-17.3.3)- Las Guerras Mundiales y el Estudio de Pacientes Neurológicos.

- A través de la [guerra](#), el siglo XX, proporcionó a la [medicina](#) y a la [psicología](#), oportunidades trágicas, pero importantes, para estudiar la función cerebral.

.La observación y medición del comportamiento de los pacientes, con diversos [traumatismos](#) sufridos durante el combate, permitió establecer las áreas del [cerebro](#), que se ocupan de las diversas manifestaciones conductuales.

.Las heridas de guerra, normalmente por bala o metralla, tenían la "ventaja" científica de ser localizadas a una única zona cerebral.

.Esto permitía estudiar con una precisión imposible hasta ese momento, la relación entre localización y función.

.También se utilizó el [método lesional](#), con [animales](#), produciendo daños de forma experimental, para observar los cambios en el comportamiento, y establecer paralelos con los seres humanos.

-17.4)- Actualidad.

-La neuropsicología se vale hoy en día, de métodos experimentales, de la observación clínica, y se puede apoyar de los estudios de imágenes del cerebro : [TAC](#), [RMN](#), [PET](#), [SPECT](#), [IRMf](#), flujo sanguíneo relativo, etc.; y de las ciencias cognoscitivas, para diseñar esquemas de funcionamiento y de rehabilitación de las funciones dañadas o perdidas, basados en las funciones preservadas.

-17.4.1)- La Escuela Reflexológica.

- Describe que la función o sistema funcional, es un conjunto de complejas conexiones temporales, secundarias a una compleja actividad refleja, producida por sectores excitadores e inhibidores del Sistema Nervioso, para poder asegurar un equilibrio con el medio.

.Esta adaptación puede ser fisiológica y psicológica, existiendo centros dinámicos, donde hay elementos diferenciados, y otros que se pueden integrar entre ellos.

.En este grupo se encuentran: Luria (1947), Conrad (1954), Rusell (1961), Kleitz (1962), Milner (1964), Zangwill (1967), Bentón (1971), Geschwind (1975), el autor de esta obra: Enrique Barmaimon : 1931, a la fecha; varias obras de 1982 a la fecha; y otros.

-17.4.2)-Ciencias Cognitivas.

-La cognoscibilidad, el cognoscente, lo cognoscible y la intercognoscibilidad, se convierten en los objetos de estudio, de las ciencias cognitivas, con el apoyo de tecnologías objetuales, como es el : monitoreo de las relaciones; "mente - cerebro", y por medio de [tomografías encefálicas](#)(PET).

.La preocupación por desarrollar investigaciones científicas y tecnológicas, en torno a los fenómenos del comportamiento, de la mente y de la inteligencia, estuvo presente en muy diversos programas de investigación, y en enfoques, desde finales del siglo XIX, y durante la primera mitad del siglo XX. Por eso, a mediados del siglo XX, surgieron con relativa independencia, diversos enfoques con objetos de estudios convergentes, pero con metodologías divergentes.

. Sería posible evidenciar esto, en los estudios de: [psicología cognitiva](#) de: [Lev Vygotski](#), [Aleksander Lúriya](#), [Jean Piaget](#) y [Jerome Bruner](#); de [psicología de la Gestalt](#) o de la forma, por parte de [Max Wertheimer](#), [Wolfgang Köhler](#), [Kurt Koffka](#) y [Kurt Lewin](#); de [cibernética](#) de [Warren McCulloch](#) y [Norbert Wiener](#); de [psicobiología cognitiva](#) de [Karl Lashley](#) y [Donald Hebb](#).; y en las obras de Enrique Barmaimon.

.En este contexto, a finales de la década de 1950 e inicios de la de 1960, surgieron esfuerzos transdisciplinarios para lograr una convergencia teórica y metodológica:

. Un primer intento: lo realizaron un psicólogo: [Allen Newell](#) y un economista: [Herbert Simon](#), integrando investigaciones de psicología cognitiva, con las incipientes técnicas de programación lógica, construyendo los primeros jugadores de ajedrez, y demostradores de teoremas automáticos, que se convirtieron entonces, en los primeros pasos de la disciplina,

que eventualmente [John McCarthy](#), creador del lenguaje [LISP](#), denominaría como: [Inteligencia Artificial](#).

-Categorías de la inteligencia artificial: Stuart Russell y Peter Norvig, diferenciaron los tipos de la inteligencia artificial⁵, que son:

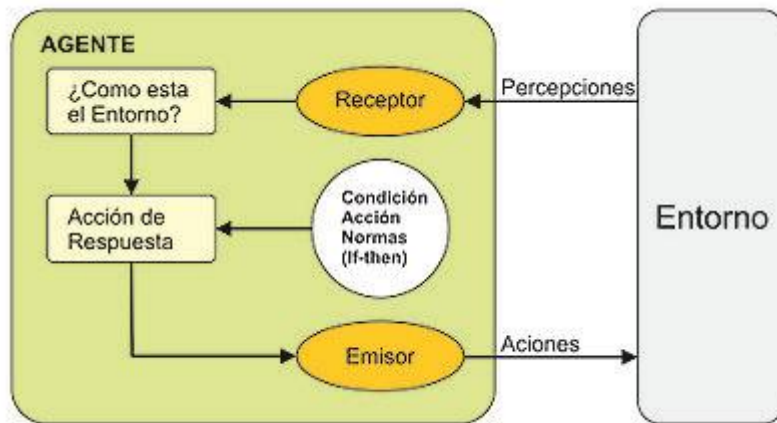
- Sistemas que piensan como humanos: sistemas que tratan de emular el pensamiento humano; por ejemplo: las [redes neuronales artificiales](#), donde la automatización de actividades, están vinculadas con procesos de pensamiento humano, con actividades como: la [Toma de decisiones](#), [Resolución de problemas](#) y [aprendizaje](#).⁶
- Sistemas que actúan como humanos: Sistemas que tratan de actuar como humanos; que imitan el comportamiento humano; como la [robótica](#). El estudio de cómo lograr que las computadoras realicen tareas, que, por el momento, los humanos hacen mejor.⁷
- Sistemas que piensan racionalmente: Es decir, con lógica : idealmente, que tratan de imitar o emular el pensamiento lógico racional del ser humano; por ejemplo ,los [sistemas expertos](#).
.El estudio de los [cálculos](#), que hacen posible [percibir](#), [razonar](#) y actuar.⁸
- Sistemas que actúan racionalmente : idealmente: Que tratan de emular en forma racional, el comportamiento humano; por ejemplo, los [agentes inteligentes](#); que estaría relacionado con conductas inteligentes en diversos [artefactos](#).⁹

-El primer modelo de inteligencia artificial fue de tipo funcionalista, que se sustentó en la [Tesis de Church-Turing](#).

.Newell y Simon, ensamblaron el primer programa transdisciplinario de investigación, en las ciencias cognitivas: "[La hipótesis del sistema de símbolos físicos](#)",³ que permitió la modelación funcionalista de la mente, y su emulación en plataformas de computación electrónica; presentándolo [Allen Newell](#) y [Herbert Simon](#), en un simposio en el [MIT](#), en 1956, con el título de: "La máquina de la teoría lógica",⁴ siendo la primera demostración completa de un [teorema](#) realizado por una [computadora](#).

.En el mismo simposio, [Noam Chomsky](#), esbozó: "Tres modelos de lenguaje", donde presentaba su [modelo transformacional de la gramática](#); y el psicólogo [George Miller](#), explicó su trabajo sobre representaciones mentales, con fragmentos de información, que son codificadas y decodificadas en la mente.

.Los esfuerzos por lograr una convergencia teórica y metodológica, realizados por; [John McCarthy](#), [Marvin Minsky](#), [Allen Newell](#), y [Herbert Simon](#), permitieron el surgimiento de la [inteligencia artificial](#), que no solo es transdisciplinaria, sino que deshace las fronteras rígidas entre: la ciencia, la tecnología y la filosofía.



-Agente Inteligente Simple.

.De esta manera, emergería de manera incipiente, la primera comunidad de tecno-científicos cognitivos; la cual permitió a cada uno, desde sus respectivos ámbitos, dar cuenta que la psicología experimental humana, la lingüística teórica, y la simulación artificial de procesos cognitivos, podían integrarse transdisciplinariamente, en una "totalidad de mayor rango explicativo", que cada una de las disciplinas por separado.

. Esta nueva comunidad tecno-científica, en los años posteriores, gradualmente integrará sus aplicaciones metodológicas, en una jerga en común, con términos teóricos y no-teóricos; que consolidó un núcleo teórico, que eventualmente recibió la denominación de "*ciencias cognitivas*".

-Por ello, sería posible ubicar sus orígenes institucionales, a mediados de la década de 1970, con la fundación de la "*Cognitive Science Society*" y la revista "*Cognitive Science*", donde se han publicado algunos de los textos, que se consideran clásicos de las ciencias cognitivas.

.Desde entonces, se han diversificado los ámbitos de [investigación](#) cognitiva; los centros, [institutos](#), grados y [postgrados](#) de estudios cognitivos, alrededor de todo el mundo; a partir de lo cual, se ha dado una alta densidad de resultados de investigaciones transdisciplinarias, y una multiplicidad de [publicaciones](#) periódicas, [libros](#) y [enciclopedias](#); convirtiéndose todo ello, en una verdadera [revolución](#) cognitiva.

.Actualmente, existen programas de ciencia cognitiva, en más de sesenta universidades de todo el mundo.⁵.

-17.4.3)- Las Pruebas Neuropsicológicas.

-Mucho del trabajo clínico, se sigue haciendo con pruebas neuropsicológicas. Hoy en día hay varias evoluciones del trabajo de Luria, en forma de baterías y pruebas neuropsicológicas como:

- [Batería Halstead-Reitan](#)
- Programa Integrado de Exploración Neuropsicológica, conocido como [Test Barcelona](#).
- [Batería Luria-Christensen](#)
- [Batería Luria-Nebraska](#)
- ENI - Evaluación Neuropsicológica Infantil
- [K-ABC](#)

- Neuropsicología.

Estos instrumentos exploran con profundidad las diversas funciones cognitivas y rinden un informe del estado en que se encuentran.

-17.4.4)- Tiempo Actual y Futuro.

- En los últimos años, los grandes avances de la Física Atómica, de la Fisiología, de la Microscopía Electrónica, de la Ultrabioquímica, de los Analizadores, de la Nanología, de las sustancias marcadas, de los medios de diagnóstico, de la computación, de la microcirugía, de la monitorización, de los Positrones, de la Tomografía, de la resonancia Magnética, de la Videocirugía y Videodiagnóstico, de la Ecoscopia, de la Cirugía y Anestesia Robótica y muchos otros; han llevado al descubrimiento de los Neurotransmisores y de los fenómenos bioquímicoeléctricos, que han permitido nuevas explicaciones, nuevos procedimientos diagnósticos y por consiguiente nuevos tratamientos, permitiendo el avance de la Psicofisiología, la Neuropsicología, las Ciencias Cognitivas, la Anestesiología y la Intensificación de Cuidados; al conocer mejor los Conjuntos Neuronales, los Sistemas Funcionales y los Pisos Anatomofuncionales.

.Además, se ha observado la gran analogía existente entre los Centros de Integración y las computadoras actuales, así como la existencia de sistemas reguladores químicos y autoinmunes, que junto a los nerviosos, están formando nuestros Sistemas de Integración.

-Todo esto, abre un porvenir amplio y promisor, que nos permitirá contar en los próximos años, con mejores técnicas diagnósticas y nuevos procedimientos terapéuticos, que permitirá mejorar el pronóstico de los pacientes en este campo.

17.4.4.1)- Neurorehabilitación

-El paradigma imperante a lo largo de las diferentes escuelas neuropsicológicas, plantea que la neuropsicología es una herramienta de fundamental importancia, para rehabilitar pacientes con patologías neuropsicológicas.

.Los Ictus o infartos cerebrales constituyen la principal causa de discapacidad en el mundo, y junto con la rehabilitación física, como la kinesiología; la neuropsicología se encarga de la neurorehabilitación, para intentar minimizar los déficits que pueda sufrir el paciente, y mejorar su calidad de vida.

.Uno de los factores fundamentales de la neurorehabilitación, es que el paciente pueda emprender acciones, para manejarse con la mayor independencia posible en su entorno habitual.

-17.4.4.2)-Dimensión Social de la Discapacidad

-Es cierto, que muchas veces no sólo funcionan como limitantes las secuelas físicas, emocionales y cognitivas, sino que también se constituye como una gran barrera: la discriminación y la falta de espacios culturales para resocializar al individuo.

.Generándose un problema sociosanitario, económico y familiar.

.Afectándose al paciente en sus actividades de la vida diaria: aprendizaje y aplicación del conocimiento, tareas y demandas generales, comunicación, movilidad, vida doméstica y autocuidado.

-17.4.4.3)- Rol de Cuidador

-Dependiendo de las condiciones prestacionales sanitarias o económicas, el cuidador es generalmente un familiar, o una persona con conocimiento en cuidado de enfermos o ancianos.

.Sea quien fuere el cuidador del paciente, que sufre una patología [neurológica](#), neuropsiquiátrica, o neuropsicológica, tendrá el riesgo cierto, de padecer el [Síndrome de Burnout](#) : CIE-10 = [Z73.0](#) , CIAP-2 = P78, en castellano conocido como [Síndrome del Quemado](#), lo cual lleva a incluir, el rol del cuidador, con sumo cuidado de atención médica, siendo uno de los factores necesarios para la neurorehabilitación y lograr un entorno facilitador para mejorar la calidad de vida del paciente.

.17.4.4.3.1)- [Síndrome de Burnout](#).

-De Wikipedia, la enciclopedia libre. «[Síndrome de burnout](#)»)

Síndrome de burnout	
Clasificación y recursos externos	
CIE-10	Z73.0
CIAP-2	P78
 Aviso médico	



-Caricatura de la consulta de un paciente a un doctor sobre un *burnout*:
(Doctor) *Eh.. Creo que usted tiene un burnout.* (Paciente) **Tos seca**.



-El síndrome de Burnout es un padecimiento que a grandes rasgos, consistiría en la presencia de una respuesta prolongada de [estrés](#) en el organismo, ante los factores estresantes emocionales e interpersonales, que se presentan en el trabajo, que incluye [fatiga crónica](#), ineficacia y negación de lo ocurrido.^{1 2}

.Este síndrome no se encuentra reconocido en; el [Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales](#) (DSM)³, aunque sí es mencionado brevemente en la [Clasificación internacional de enfermedades](#), bajo el código Z 73.0,⁴ pero dentro del apartado asociado a “problemas relacionados con el manejo de las dificultades de la vida”.

.Cabe indicar eso sí, que en algunos países europeos a los pacientes con Burnout se les diagnostica con el síndrome de [neurastenia](#) : ICD-10, código F 48.0, siempre que sus síntomas estén asociados al trabajo,⁵

.En concordancia con la lógica de planteamientos presentes en algunas investigaciones, quienes la vinculan con el síndrome de Burnout, considerándolo, por lo tanto, como una forma de enfermedad mental.^{6 7}

-Índice.

.17.4.4.3.1)- [Síndrome de Burnout](#).

- -17.4.4.3.1.1)- [Sinonimia](#)
- -17.4.4.3.1.2)- [Origen Conceptual del Síndrome de burnout](#).
- -17.4.4.3.1.3)- [Población de Riesgo](#).
- -17.4.4.3.1.4)- [Dimensiones](#).
- -17.4.4.3.1.5)- [Síntomas](#).
- -17.4.4.3.1.6)- [Causas](#).
- -17.4.4.3.1.7)- [Prevalencia del Burnout](#).
- -17.4.4.3.1.8)- [Taxonomía de Modelos Explicativos del Burnout](#).
- -17.4.4.3.1.9 [Burnout en el Ámbito Deportivo](#).
- -17.4.4.3.1.10)- [Instrumentos de Valoración](#).
- -17.4.4.3.1.11)- [Diferencias Entre Estrés y Burnout](#).
- -17.4.4.3.1.12)- [Véase También](#).
- -17.4.4.3.1.13) [Notas](#).
- -17.4.4.3.1.14)- [Referencias](#).
- -17.4.4.3.1.15)- [Enlaces Externos](#).

-17.4.4.3.1.1)- Sinonimia.

-El síndrome de burnout también es llamado: síndrome de desgaste profesional, síndrome de desgaste ocupacional (SDO), síndrome del trabajador desgastado, síndrome del trabajador consumido, síndrome de quemarse por el trabajo, síndrome de la cabeza

quemada; en [francés](#): conocido como surmenage : estrés; es, sin embargo, un constructo del que se pueden desprender un sinnúmero de definiciones, por lo que es posible indicar la inexistencia de una única conceptualización^{8 9 10 11}, y que han incidido también en la aparición de diferentes modelos explicativos.^{12 13}.

-17.4.4.3.1.2)- Origen Conceptual del Síndrome de Burnout.

-Desde la aparición del primer concepto de Síndrome de Burnout en 1974, dado por Freudenberger, a través de la historia, muchos investigadores han aportado innumerables conceptos, entre los que vale la pena nombrar a: Pines y Kafry , en 1978; Dale :1979; Edelwich y Brodsky: 1980; Maslach y Jackson: 1981; Feigley 1984 ; Raedeke y Smith 2001. .Este síndrome, fue descrito por primera vez en [1969](#), por H.B. Bradley, como [metáfora](#) de un fenómeno psicosocial presente, en oficiales de policía de libertad condicional, utilizando el término *staff burnout*.¹⁴.

.Posteriormente en el año de 1974, Freudenberger propone un concepto centrado en un estudio netamente organizacional. Él propone que son sentimientos de agotamiento y frustración, además de cansancio, que se generan por una sobre carga, e incluye en su explicación el término de adicción al trabajo; siendo también el primero, en proponer este tipo de relación asociada a un desequilibrio productivo.

.Posteriormente, en el año de 1980, Freudenberger amplía su teoría y conceptualización, agregando que estos sentimientos, se deben a cargas irracionales de trabajo, que ellos mismos o quienes los rodean les imponen.

.Para este mismo año, aparece Cherniss quien lo conceptualiza como un proceso, y propone 3 momentos: uno asociado a un desequilibrio entre la carga laboral y las posibilidades del sujeto de responder de forma óptima a esta; un segundo momento, que habla de la presencia de una respuesta emocional negativa fuerte; y un último momento, que propone un cambio conductual y actitudinal en el que se sumerge el sujeto.

.Contemporánea a esta propuesta, surge la de Edelwich y Brodsky, quienes lo relacionan más a una pérdida progresiva de la energía, motivación e ideal, asociada a las profesiones de ayuda a su cargo, y proponen también fases progresivas, entusiasmo, estancamiento, frustración y apatía.

.Por otro lado, en el año [1976](#), la [psicóloga social Christina Maslach](#), lo presenta ante un congreso de la [Asociación Estadounidense de Psicología](#), definiéndolo como un síndrome tridimensional, que consideraba como dimensiones de análisis a los siguientes constructos: [agotamiento emocional](#); [despersonalización](#) y baja realización personal; y que ocurriría entre sujetos que trabajan en contacto directo con clientes o pacientes.¹⁵.

.En el año [1980](#), [Freudenberger](#) publica su libro titulado: "*Burn Out: The High Cost of High Achievement. What it is and how to survive it*", texto que se ha transformado en un referente primordial, para el abordaje primigenio del Síndrome de Burnout.¹⁶.

.Posterior a ellos, en el año 1981, las autoras Maslach y Jackson, aportan el hasta ahora más aceptado concepto del síndrome, en el que proponen que este es tridimensional, y que dentro de estas dimensiones, se encuentran el agotamiento emocional, la despersonalización : en la que se generan actitudes de sarcasmo ante sus compañeros de trabajo, y la reducida realización personal.

-17.4.4.3.1.3)- Población de Riesgo.

-En general, los más vulnerables a padecer el síndrome son aquellos profesionales en los que se observa la existencia de interacciones humanas trabajador-cliente, de carácter intenso o duradero, sin considerar por cierto, a un cliente en particular, sino más bien, a uno

o varios.^{6 7} Dichos profesionales pueden ser caracterizados como de desempeño satisfactorio, comprometidos con su trabajo, y con altas expectativas respecto a las metas que se proponen,¹⁷ en las que el burnout se desarrolla, como una respuesta a [estrés](#) constante y sobrecarga laboral.¹⁸

.El Síndrome de Burnout es muy frecuente en personal sanitario : nutricionistas, médicos, enfermeras/os, psicólogas/os, psiquiatras, terapeutas ocupacionales, trabajadores sociales, terapeutas familiares, y consejeros matrimoniales, así como personal administrativo^{19 20} y docente¹³, no escapando por cierto otros profesionales como: [deportistas](#) de élite,^{12 21} , teleoperadores : operadores de [Centros de llamadas](#), ingenieros, personal de las fuerzas armadas,^{22 23} y en general, en diversas profesiones de las que actualmente, se observa un creciente interés por analizar.¹⁵

.Respecto al género, diversas investigaciones, apuntan a que las [mujeres](#), son las que presentan mayor prevalencia que los [hombres](#).⁸.

-17.4.4.3.1.4)- Dimensiones.

-En el año de 1981, Maslach y Jackson, proponen las siguientes dimensiones del síndrome de Burnout:

- Cansancio emocional: Valora el agotamiento emocional debido a las exigencias del trabajo.
- Despersonalización: Valora el grado de indiferencia y apatía frente a la sociedad.
- Baja realización personal: Valora sentimientos de éxito y de realización personal.

-17.4.4.3.1.5)- Síntomas.

-Los síntomas del Síndrome de Burnout se han categorizado en cuatro grupos, donde se desarrollan de forma progresiva, estos son:

- Síntomas psicósomáticos: cefaleas, molestias gastrointestinales, insomnio, entre otros.
- Síntomas conductuales: Problemas relacionales, ausentismo laboral, entre otros.
- Síntomas emocionales: distanciamiento afectivo, ansiedad y disminución del rendimiento laboral.
- Síntomas defensivos: Negación de los síntomas anteriores, y desplazamiento de los sentimientos hacia otros ámbitos.

-Lo principal es un fuerte sentimiento de impotencia, ya que desde el momento de levantarse ya se siente cansado. El trabajo no tiene fin y, a pesar de que se hace todo para cumplir con los compromisos, el trabajo nunca se termina.

.La persona que lo padece se vuelve [anhedónica](#), es decir, que lo que anteriormente era motivo de alegría ahora no lo es, en otras palabras, pierde la capacidad de disfrutar.

.Aún cuando se tiene tiempo, se siente siempre estresado.

.A diferencia de lo que ocurría al principio, el trabajo ya no produce incentivos ,para la persona afectada con burnout.

.Visto por otras personas, aparenta sensibilidad, [depresión](#) e insatisfacción.

-17.4.4.3.1.6)- Causas.

-El Síndrome Burnout suele deberse a múltiples causas, y se origina principalmente en las profesiones de alto contacto con personas, con horarios de trabajo excesivos.

.Se ha encontrado en múltiples investigaciones, que el síndrome ataca especialmente

cuando el trabajo supera las ocho horas diarias, cuando no se ha cambiado de ambiente laboral en largos periodos de tiempo, y cuando la remuneración económica es inadecuada. .El desgaste ocupacional también sucede por las inconformidades con los compañeros y superiores, cuando lo tratan de manera incorrecta. .Esto depende de tener un pésimo clima laboral, donde se encuentran áreas de trabajo en donde las condiciones de trabajo son inhumanas.

-Existen dos factores de riesgo para la aparición del Síndrome Burnout:

- El estrés como resultado de una responsabilidad, que con frecuencia supera las capacidades del individuo para resolverlas, y si a esto le agregamos la incertidumbre del futuro, los problemas económicos, y las relaciones familiares con poca tolerancia, son fuertes detonantes
- La privación del sueño y el efecto que causa en el desempeño laboral y académico, ha sido estudiado y recientemente sujeto a regulaciones. .Está comprobado que la privación crónica del sueño, modifica la concentración y altera la capacidad de decisiones, que como resultado se incrementan los errores, con consecuencias fatales.²⁴.

-17.4.4.3.1.7)- Prevalencia del Burnout.

-Uno de los instrumentos más utilizados para medir el burnout, es el denominado [Maslach Burnout Inventory](#) : MBI, creado por [Christina Maslach](#) y Susan Jackson, que utiliza un enfoque tridimensional, para su evaluación, utilizando los siguientes componentes: realización personal en el trabajo, cansancio emocional y despersonalización.²⁵. .En función de este instrumento, dichas autoras, estimaron un conjunto de puntajes comparativos del MBI, para diversos campos de trabajo, pudiéndose indicar que el grado de burnout, en cada uno de ellos sería:²⁵:

Industria	Realización personal en el trabajo	Cansancio emocional	Despersonalización
Promedio general de seis industrias:	Moderado	Moderado	Moderado
.Hospitalario	Moderado	Moderado	Moderado
.Educación	Alto	Moderado	Alto
.Otros educación	Moderado	Bajo	Bajo
.Servicios sociales	Alto	Moderado	Moderado
.Medicina	Moderado	Moderado	Moderado
.Salud mental	Alto	Bajo	Bajo
.Otros	Moderado	Moderado	Moderado

-Respecto a la prevalencia de este síndrome, la información disponible es fragmentada, no habiendo aún, algún estudio epidemiológico, que permita visualizar el porcentaje de población real, que la padece, aunque existen investigaciones, que se han abocado a realizar esfuerzos en torno a determinar la prevalencia en diversos campos.

.En este contexto, en una investigación realizada a una muestra de 11 530 profesionales de la salud, residentes en [España](#) y [América Latina](#), se pudo constatar que la prevalencia de Burnout, en este tipo de profesionales fue: 14,9 % en [España](#), 14,4 % en [Argentina](#), 7,9 % en [Uruguay](#), 4,2 % en [México](#), 4 % en [Ecuador](#), 4,3 % en [Perú](#), 5,9 % en [Colombia](#), 4,5 % en

[Guatemala](#) y 2,5 % en [El Salvador](#).²⁶.

.Por otro lado, respecto a la prevalencia existente en docentes [latinoamericanos](#), se aprecian diversas investigaciones tendientes a determinarla, pudiéndose indicar que para el caso de: [México](#): alcanzaría al 35,5 % , en una muestra de 698 docentes, de 51 escuelas);²⁷ para [Chile](#) : un 27,4 % y con proclividad un 47,2 % ,en una muestra de 479 profesores de educación pre-escolar, básica o primaria y media o secundaria²⁸; y para [Perú](#): un 40 % , en una muestra de 616 docentes de educación primaria y secundaria.²⁹.

-17.4.4.3.1.8)- Taxonomía de Modelos Explicativos del Burnout.

-Existen diversos [modelos](#) explicativos de este [síndrome](#), y aunque los primeros provinieron desde la [teoría psicoanalítica](#), se puede indicar que los principales [modelos](#) explicativos del burnout, se encuentran en la [psicología social](#),³⁰ pudiéndose al menos mencionar los siguientes:^{31 32 33}:

- Modelo Ecológico de Desarrollo Humano: Desarrollado por Carroll y White (1982),³⁴ se basa en el conjunto de interrelaciones, que debe llevar a cabo el sujeto en los distintos ambientes donde participa, y en los que debe asumir diversas normas y exigencias, muchas veces contradictorias, transformándose en fuentes de estrés.³⁴
- Modelo de descompensación valoración-tarea-demanda:ⁿ¹ En este modelo, el burnout, se conceptualiza como un elemento que operacionalizaría el estrés docente, denominándolo como sentimientos de efecto negativo.
Fue desarrollado por Kyriacou y Sutcliffe : 1978,³⁵ : Como un modelo de burnout aplicado al mundo del profesorado, que posteriormente fue ampliado por Rudow: 1999, y levemente modificado por: Worrall y May : 1989.³⁶
- Modelo sociológico: ⁿ² Este modelo considera que el Burnout, se presenta como consecuencia de las nuevas políticas macroeconómicas y fue sugerido por Farber (1991) y finalmente desarrollado por Woods (1999). Para este modelo la globalización explica principalmente la epidemia de Burnout.
- Modelo opresión-demografía: ⁿ³ Propuesto por Maslach y Jackson : 1981: Ve al ser humano, como una máquina que se desgasta, por determinadas características que la vuelven vulnerable : los años, pertenecer al género femenino, estar soltero, o divorciado, etc., combinado con la presión laboral y la valoración negativa de sí mismo y de los demás. Se ha criticado por ser un modelo mecanicista.
- Modelo de Competencia Social: Es uno de los modelos más representativos construidos en el marco de la teoría sociocognitiva del yo, y fue propuesto por Harrison : 1983.³⁷
- Modelo demografía-personalidad-desilusión:ⁿ⁴ Propuesto por El Sahili : 2010,³² este modelo considera, que el Burnout requiere de dos elementos fundamentales para su formación: (a) un [estrés](#), que presiona al organismo durante mucho tiempo y que se combina con varias fallas en la [personalidad](#), y diversos factores de riesgo, y (b) la desilusión creciente, que se tiene sobre la profesión ejercida, proveniente principalmente de la falta de compromiso, poca [satisfacción laboral](#), y pérdida vocacional.
.En este contexto, el [estrés crónico](#) no sería una variable explicativa significativa [per se](#) del Burnout, sino que necesitaría ser combinada con el desencanto, que sufre el sujeto sobre las tareas realizadas.³²

-17.4.4.3.1.9)- Burnout en el Ámbito Deportivo.

-Flippin en el año 1981, realiza el primer aporte del síndrome, desde la psicología aplicada al deporte, abriendo este campo de estudio, que se ha extendido hasta la actualidad, y del que han formado parte, desde niños de escuelas de formación, hasta adultos de la tercera edad, y deportistas de alto rendimiento, siendo estos últimos los más estudiados.

.Feigley y Fender también conceptualizan este síndrome desde la psicología deportiva, pero en el, a diferencia de las propuestas anteriores, le dan más relevancia a la carga de entrenamiento, y su agotamiento físico.

. El autor, Fayos en 1999, es quien propone, que el efecto más contundente de la presencia de este síndrome, es el abandono de la práctica deportiva, y el deterioro de factores mentales, tales como la motivación.

.En el contexto Colombiano específicamente, se han realizado algunos estudios del síndrome, entre ellos destaca el realizado por Flórez en 2012, en el que al aplicar el instrumento ABQ, donde se encuentra que los deportistas de la muestra, obtienen una puntuación alta, en la dimensión de despersonalización.

-17.4.4.3.1.10)- Instrumentos de Valoración.

-A través de la historia han aparecido varios instrumentos para la valoración del síndrome, pero debido a su falta de validez, en sus propiedades psicométrica, no han sido aceptados dentro del campo de investigación, dentro de los instrumentos válidos se encuentran:

- MBI : Maslach Burnout Inventory, desarrollado por Maslach y Jackson, en 1981, para el ámbito laboral.
- ABQ : Athle Burnout Qestionnaire: desarrollado por Raedeke y Smith, en 2001, únicamente para el contexto deportivo.

-17.4.4.3.1.11)- Diferencias Entre Estrés y Burnout.

-Para , Singh, Goolsby y Rohoads, creen que Burnout y estrés laboral, son conceptos claramente diferentes:

-Estrés:

.Sobre implicación en los

Problemas

.Hiperactividad emocional

.El daño fisiológico es el sustrato

Primario

.Agotamiento o falta de energía

Física

.La depresión puede entenderse

como reacción a preservar las

energías físicas

-Burnout:

.Falta de implicación

.Embotamiento emocional

.El daño emocional es el

sustrato primario

.Agotamiento afecta a

motivación y a energía

psíquica

.La depresión en burnout es

como una pérdida de ideales

de referencia-tristeza

.Puede tener efectos positivos

en exposiciones moderadas .Sólo tiene efectos negativos

(estrés)

-17.4.4.3.1.12)- Véase También.

- [Adicción al trabajo](#);
- [Karōshi](#) («muerte por exceso de trabajo», en japonés;
- [Síndrome de fatiga informativa](#).

-17.4.4.3.1.13)- Notas.

1. [Volver arriba ↑](#) Para la construcción de este modelo teórico, Kyriacou y Sutcliffe (1978) utilizaron la conceptualización de Lazarus y Launier (1978), sobre el estrés en el profesorado, y que realizan una distinción explícita entre aquellos estresores primordialmente físicos y aquellos que son esencialmente psicológicos.
2. [Volver arriba ↑](#) «Creado por Woods, propone tres variables: micro (personalidad y profesionalización personal), media (instituciones educativas) y macro (política gubernamental y economía global). El capitalismo presiona para que se logre la eficiencia, y las tareas de alto nivel se transforman en rutinas, lo que hace que el docente se vuelva más técnico que profesionista; la escuela y las características de personalidad del docente se conjugan para dar por resultado el burnout». El Sahili, 2011, p. 207.
3. [Volver arriba ↑](#) «Propuesto por Maslach y Jakson (1981), considera que las características opresoras del trabajo, en combinación con las características sociodemográficas, son las causas principales del burnout. Entre estas últimas, destaca la vivencia del estrés, la evaluación de los demás y la evaluación de sí mismo. Cabe destacar que este modelo es el más seguido en la actualidad». El Sahili, 2011, p. 208.
4. [Volver arriba ↑](#) «(...) incluye los factores sociodemográficos, que se conjugan con la presión emocional, el elevado involucramiento en las tareas, así como la demanda de atención, lo cual engloba el concepto de desgaste por estrés, en conjunto con la desilusión gradual sobre el entorno, todo lo cual genera una pérdida en el interés vocacional y una disminución de la energía». .El Sahili, 2011, p. 209.

-17.4.4.3.1.14)- Referencias.

1. [Volver arriba ↑](#) Montero-Marín, Jesús; [García-Campayo, Javier](#) (2010). «[A newer and broader definition of burnout: Validation of the "Burnout Clinical Subtype Questionnaire \(BCSQ-36\)"](#)». *BMC Public Health* (10): 302. doi:10.1186/1471-2458-10-302. ISSN 1471-2458. PMID 20525178.
2. [Volver arriba ↑](#) «[Síndrome Burnout: el desconocido estrés que te perjudica en el trabajo](#)». *noticiascol.com*. 22 de octubre de 2016.
3. [Volver arriba ↑](#) Kraft, Ulrich (2006). «Burned Out». *Scientific American Mind*. June/July: 28-33. ISSN 1555-2284.

4. [Volver arriba ↑](#) World Health Organization (1994). *ICD-10 International Classification of Diseases*. Geneva: American Psychiatric Publishing, Inc. p. 1244. [ISBN 9789241544191](#).
5. [Volver arriba ↑](#) Bellingrath, Silja (2008). *The Trials and Tribulations of Teaching: A Psychobiological Perspective on Chronic Work Stress in School Teachers*. Göttingen: Cuvillier Verlag. p. 1244. [ISBN 9783867277471](#).
6. [↑ Saltar a: ^a ^b](#) Maslach, Christina; Schaufeli, Wilmar; Leiter, Michael (2001). «Job Burnout». *Annual Review of Psychology* 52 (1): 397-422. [doi:10.1146/annurev.psych.52.1.397](#). [ISSN 0066-4308](#).
7. [↑ Saltar a: ^a ^b](#) Schaufeli, Wilmar B.; Bakker, Arnold B.; Schaap, Cas; Hoogduin, Kees; Kladler, Atilla (2001). «On the clinical validity of the Maslach Burnout Inventory and the Burnout Measure». *Psychology & Health* 16 (5): 565-582. [doi:10.1080/08870440108405527](#). [ISSN 0887-0446](#).
8. [↑ Saltar a: ^a ^b](#) Campbell, Jessica; Prochazka, Allan; Gopal, Ravi (2011). «The Need for a Uniform Use of the Construct of Burnout (Letters to the Editor)». *Academic Medicine* 86 (6): 661. [doi:10.1097/ACM.0b013e318218858f](#). [ISSN 1938-808X](#).
9. [Volver arriba ↑](#) Davis, Bancroft (2010). «Preventing clergy Burnout: Assessing the value of a mindfulness-based intervention as part of a holistic clergy wellness program». *Dissertation Presented to The Faculty of the Department of Professional Psychology Chestnut Hill College In Partial Fulfillment of the Requirements of the Degree Doctor of Psychology*. Department of Professional Psychology, Chestnut Hill College. p. 126. UMI 3437455.
10. [Volver arriba ↑](#) Simbula, Silvia; Guglielmi, Dina (2010). «Depersonalization or cynicism, efficacy or inefficacy: what are the dimensions of teacher burnout?». *European Journal of Psychology of Education* 25 (3): 301-314. [doi:10.1007/s10212-010-0017-6](#). [ISSN 0256-2928](#).
11. [Volver arriba ↑](#) te Brake, J.; Bouman, A.; Gorter, R.; Hoogstraten, J.; Eijkman, M. (2008). «Using the Maslach Burnout Inventory among dentists: Burnout measurement and trends». *Community Dentistry and Oral Epidemiology* 36 (1): 69-75. [ISSN 0301-5661](#). [PMID 18205642](#).
12. [↑ Saltar a: ^a ^b](#) Lerma, Ferran (2003). *El síndrome de sobreentrenamiento: Una visión desde la Psicobiología del Deporte*. Barcelona: Editorial Paidotribo. p. 250. [ISBN 9788480197458](#).
13. [↑ Saltar a: ^a ^b](#) Leithwood, Kenneth; Menzies, Teresa; Jantzi, Doris; Leithwood, Jennifer (1999). «Teacher Burnout: A Critical Challenge for Leaders of Restructuring Schools». En Vandenberghe, Roland; Huberman, Michael. *Understanding and preventing teacher burnout: a sourcebook of international research and practice*. Cambridge: Cambridge University Press. p. 362. [ISBN 9780521622134](#).
14. [Volver arriba ↑](#) Bradley, H.B. (julio de 1969). «Community-based treatment for young adult offenders». *Crime and Delinquency* (en inglés) 15 (3): 359-370. [doi:10.1177/001112876901500307](#). [ISSN 0011-1287](#).
15. [↑ Saltar a: ^a ^b](#) Bosqued, Marisa (2008). *Quemados, el síndrome del Burnout: qué es y cómo superarlo*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica, S. A. p. 208. [ISBN 9788449321474](#).
16. [Volver arriba ↑](#) Freudenberger, Herbert; Richelson, Géraldine (1980). *Burn Out: The High Cost of High Achievement. What it is and how to survive it* (en inglés). Norvell, MA: Anchor Press. [ISBN 9780385156646](#).

17. [Volver arriba ↑](#) Buzzetti, Marcela (2005). «Validación del Maslach Burnout Inventory (MBI)». En dirigentes del Colegio de Profesores A.G. de Chile. *Memoria para optar al título de Psicólogo, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile*. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile. p. 140. PSICOL. B992 2005.
18. [Volver arriba ↑](#) Buran, Constance (1992). «The Relationship Between Hardiness and Burnout in Female Nursing and Liberal Arts/Science Faculty». *Submitted in partial fulfillment of the requirements for the Doctor of Nursing Science Degree in the School of Nursing, Indiana University*. School of Nursing, Indiana University. p. 130. UMI 746498581.
19. [Volver arriba ↑](#) Avendaño, C.; Bustos, P.; Espinoza, P.; García, F.; Pierart, T. (2009). «Burnout y apoyo social en personal del Servicio de Psiquiatría de un Hospital Público». *Ciencia y Enfermería* 15 (2): 55-68. [doi:10.4067/S0717-95532009000200007](#). ISSN 0717-9553.
20. [Volver arriba ↑](#) Martínez Navarro, Sandra del Carmen (2004). «Prevalencia de síndrome de burnout y percepción de pacientes difíciles en personal de enfermería de los servicios de medicina y cirugía adulto del Hospital Clínico Regional Valdivia 2003». *Tesis presentada como parte de los requisitos para optar al grado de Licenciado en Enfermería, Facultad de Medicina, Universidad Austral de Chile*. Facultad de Medicina, Universidad Austral de Chile. p. 53. FM M385p 2004.,
21. [Volver arriba ↑](#) Carlin, Maicon; Garcés de los Fayos Ruiz, Enrique (2010). «El síndrome de burnout: Evolución histórica desde el contexto laboral al ámbito deportivo». *Anales de Psicología* 26 (1): 169-180. ISSN 0212-9728.
22. [Volver arriba ↑](#) Ballenger-Browning, Kara; Schmitz, Kimberly; Rothacker, John; Hammer, Paul; Webb-Murphy, Jennifer; Johnson, Douglas (2011). «Predictors of Burnout Among Military Mental Health Providers». *Military Medicine* 176 (3): 253-260. ISSN 0026-4075. PMID 21456349.
23. [Volver arriba ↑](#) Leiter, Michael; Clark, David; Durup, Josette (1994). «Distinct Models of Burnout and Commitment among Men and Women in the Military». *Journal of Applied Behavioral Science* 30 (1): 63-82. [doi:10.1177/0021886394301004](#). ISSN 0021-8863.
24. [Volver arriba ↑](#) «Facultad de Medicina UNAM». www.facmed.unam.mx.
25. [↑ Saltar a: ^a ^b](#) Maslach, Christina; Jackson, Susan (1986). *Maslach burnout inventory manual* (en inglés). Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press, Inc.
26. [Volver arriba ↑](#) Grau, Armand; Flichtentrei, Daniel; Suñer, Rosa; Prats, María; Braga, Florencia (2009). «Influencia de factores personales, profesionales, y transnacionales en el Síndrome de Burnout en personal sanitario Hispanoamericano y Español (2007)». *Revista Española de Salud Pública* 83 (2): 215-230. [doi:10.1590/S1135-57272009000200006](#). ISSN 1135-5727.
27. [Volver arriba ↑](#) Unda Rojas, Sara; Sandoval Ocaña, Jorge I.; Gil-MonteGrau, Pedro (2008). «Prevalencia del síndrome de quemarse por el trabajo (SQT) (burnout) en maestros mexicanos». *Información Psicológica* (91-92): 53-63. ISSN 0214-347X.
28. [Volver arriba ↑](#) Valdivia Cabrera, Gonzalo; Avendaño Bravo, Cecilia; Bastías Silva, Gabriel; Milicic Muller, Neva; Morales Freire, Alejandro; Scharager Goldenberg, Judith (2003). *Estudio de la salud laboral de los profesores en Chile: Informe final de proyecto* (PDF). Santiago de Chile: Facultad de Medicina y Ciencias Sociales, Pontificia Universidad Católica de Chile. p. 109.
29. [Volver arriba ↑](#) Fernández Arata, Manuel (2008). «Burnout, Autoeficacia y Estrés en Maestros Peruanos: Tres Estudios Fácticos». *Ciencia & Trabajo* 10 (30): 120-125. ISSN 0718-0306.

30. [Volver arriba ↑](#) Napione Berge, María Elena (2008). *¿Cuándo se quema el profesorado de secundaria?*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos. p. 436. [ISBN 9788479788667](#).
31. [Volver arriba ↑](#) El Sahili González, Luis Felipe Ali (2011). *Docencia: Riesgos y desafíos*. México, D. F.: Editorial Trillas. p. 224. [ISBN 9786071708229](#).
32. [↑ Salta a: a b c](#) El Sahili González, Luis Felipe Ali (2010). *Psicología para el docente: consideraciones sobre los riesgos y desafíos de la práctica magisterial*. Guanajuato: Universidad de Guanajuato. p. 337. [ISBN 9786070029431](#).
33. [Volver arriba ↑](#) Merodio, C. (2003). «Eficacia crítica de los modelos de trabajo en grupo con personas con discapacidad». En Miangolarra Page, Juan Carlos. *Rehabilitación clínica integral: funcionamiento y discapacidad*. Barcelona: Elsevier España. p. 496. [ISBN 9788445812112](#).
34. [↑ Salta a: a b](#) Carrol, J.; White, W. L. (1982). «Theory Building: Integrating Individual and Environmental Factors Within an Ecological Framework». En Paine, Whiton Stewart. *Job stress and burnout: research, theory, and intervention perspectives* (en inglés). Beverly Hills, CA: Sage Publications. p. 296. [ISBN 0803918488](#).
35. [Volver arriba ↑](#) Kyriacou, Chris; Sutcliffe, John (1978). «A model of teacher stress». *Educational Studies* 4 (1): 1-6. [doi:10.1080/0305569780040101](#). [ISSN 0305-5698](#).
36. [Volver arriba ↑](#) van Dick, Rolf; Wagner, Ulrich (2001). «Stress and strain in teaching: A structural equation approach». *British Journal of Educational Psychology* 71 (2): 243-259. [doi:10.1348/000709901158505](#). [ISSN 0007-0998](#). [PMID 11449935](#). Archivado desde [el original](#) el 22 de noviembre de 2015.
37. [Volver arriba ↑](#) Harrison, W.D. (1983). «A social competence model of burnout». En Farber, Barry Alan. *Stress and burnout in the human services professions*. Nueva York: Pergamon Press. p. 256. [ISBN 9780080288017](#).

- 38-  - 2017. - Barmaimon, Enrique. 2017. Libro Con Ciencias de la Salud. 4 Tomos:

-Tomo I : Índice; Introducción: Técnica, Protocolos, Tecnología, Metodología, Test Estandarizados, Caso Clínico; PARTE I: Generalidades: Ciencias, Filosofía, Atención Primaria de Salud, Ciencias de la Salud, Psicología, Otras Especialidades, Ciencias Sociales. -PARTE II: Medicina; PARTE III: Psicología.
-Tomo II : PARTE IV: 38 Especialidades Médicas, Bibliografía.
-Tomo III: PARTE V: 20 Especialidades Psicológicas;
-Tomo IV: PARTE VI: 12 Especialidades de Ciencias de la Salud; PARTE VII: Especialidades de Ciencias Sociales Relacionadas: 9 con Interacción Social, 3 con Sistema Cognitivo Humano, y 8 con Evolución Sociedades ; PARTE VIII: Bibliografía; Curricula Prof. Dr. Enrique Barmaimon.
. 1ª Ed. Virtual. Montevideo, Uruguay. BVS.SMU. (<http://www.bvssmu.org.uy/>). (libros); (barmaimon).(OR).(buscar);(Elegir libro entre 41 : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra).

-17.4.4.3.1.15)- Enlaces Externos.

- [Investigación y Formación sobre el Síndrome de Burnout en Salud Pública en Chile](#)
- [Información e investigación del burn-out](#) (en inglés).
- [Información sobre el síndrome burn-out](#) (en castellano).
- [La falta de respeto en la empresa aviva el burn-out en los trabajadores.](#)

- [Burnout o estrés laboral: un síndrome cada vez más expandido.](#)

-

-Obtenido de :

«[https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Burnout_\(síndrome\)&oldid=95682428](https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Burnout_(síndrome)&oldid=95682428)»

-Categorías:

- [Síndromes](#);
- [Trastornos de ansiedad](#);
- [Sociología](#);
- [Motivación](#).
- Esta página fue modificada por última vez el 18 diciembre 2016, a las 12:06.

-17.5)- Neuropsicólogos Influyentes.

- [Arthur L. Benton](#)
- [Antonio Damasio](#)
- Henri Hécaen
- [Donald Hebb](#)
- [Norman Geschwind](#)
- [John Hughlings-Jackson](#)
- [Alexander Romanovich Luria](#)
- [Karl Pribram](#)
- [Vilayanur S. Ramachandran](#)
- Ennio de Renzi
- [Tim Shallice](#)
- [Elizabeth Warrington](#)
- [Oliver L. Zangwill](#)
- [Alfredo Ardila](#)
- [Juan Enrique Azcoaga](#)
- [José Barroso](#)
- [Archibaldo Donoso](#)
- [Carme Junqué](#)
- [Esmeralda Matute](#)
- [Carlos Mendilaharsu](#)
- [Feggy Ostrosky](#)
- [Jordi Peña-Casanova](#)
- [José Antonio Portellano Pérez](#)
- [Antonio E. Puente](#).
- Enrique Barmaimon:

1. [-41 LIBROS PUBLICADOS DEL PROF. DR. - Enrique Barmaimon ...](#)

<https://www.facebook.com/micapsicosport/posts/340530172962557>.

2-41 LIBROS PUBLICADOS DEL PROF. DR: ENRIQUE BARMAIMON: -. Alcance Gratuito , de 41 libros en la Biblioteca Virtual de Salud del S.M.U. que son: . 41...[Autor: Prof. Dr. Enrique Barmaimon. Edición Virtual: Año](#)

[2017....www.bvssmu.org.uy/servicios/ToC/Historiagrandesguerras3.pdf](#) · Archivo PDF.

-Historia de grandes guerras mundiales europeas y su influencia sobre.

3-[Historia Ciencias Cognitivas: Anexo. Prof. Dr. Enrique](#)

[Barmaimon...www.bvssmu.org.uy/servicios/ToC/ANEXO HISTORIA CIENCIAS CO...](#) · Archivo PDF. Prof. Dr. Enrique Barmaimon. 1ª. Edición Virtual. Año 2015. Montevideo. Uruguay.

- Mónica Rosselli.

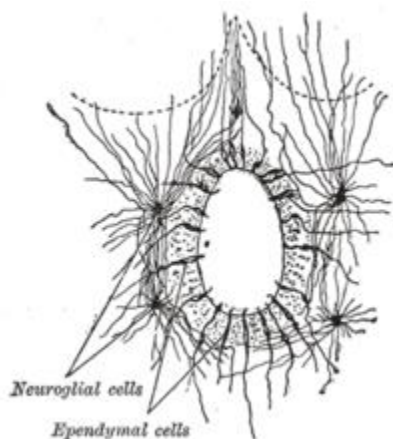
- Javier Tirapu Ustárriz.
- Fernando Maestú Unturbe.
- Marcos Ríos.

-17.6)- Neurohistología.

-El sistema nervioso se compone de varios elementos celulares como tejidos de sostén o mantenimiento, llamados [neuroglía](#),¹⁵ un sistema vascular especializado, y las [neuronas](#)³, que son células que se encuentran conectadas entre sí de manera compleja, y que tienen la propiedad de generar, propagar, codificar y conducir señales por medio de [gradientes bioelectroquímicos](#) : [electrolitos](#), a nivel de la membrana [axonal](#), y de [neurotransmisores](#) a nivel de [sinapsis](#) y [receptores](#).

..17.6.1)- Células Gliales.

-[Neuroglia](#).



-Canal central de la médula espinal, se observan células ependimarias y neurogliales.

-Las células gliales, conocidas también genéricamente como glía o neuroglía, son células nodriza del sistema nervioso, que desempeñan, de forma principal, la función de soporte y protección de las [neuronas](#). En los humanos se clasifican según su localización o por su morfología y función. Las diversas células de la neuroglía constituyen más de la mitad del [volumen](#) del sistema nervioso de los [vertebrados](#).¹⁵ Las neuronas no pueden funcionar en ausencia de las células gliales.¹⁵

-17.6.1.1)- Clasificación Topográfica.

-Según su ubicación dentro del sistema nervioso ya sea central o periférico, las células gliales se clasifican en dos grandes grupos. Las células que constituyen la [glía central](#) son: los [astrocitos](#), [oligodendrocitos](#), [células ependimarias](#) y las células de la [microglía](#), que suelen encontrarse en el [cerebro](#), [cerebelo](#), [tronco cerebral](#) y [médula espinal](#).

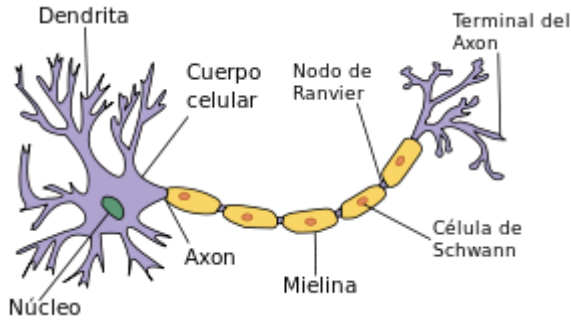
.Las células que constituyen la [glía periférica](#), son: las [células de Schwann](#), [células capsulares](#) y las [células de Müller](#); que normalmente se encuentran a lo largo de todo el [sistema nervioso periférico](#).

-17.6.1.2)- Clasificación Morfo-funcional.

-Por su morfología o función, entre las células gliales se distinguen las *células macrogliales* : [astrocitos](#), y [oligodendrocitos](#) ; "las células microgliales" , entre el 10 y el 15% de la glía, y las "células endimarias".

-17.6.2)- Neuronas.

:- [Neuronas](#)



-Diagrama básico de una neurona

-Las partes anatómicas de estas células, se dividen en cuerpo celular neuronal o soma, [axones o cilindroejes](#) y [dendritas](#).

-17.6.2.1)- Clasificación Morfológica.

-Con base en la división morfológica entre las distintas partes anatómicas de las neuronas y sus distintas formas de organización, se clasifican en cuatro tipos:

- Unipolares: Son células con una sola proyección, que parte del soma, son raras en los vertebrados.
- Bipolares: Con dos proyecciones, que salen del soma, en los humanos se encuentran en el epitelio olfativo y ganglios vestibular y coclear.
- Seudounipolares: Con una sola proyección, pero que se subdivide posteriormente en una rama periférica y otra central, son características en la mayor parte de células de los ganglios sensitivos humanos.
- Multipolares: Son neuronas con múltiples proyecciones dendríticas, y una sola proyección axonal, siendo características de las neuronas motoras.

-17.6.2.2)- Clasificación Fisiológica.

-Las neuronas se clasifican también en tres grupos generales según su función:

- -Sensitivas o aferentes, localizadas normalmente en el [sistema nervioso periférico](#) : ganglios sensitivos, encargadas de la recepción de muy diversos tipos de estímulos tanto internos como externos. Esta adquisición de señales ,queda a cargo de una amplia variedad de receptores:
 - -Exterorreceptores: Encargados de recoger los estímulos externos o del medio ambiente:
 - Nocicepción: Terminaciones libres encargadas de recoger la información de daño tisular.
 - Termorreceptores: Sensibles a radiación calórica o infrarroja.
 - Fotorreceptores: Son sensibles a la luz, se encuentran localizados en los ojos.
 - -Quimiorreceptores: Son los que captan sustancias químicas, como el gusto : líquidos-sólidos, y olfato : gaseosos.

- -Mecanorreceptores: Son sensibles al roce, presión, sonido y la gravedad, comprenden al tacto, oído, línea lateral de los peces, estatocistos y reorreceptores.
- -Galvanorreceptores: Sensibles a corrientes eléctricas o campos eléctricos.
- -Internorreceptores: Encargados de recoger los estímulos internos o del cuerpo.
- Propiocepción: Los husos musculares y terminaciones nerviosas, que se encargan de recoger información para el organismo sobre la posición de los músculos y tendones.
 - Nocicepción: Terminaciones libres encargadas de recoger la información de daño tisular.
- Quimiorreceptores: Relacionados entre otros, con las funciones de regulación hormonal, hambre y sensación de sed.
- -Motoras o eferentes: Localizadas normalmente en el [sistema nervioso central](#), se encargan de enviar las señales de mando enviándolas a otras neuronas, músculos o glándulas.
- -Interneuronas: Localizadas normalmente dentro del [sistema nervioso central](#), se encargan de crear conexiones o redes entre los distintos tipos de neuronas.

-17.6.3)- Señales Neuronales.

-Estas señales se propagan a través de propiedades de su membrana plasmática, al igual que muchas células, pero en este caso, está modificada para tener la capacidad de ser una excitabilidad neuronal membrana excitable, en sentido unidireccional, controlando el movimiento a través de ella, de iones disueltos desde sus proximidades, para generar lo que se conoce como potencial de acción.

-Por medio de la sinapsis, las neuronas se conectan entre sí, con los músculos: Unión neuromuscular: placa neuromuscular; con glándulas; y con pequeños vasos sanguíneos. Utilizan en la mayoría de los casos neurotransmisores, enviando una gran variedad de señales, dentro del tejido nervioso y con el resto de los tejidos, coordinando así múltiples funciones.

-17.7)- Sistema Nervioso Humano.

-Anatómicamente, el sistema nervioso de los seres humanos, se agrupa en distintos órganos, los cuales conforman estaciones, por donde pasan las vías neurales.

.Así, con fines de estudio, se pueden agrupar estos órganos, según su ubicación, en dos partes: [sistema nervioso central](#) y [sistema nervioso periférico](#).^{24 25}.

-17.7.1)- Sistema Nervioso Central.

- [Sistema nervioso central](#).

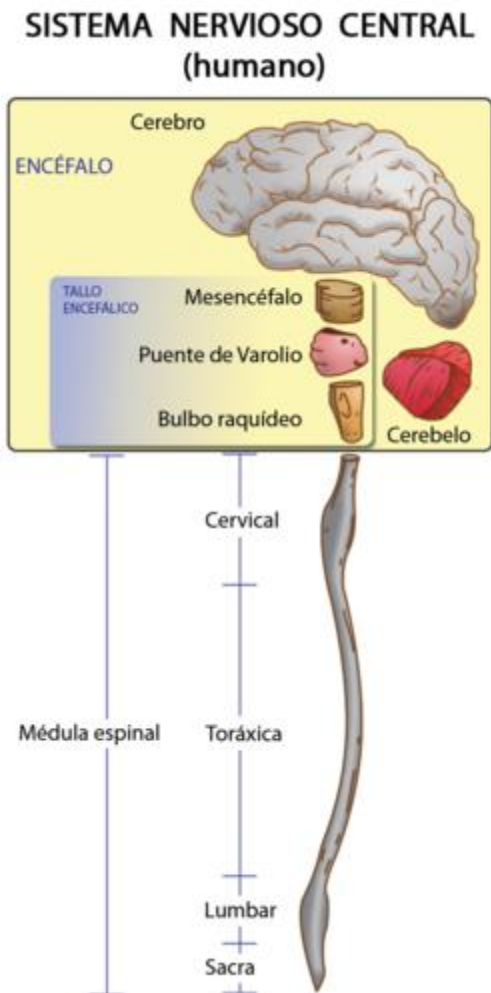
- -El [sistema nervioso central](#): -El [sistema nervioso central](#) está formado por el [encéfalo](#) y la [médula espinal](#), se encuentra protegido por tres membranas, las [meninges](#). En su interior existe un sistema de cavidades conocidas como ventrículos, por las cuales circula el [líquido cefalorraquídeo](#).²⁴.
- El [encéfalo](#): Es la parte del sistema nervioso central, que está protegida por los [huesos](#) del [cráneo](#). Está formado por el [cerebro](#), el [cerebelo](#) y el [tallo cerebral](#).²⁴.
 - [Cerebro](#): Es la parte más voluminosa. Está dividido en dos [hemisferios](#), uno derecho y otro izquierdo, separados por la [cisura interhemisférica](#) y comunicados mediante el [Cuerpo calloso](#). La superficie se denomina [corteza cerebral](#), y está formada por re plegamientos denominados circunvoluciones, constituidas de [sustancia gris](#), donde subyacente a la misma

se encuentra la [sustancia blanca](#). En zonas profundas, existen áreas de sustancia gris conformando núcleos como: el [tálamo](#), el [núcleo caudado](#) o el [hipotálamo](#).²⁴

-[Cerebelo](#): Está en la parte inferior y posterior del encéfalo, alojado en la fosa cerebral posterior, junto al tronco del encéfalo.²⁴

-[Tallo cerebral](#): Está compuesto por: el [mesencéfalo](#), la [protuberancia anular](#) y el [bulbo raquídeo](#). Conecta el cerebro con la [médula espinal](#).²⁴

- La [médula espinal](#): Es una prolongación del encéfalo, como si fuese un cordón que se extiende por el interior de la [columna vertebral](#). En ella la sustancia gris, se encuentra en el interior y la blanca en el exterior.²⁴



-Esquema del Sistema Nervioso Central humano. Se compone de dos partes: encéfalo (cerebro, cerebelo, tallo encefálico) y médula espinal.²⁶ Los colores son con fines didácticos.

-[Sistema nervioso central](#)

[Encéfalo](#) [Prosencéfalo](#)

[Telencéfalo](#)

[Diencefalo](#)

[Rinencefalo](#), [amígdala](#), [hipocampo](#),
[neocórtex](#), [ventrículos laterales](#)
[Epitálamo](#), [tálamo](#), [hipotálamo](#),

Tallo
cerebral

Mesencéfalo

Rombencéfalo

subtálamo, pituitaria, pineal, tercer
ventrículo

Téctum, pedúnculo cerebral, pretectum,
acueducto de Silvio

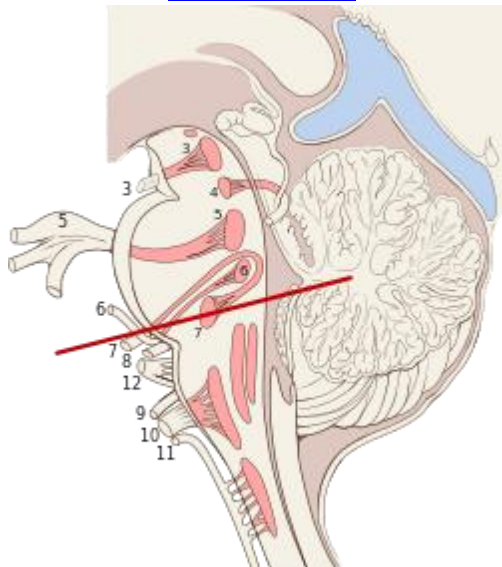
Metencéfalo

Puente troncoencefálico,
cerebelo

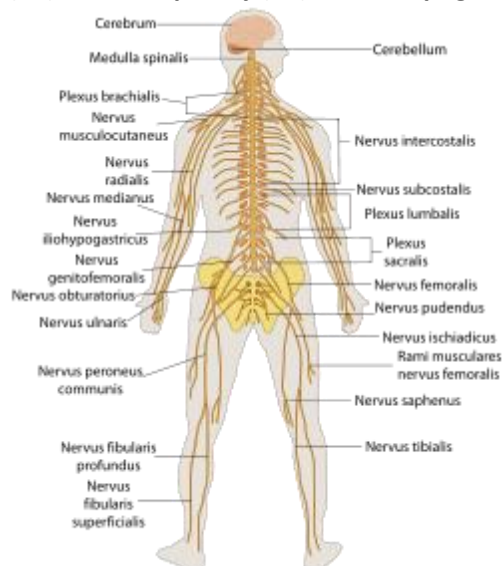
Mielencéfalo

Médula oblonga

Médula espinal



-Imagen que muestra en corte sagital, las estructuras que dan origen a: el (3) nervio motor ocular común, (4) nervio patético, (5) nervio trigémino, (6) nervio motor ocular externo, (7) nervio facial, (8) nervio auditivo, (9) nervio glosofaríngeo, (10) nervio neumogástrico o vago, (11) nervio espinal y (12) nervio hipogloso.



-El sistema Nervioso Humano.

-17.7.2)- Sistema Nervioso Periférico.

- Sistema nervioso periférico.

- **-Sistema Nervioso Periférico:** Está formado por los [nervios](#), craneales y espinales, que emergen del sistema nervioso central, y que recorren todo el cuerpo. .Conteniendo axones de vías neurales, con distintas funciones y por los [ganglios](#) periféricos. Que se encuentran en el trayecto de los nervios, que contienen los cuerpos neuronales, los únicos fuera del [sistema nervioso central](#).²⁵ .
 - .Los [nervios craneales](#): Son 12 pares, que envían información sensorial procedente del [cuello](#) y la [cabeza](#), hacia el sistema nervioso central. Reciben órdenes motoras para el control de la musculatura esquelética del cuello y la cabeza.²⁵ Estos tractos nerviosos son:
 - Par I. [Nervio olfatorio](#): Con función únicamente sensitiva quimiorreceptora.
 - Par II. [Nervio óptico](#): Con función únicamente sensitiva fotorreceptora.
 - Par III. [Nervio motor ocular común](#); Con función motora, para varios músculos del ojo.
 - Par IV. [Nervio patético](#): Con función motora para el músculo oblicuo mayor del ojo.
 - Par V. [Nervio trigémino](#): Con función sensitiva facial y motora para los músculos de la masticación.
 - Par VI. [Nervio Motor Ocular externo](#), con función motora para el músculo recto del ojo.
 - Par VII. [Nervio facial](#), con función motora somática para los músculos faciales y sensitiva para la parte más anterior de la lengua.
 - Par VIII. [Nervio auditivo](#), recoge los estímulos auditivos y del equilibrio-orientación.
 - Par IX. [Nervio glossofaríngeo](#), con función sensitiva quimiorreceptora (gusto) y motora para faringe.
 - Par X. [Nervio neumogástrico](#) o [vago](#), con función sensitiva y motora de tipo visceral para casi todo el cuerpo.
 - Par XI. [Nervio espinal](#), con función motora somática para el cuello y parte posterior de la cabeza.
 - Par XII. [Nervio hipogloso](#), con función motora para la lengua.
 - .Los [Nervios Espinales](#): Son 31 pares, y se encargan de enviar información *sensorial* : tacto, [dolor](#) y temperatura, del tronco y las extremidades; de la *posición*, el *estado* de la musculatura y las articulaciones del tronco y las extremidades hacia el sistema nervioso central; y desde el mismo, reciben órdenes motoras para el control de la [musculatura esquelética](#), que se conducen por la médula espinal.²⁵ .Estos tractos nerviosos son:
 - Ocho pares de [nervios raquídeos cervicales](#) (C1-C8);
 - Doce pares de [nervios raquídeos torácicos](#) (T1-T12);
 - Cinco pares de [nervios raquídeos lumbares](#) (L1-L5);
 - Cinco pares de [nervios raquídeos sacros](#) (S1-S5);
 - Un par de [nervios raquídeos coccígeos](#) (Co).

-17.7.3)- Clasificación Funcional .

-Una división menos anatómica, pero más funcional, es la que divide al sistema nervioso de acuerdo al rol, que cumplen las diferentes vías neurales, sin importar si éstas recorren parte del sistema nervioso central o el periférico:

- El [sistema nervioso somático](#): También llamado *sistema nervioso de la vida de relación*, está formado por el conjunto de neuronas, que regulan las funciones voluntarias o conscientes en el organismo ; p.e. movimiento muscular, tacto.
- El [sistema nervioso autónomo](#): También llamado *sistema nervioso vegetativo* o *sistema nervioso visceral*, que está formado por el conjunto de neuronas, que regulan las funciones involuntarias o inconscientes en el organismo ; p.e. movimiento intestinal, sensibilidad visceral.
- A su vez el sistema vegetativo se clasifica en [simpático](#) y [parasimpático](#), sistemas que tienen funciones en su mayoría antagónicas.

-17.8)- Neurofarmacología.

-[Psicofarmacología](#) y [Psicofármaco](#).

-Los principales grupos de medicamentos utilizados en el sistema nervioso son:

- [Analgésicos](#);
- [Somníferos](#);
- [Ansiolíticos](#);
- [Antidepresivos](#);
- [Antipsicóticos](#);
- [Anticonvulsivos](#);
- [Antieméticos](#).

-17.9)- NEUROANATOMÍA.

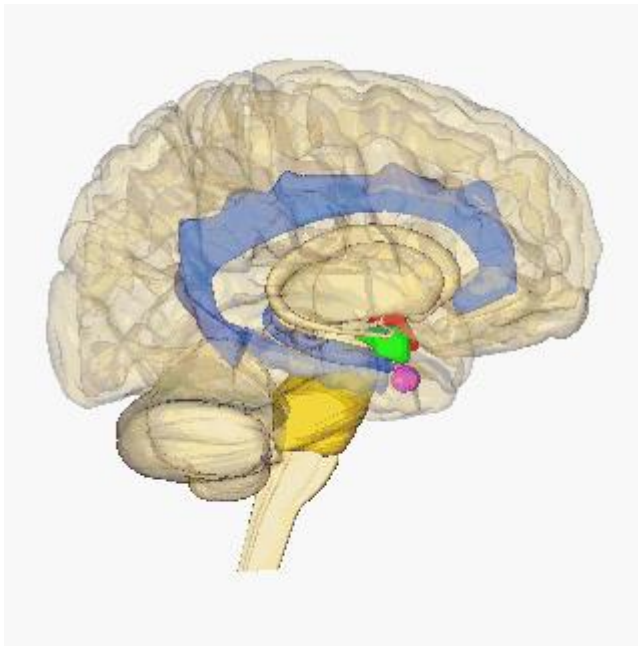
-(De Wikipedia, la enciclopedia libre).

-La neuroanatomía es el estudio de la estructura y la organización del Sistema Nervioso.¹
.Se llama neuroanatomía comparada a la ciencia que analiza y compara los sistemas nerviosos de las diferentes especies. Desde los sistemas más simples hasta el de los mamíferos y el hombre.

-El primer registro escrito conocido de un estudio de la anatomía del cerebro humano, es egipcio, en el papiro de Edwin Smith.

.El siguiente desarrollo importante en neuroanatomía, fue de unos mil años más tarde, cuando el griego Alcmeón, determinó que el cerebro y no el corazón, como se creía, gobierna al cuerpo, y recibe información de los sentidos.

.Uno de los fundadores de la neuroanatomía moderna, fue el descubridor de la [neurona](#), el español [Santiago Ramón y Cajal](#), [premio Nobel](#) de medicina en 1906.



-El cerebro humano.

-Índice:

-17.9)- NEUROANATOMÍA.

-17.9.1)- [División Neuroanatómica Estructural.](#)

-17.9.2)- [División Neuroanatómica Funcional.](#)

-17.9.3)- [Recursos para la Investigación Neurofuncional.](#)

-17.9.4)- [Arquitectura de la Médula Espinal.](#)

-17.9.5)- [Encéfalo.](#)

-17.9.6)- [Neuroanatomía Celular.](#)

-17.9.7)- [Recursos para la Investigación Neurocelular .](#)

-17.9.7.1)- [Materia de estudio.](#)

-17.9.8)- Véase También.

-17.9.1)- División Neuroanatómica Estructural.

-El sistema nervioso de los vertebrados está constituido por el [cerebro](#) y la [médula espinal](#) : el sistema nervioso central o SNC, y por las rutas de los nervios que se conectan con el resto del cuerpo : el sistema nervioso periférico o SNP.

.El sistema nervioso central (SNC) consiste en: el cerebro, la retina, y la médula espinal; mientras que el sistema nervioso periférico (SNP), se compone de todos los nervios fuera del sistema nervioso central que lo conectan con el resto del cuerpo.

.El sistema nervioso central está compuesto de las regiones del cerebro: tales como, por ejemplo, el [hipocampo](#), que es crítico para la formación de las memorias.

.El sistema nervioso también contiene los nervios, que son haces de fibras, que se originan en el cerebro y la médula espinal, y se ramifican varias veces, para inervar a cada parte del cuerpo.

.Los nervios están constituidos principalmente de los [axones](#) de las neuronas, junto con una variedad de membranas, que recubren los fascículos nerviosos.

-El cerebro y la médula espinal: Están exteriormente protegidos por las estructuras óseas, que son el cráneo y la columna vertebral; e interiormente son envueltos por tres

membranas: la [duramadre](#), la [aracnoides](#) y la [piamadre](#).

.Además, están bañados por el [líquido cefalorraquídeo](#), que completa los espacios vacíos, y actúa como amortiguador de golpes, entre otras funciones.

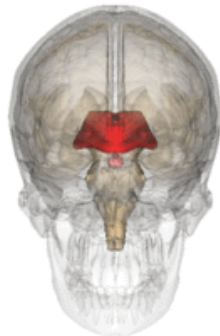
-Con el fin de precisar las ubicaciones anatómicas, se hacen frecuentes referencias a detalles notorios del cerebro, como las [cisuras](#) ; y se utilizan planos de orientación o planos de sección, que generalmente son: "sagital", "transversal" o "coronal" u horizontal.

-El SNC está constituido anatómicamente por el:

- [Cerebro](#).
- [Mesencéfalo](#).
- [Protuberancia](#).
- [Cerebelo](#).
- [Bulbo raquídeo](#).
- [Médula espinal](#) : Porciones Cervical, Dorsal, Lumbar, Sacra y Coccígea.
- [Nervios Craneales](#) I y II.

- SNP está constituido por:

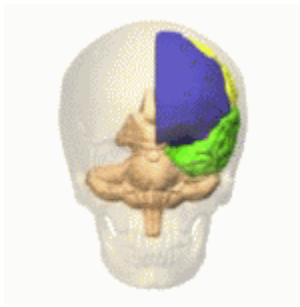
- [Nervios Craneales](#) III a XII.
- [Nervios Espinales](#) : Entre ellos se destacan 2 plexos: Plexo Braquial y Lumbosacro.



-El diencefalo.

-17.9.2)- División Neuroanatómica Funcional.

-El SNP se subdivide en el somático y el sistema nervioso autónomo. El sistema nervioso autónomo también tiene dos subdivisiones, el simpático (SNS) y el parasimpático (SNPS), que son importantes para la regulación del cuerpo en las funciones básicas del organismo, tales como el ritmo cardíaco, la respiración, la digestión, el control de temperatura, etc El SNS prepara al cuerpo para actuar en una emergencia y el SNPS dispone al cuerpo conservar y restablecer energía.



-Los cuatro lóbulos.

-17.9.3)- Recursos para la Investigación Neurofuncional.

-Mucho de lo aprendido, procede de observar cómo las "[lesiones](#)" de áreas específicas del cerebro, afectan al [comportamiento](#) y otras funciones.

.Nuevos recursos han ido mejorando las posibilidades de observar la situación, y los aspectos del funcionamiento cerebral, en personas vivas y sanas.

.La [tomografía computada](#), la [resonancia magnética](#) y los emisores de protones (PET), son creadores de imágenes, sin "invadir" a la persona observada. Este último, con el auxilio de productos apropiados inyectados, permite observar el grado de actividad de cada zona cerebral, en diferentes circunstancias.

.Así se logra determinar con mayor precisión, las zonas involucradas en: el razonamiento, la memoria, las emociones como: el amor, el miedo, etc.; y se conocen los trayectos que realizan los estímulos nerviosos que participan.

-17.9.4)-Arquitectura de la Médula Espinal.

-Se sitúa dentro del conducto raquídeo rodeada por las tres [meninges](#) y el [líquido cefalorraquídeo](#). La arquitectura de la médula espinal que es aproximadamente cilíndrica, y comienza por arriba, en el agujero occipital en el cráneo, a donde se continúa con el bulbo raquídeo; y termina por debajo de la región lumbar, en forma de huso en el cono medular, desde cuyo vértice se conforma, descendiendo una prolongación piamádrica, formando al Filo Terminal o *Filum Terminalis*.

-A lo largo del trayecto de la [médula espinal](#), se localizan 31 pares de nervios espinales, unidos por raíces anteriores o motrices, y raíces posteriores o sensitivas.

.La estructura de la [médula espinal](#) está compuesta en su porción céntrica por la sustancia gris, y en su periferia por la sustancia blanca.

.En un corte transversal, se puede observar a la sustancia gris, formar una silueta similar a de una mariposa, con sus cordones grises anteriores y posteriores, unidos por la comisura gris.

.La sustancia blanca se divide en cordones blancos anteriores, laterales y posteriores.

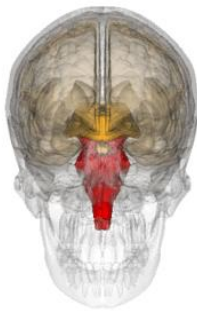
.La arquitectura de la médula espinal cambia de acuerdo a su posición.



-El cerebelo.

-17.9.5)- Encéfalo.

-Se sitúa en la cavidad craneana y se continúa con la médula espinal a través del agujero occipital. Está rodeado por tres [meninges](#). El encéfalo se divide en tres partes principales, estas son:



-Tallo cerebral.

- Rombencéfalo: Encéfalo Posterior.
 - Bulbo Raquídeo.
 - Protuberancia.
 - Cerebelo.
- Mesencéfalo: Encéfalo Medio.
 - Tectum y Tegmentum.
- Prosencéfalo: Encéfalo Anterior.
 - Diencefalo y Cerebro.

-17.9.6)- Neuroanatomía Celular.

-La base celular del sistema nervioso se compone de neuronas, células [gliales](#), y matriz extracelular. Existen neuronas y células gliales de muchos tipos.

.Las neuronas son las células de procesamiento de información del sistema nervioso: generan la sensación de nuestro entorno, producen nuestros pensamientos, y provocan nuestros movimientos. Se comunican entre sí, por medio de señales bioeléctricas, que recorren sus prolongaciones: los axones y las dendritas; las uniones interneuronales se llaman sinapsis, y son estructuras complejas.

.Las células gliales mantienen la [homeostasis](#), la producción de [mielina](#), y brindan apoyo y protección a las neuronas del cerebro.

.Algunas células gliales : [astrocitos](#), incluso pueden propagar las ondas de calcio intercelular, por largas distancias, en respuesta a la estimulación, y liberar “gliotransmisores”, en respuesta a cambios en la concentración de calcio.

.La matriz extracelular proporciona también apoyo, a nivel molecular para las células del cerebro.

-17.9.7)- Recursos Para la Investigación Neurocelular.

-Estos recursos se utilizan en muestras obtenidas en biopsias, necropsias y en animales. La tinción es una técnica utilizada para mejorar el contraste, creando características particulares en las imágenes microscópicas.

. En histoquímica: Se utiliza el conocimiento acerca de las propiedades [bioquímicas](#) de [reacción](#) de los componentes químicos del cerebro, especialmente de las [enzimas](#).

.La inmunocitoquímica: Es un caso especial de histoquímica, que utiliza anticuerpos selectivos, contra una variedad de epítomos químicos del sistema nervioso.

.Logra teñir selectivamente: tipos particulares de células; fascículos axonales; neuropiles; procesos gliales, o vasos sanguíneos, o ciertas proteínas específicas intracitoplasmáticas, o intranucleares; y otras moléculas inmunogenéticas.

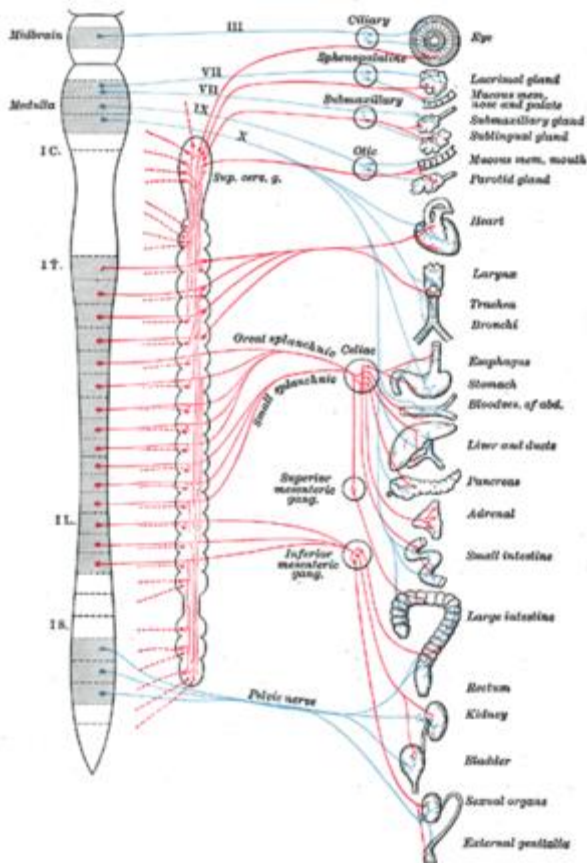
.También se recurre a otras técnicas más complejas, como: la hibridación in situ, que usa sondas de ARN; a marcadores codificados genéticamente; y a ciertos virus que pueden replicarse en las células cerebrales y en las sinapsis.

.Es muy útil la microscopía de electrones en serie : [microscopio electrónico](#).

-17.9.7.1)- Materia de Estudio.

- [Sistema nervioso central](#);
- [Sistema nervioso periférico](#);
- [Órganos de los sentidos](#);
- [Neuroembriología](#).;
- [Guías de Neuro](#).
- [Neurotransmisores](#).
- [Catecolaminas](#).
- [glándulas suprarrenales](#).
- [Hormonas peptídicas](#);
- [Motivación](#);
- [Antipsicótico](#);
- [Adicción](#);
- [opioides](#) y [cannabinoides](#)
- [cocaína](#)
- [prolactina](#)
- [sueño](#), el [humor](#), la atención, y el [aprendizaje](#).
- [Noradrenalina](#);
- [Adrenalina](#);
- [Dopamina](#);
- [Sistema Nervioso](#);
- [Hormona](#).
- [Medicamentos GABAérgicos](#).
- [canales iónicos](#),
- [proteínas G](#).

- [neuronas serotoninérgicas.](#)
- [homeostasis.](#)
- [Sistema límbico](#)
- [Realimentación;](#)



-En color azul se muestra la inervación parasimpática, en color rojo la inervación simpática.

- El [sistema nervioso parasimpático](#): Al ser un sistema de reposo, da prioridad a la activación de las funciones peristálticas y secretoras del aparato digestivo y urinario, al mismo tiempo que propicia la relajación de esfínteres, para el desalojo de las excretas y orina; también provoca la [broncoconstricción](#) y secreción respiratoria; fomenta la [vasodilatación](#), para redistribuir el riego sanguíneo a las vísceras, y favorecer la excitación sexual; y produce [miosis](#) al contraer el [esfínter del iris](#), y la de acomodación del ojo a la visión próxima al contraer el [músculo ciliar](#).
.A diferencia del Sistema Nervioso Simpático, este sistema inhibe las funciones encargadas del comportamiento de huida, propiciando la disminución de la frecuencia, como de la fuerza de la contracción cardiaca.
.El sistema parasimpático: Tiende a ignorar el patrón de metamerización corporal, innervando la mayor parte del cuerpo por medio del [nervio vago](#), que es emitido desde la cabeza : [bulbo raquídeo](#).

.Los nervios que se encargan de inervar la misma cabeza, son emitidos desde el [mesencéfalo](#) y bulbo.

. Los nervios que se encargan de inervar los segmentos digestivo-uritarios más distales y órganos sexuales, son emitidos desde las secciones medulares : S2 a S4.

- .El [Sistema Nervioso Simpático](#): Al ser un sistema del [comportamiento de huida](#) o escape, da prioridad a la aceleración y fuerza de contracción cardíaca; estimula la [piloerección](#) y la [sudoración](#); favorece y facilita los mecanismos de activación del Sistema Nervioso Somático, para la contracción muscular voluntaria oportuna; provoca la [broncodilatación](#) de las vías respiratorias para favorecer la rápida oxigenación; propicia la [vasoconstricción](#), redirigiendo el riego sanguíneo a músculos, corazón y sistema nervioso; provoca la [midriasis](#), para la mejor visualización del entorno; y estimula las [glándulas suprarrenales](#), para la síntesis y descarga [adrenérgica](#).
- .En cambio, este inhibe las funciones encargadas del reposo, como la peristalsis intestinal, a la vez que aumenta el tono de los esfínteres urinarios y digestivos, todo esto para evitar el desalojo de excretas.
- . En los machos, da fin a la excitación sexual mediante el proceso de la [eyaculación](#).
- .El Sistema Simpático, sigue el patrón de metamerización corporal, inervando la mayor parte del cuerpo, incluyendo a la cabeza, por medio de los segmentos medulares T1 a L2.

.Cabe mencionar, que las neuronas de ambos sistemas : somático y autónomo, pueden llegar o salir de los mismos órganos, si es que éstos tienen funciones voluntarias e involuntarias , donde de hecho, estos órganos son la mayoría.

.En algunos textos, se considera que el Sistema Nervioso Autónomo, es una subdivisión del Sistema Nervioso Periférico, pero esto es incorrecto; ya que, en su recorrido, algunas neuronas del sistema nervioso autónomo, pueden pasar tanto por el sistema nervioso central, como por el periférico, lo cual ocurre también en el sistema nervioso somático. La división entre sistema nervioso central y periférico, tiene solamente fines anatómicos.

-17.9.8)- Véase También.

- [Atención](#);
- [Conciencia](#);
- [Funciones ejecutivas](#);
- [Memoria](#);
- [Neurofisiología clínica](#);
- [Neurología](#);
- [Neurología de la conducta](#);
- [Neurociencia](#);
- [Neuropsicología cognitiva](#);
- [Neuropsicólogo](#);
- [Oliver Sacks](#);
- [Phineas Gage](#);
- [Sentido de agencia](#).
- Prof.Dr. Enrique Barmaimon.

-17.10)- SISTEMAS ANATOMOFUNCIONALES.

-Índice:

-17.10)-SISTEMAS ANATOMOFUNCIONALES.

-17.10.1)- Generalidades.

-17.10.2)- Sistemas de Integración. Sistema Nervioso Central.

-17.10.3.)- Sistemas Nervioso Periférico, Autónomo, Hormonal y Enzimático.

-17.10.1)- Generalidades.

-La atrofia senil o envejecimiento, produce modificaciones por involución en todos los órganos, especialmente en el cerebro, corazón, hígado, piel y huesos, salvo en la próstata, que se hipertrofia.

.Disminuye el tamaño celular, con algunas alteraciones degenerativas, ocurre reducción del número de células y destrucción de parte de ellas. Se alteran más, las células parenquimatosas que las intersticiales. Se acompaña de deshidratación y decrecimiento de la capacidad funcional de reserva.

.Estos cambios podrán ser mayores, dependiendo de cada individuo y de su aprendizaje recibido.

.A veces, enfermedades como: la osteoartritis, la arterioesclerosis, la enfermedad de Parkinson o la demencia senil, son modificaciones mayores y externas de los cambios propios de la edad senil, y no serían enfermedades, en el sentido estricto del término.

.En forma general, hay hipoxia con alteraciones circulatorias, con repercusión mayor sobre la neurona, que sobre otras células. Mientras que las otras células pueden regenerarse, las neuronas no lo hacen, o al menos es materia de reciente controversia.

.Por ello, hay un declive funcional de varios sistemas como: el renal, la capacidad vital, la fuerza muscular, la actividad cardíaca y la actividad mental.

.Además, hay cambios en la adaptación, que sufre el anciano con relación a los aspectos: laboral, familiar, económico, social, medioambiental y otros, donde no siempre logra adaptarse.

.Estas situaciones determinan que se reduzcan y retrasen: la absorción gastrointestinal, la excreción renal y el ritmo de las inducciones enzimáticas.

.Asimismo, se alteran los receptores sinápticos y la homeostasis. Todo ello obliga a que se utilicen diversos fármacos, que tendrían que ser administrados a dosis menores y adecuadas.

.En la piel, hay pérdida del colágeno, por lo que se adelgaza y se presentan arrugas, perdiendo su elasticidad, de manera que los menores traumatismos ocasionan equimosis, sobre todo en la muñeca y en el dorso de la mano.

.En los huesos, por el reposo prolongado en la cama, y la menor movilización de los miembros, se acelera la descalcificación, generando un mayor riesgo de fracturas.

. Son frecuentes, las contracturas y la rigidez de las articulaciones, debido a la sustitución del tejido elástico por fibroso.

-17.10.2)- Sistemas de Integración. Sistema Nervioso Central.

-El cuerpo humano tiene miles de millones de células, que viven y funcionan armónicamente, de modo suave y constante, donde cada una está rodeada por un medio acuático, formando una comunidad organizada, integrada y coordinada, con una serie de variedades de control y de comunicación, para poder asegurar una actividad integral.

.Para subsistir, debe tener un sistema que le permita responder a todos los cambios internos o a las modificaciones ambientales externas. También debe mantener sin cambios a su

medio interno, a través de los mecanismos de la homeostasis, como única forma de asegurar su normalidad, no importa cuáles sean los cambios externos.

.Para ello, tiene a los sistemas de integración funcional, que le permiten que tanto en la recepción como en la respuesta, actúe como una unidad, y que el ambiente pericelular se mantenga incambiado.

-Estos sistemas son:

.a) Sistema Vital: Integrador de las células a través de las regulaciones vegetativa, hormonal, autoinmune, y enzimática;

.b) Sistema Miostático: Que mantiene la postura, el tono, el equilibrio y la coordinación;

.c) Sistema Promundo: Que lo relaciona con el medio externo; y

.d) Sistema de Activación Reticular: Que es un coordinador que intensifica o disminuye a los otros tres, y mantiene aspectos como los estados de conciencia; los instintos afectivos como: dolor, placer, sexo y otros; las autorregulaciones, como el ritmo básico vital circadiano; el tono vital o humor; el tono muscular, la movilidad corporal y la integración refleja somato-vegetativa, entre otros.

-El control de las funciones superiores: Comprende a la conciencia, que representa la coordinación de un número de actividades, que permiten dar una respuesta apropiada a las variadas estimulaciones exteriores: visuales, auditivas, táctiles, olfatorias y otras. .

.Estar consciente: Representa en el instante presente, proceder a analizar lo vivido, proyectarse en el futuro y relacionarlo con su eficiencia intelectual, con la estructura de su personalidad, y combinarlo con su característica afectiva.

.Es distinta en los estados de alerta y de sueño.

. El estado de alerta: Es controlado por el Sistema de Activación Reticular, entre otros. .En el envejecimiento, se disminuye progresivamente.

.El sueño: Lo interrumpe cíclicamente, siendo un proceso activo donde se interrumpe la actividad reticular ,y se reemplaza por una actividad, que nace en otras estructuras diferentes bulbopónticas del sueño.

- Hay dos tipos de sueño:

. De ondas lentas: 70 a 80%, siendo de instalación progresiva, dando en el EEG ondas lentas, sincronizadas, corticales y subcorticales, con persistencia de un grado de tono muscular; y

.De actividad rápida: paradójico, con 20 a 30% de la duración total, con ciclos de 10 a 15 minutos de duración, repitiéndose periódicamente, con EEG rápido, de bajo voltaje, a nivel cortical, diencefálico y mesencefálico, con atonía muscular y aparición de movimientos rápidos de los ojos y con períodos de ensueño.

-Los estados de alerta y del sueño, tienen organizaciones distintas y sus trastornos dan anormalidades distintas.

. El coma es la ausencia de alerta o su perturbación.

. Las alteraciones del sueño, son la sustitución por otra organización funcional, lo que es reversible.

.El estudio del coma: Comprende el estudio de la reactividad a las estimulaciones : perceptividad, reactividad no específica, reacción de alerta, reactividad al dolor, reactividad vegetativa; examen neurológico completo, examen del tono, examen de las pupilas : reflejo fotomotor y reflejo cilioespinal, examen de los movimientos oculares; electroencefalograma (EEG) y otros.

.Sus causas son múltiples, como: depresión de las funciones corticales : Supratentoriales, o lesión o depresión de los mecanismos activadores del tronco cerebral, como en las

enfermedades metabólicas o tóxicas; en las lesiones subtentoriales extensas; o en las localizadas del tronco cerebral.

-Además del coma, están: el mutismo aquinético : disociación entre la vigilancia corporal y cerebral; la confusión mental : alteración parcial de la conciencia, con trastornos de la percepción asociados, a desorientación témporo-espacial, trastornos de la memoria, perplejidad angustiosa, y onirismo : ensueños con fases de agitación y aquinesia.

.Con antecedentes o causados: por alcoholismo; por intoxicaciones; o por interacciones medicamentosas como: cortisona, isoniazidas y antidepresivos en los ancianos; bromuros ; intoxicaciones por CO, entre otros; por enfermedades infecciosas agudas; o por perturbaciones hidroelectrolíticas; y por crisis posepilépticas; y las hipersomnias : con una suspensión relativa y rápidamente reversible de la conciencia.

.También están las alteraciones de las funciones simbólicas, como: la somatognosia con localizaciones diversas, más o menos extendidas, como las hemiplejias; las apraxias: de extensión variable, que dan dificultades al vestirse, escritura, manejo de actividades cotidianas y automáticas, entre otros, que son frecuentes en el envejecimiento; y las agnosias : incapacidad de identificar un objeto ofrecido a la percepción, sin existir déficit sensorial, ni deterioro global de la función superior, ni trastorno de la conciencia ni de la atención, que pueden ser de orden: visual, auditivo, táctil, entre otros; y las afasias : pérdida la capacidad de usar el lenguaje, como medio de comunicación o representación simbólica, no pudiendo expresarse oralmente o por escrito de manera inteligible, no pudiendo descifrar los mensajes que recibe en forma escrita u oral, sin existir disartria. Puede haber disminución progresiva en el envejecimiento.

- Asimismo, están las alteraciones de la memoria, que es la capacidad existente de conservar una huella, en el tiempo y el espacio, de los estados funcionales sucesivos que ha experimentado, con la capacidad de poder evocarlos, pudiendo abarcar reflejos condicionados, conductas instintivas y de aprendizaje, estableciéndose circuitos neuronales.

. Se producen alteraciones de la memoria: en la amnesia anterógrada : dificultad en registrar recuerdos nuevos; la amnesia retrógrada : no puede evocar recuerdos anteriores al comienzo de la enfermedad; el síndrome de Korsakoff : trastorno de memoria de hechos recientes con fabulación y falsos reconocimientos de hechos antiguos.

. Se ve en: alcohólicos con polineuritis, carencias de vitamina B, encefalitis herpéticas, lesiones anóxicas, algunos tumores, lesiones traumáticas y en otros.

. Las capacidades de cálculo, de razonamiento, de juicio y de abstracción, pueden no estar lesionadas.

.Las amnesias lacunares son consecuencia de una pérdida de conciencia, o de un período de confusión mental, habiendo una interrupción del registro de las huellas mnésicas durante un período.

.Si la pérdida ha sido parcial, algunos recuerdos desordenados pueden resurgir posteriormente. Pueden verse después de crisis epilépticas, electrochoques, de traumatismos donde puede estar asociada a una amnesia retrógrada del período previo al accidente, histérica, entre otros.

. El ictus amnésico : 50 a 60 años, dura 6 a 12 horas, deja una amnesia lacunar, pudiendo ser causada por una isquemia transitoria, no estando desorientado en tiempo y espacio, con EEG y signos neurológicos normales

. Las amnesias globales : Pueden verse en demencias, con pérdida de hechos recientes y antiguos, aumentando progresivamente, acompañadas de deterioro del resto de las funciones intelectuales, dando demencias orgánicas que empiezan entre los 50 y 60 años, como en la enfermedad de Alzheimer, en la enfermedad de Pick; o que comienzan entre los

70 y 75 años, como la demencia senil; o que tienen antecedentes de enfermedades degenerativas, como corea de Huntington o esclerosis lateral amiotrófica (ELA); o que tienen una etiología adquirida, que da deterioro intelectual como: en la parálisis general, en los traumatismos craneoencefálicos, en la intoxicación por óxido de carbono, en las enfermedades arteriopáticas (20 a 40%), en el síndrome de Creutzfeldt-Jakob, con evolución rápida mortal, que puede ser de etiología viral, con destrucción de neuronas y glías, y otras.

-La masa cerebral y el flujo sanguíneo responsables de la producción de neurotransmisores, se reducen progresivamente en la edad adulta, acelerándose la reducción en la ancianidad; no obstante, en ausencia de enfermedad, hay una cierta compensación de la perfusión cerebral, a las nuevas necesidades metabólicas de los tejidos neurales, disminuyéndose la riqueza y la complejidad de las interconexiones, con mengua de la capacidad de los sentidos. . Los pacientes con alteraciones psiquiátricas, cerebrovasculares, malnutridos, desaconicionados, o quirúrgicos mayores, o a ser anestesiados, tienen un mayor riesgo de complicaciones, de disfunciones cognitivas, y los cuidados con los fármacos aplicados deben de ser extremados, en cantidad y calidad, por las interacciones y por los efectos residuales.

-La sordera nerviosa aparece en la edad avanzada, y son frecuentes las cataratas, por la degeneración lipídica y las calcificaciones del cristalino.

-Los cambios producidos son:

- . a) Anatomía cerebral: Pérdida progresiva de neuronas grises y de la síntesis de neurotransmisores; pequeña atrofia de la sustancia blanca; aumento del volumen del líquido cefalorraquídeo intracraneal y reducciones variables y progresivas de la actividad metabólica hemisférica.
- . b) Circulación cerebral: Respecto de la autorregulación y necesidades metabólicas locales en sujetos sanos; modesto descenso del flujo sanguíneo regional en forma variable y progresiva del flujo global.
- . c) Neurofisiología: Descenso de densidad neuronal; descenso de la actividad de neurotransmisores cerebrales y medulares; simplificaciones de interconexiones sinápticas y disminución de la recuperación ante alteraciones de lesiones neuronales.
- .d) Variaciones neurológicas: Inteligencia cristalizada y memoria implícita conservadas; alteración de la velocidad de procesamiento de los estímulos sensitivos; descenso progresivo de inteligencia fluida y descenso de necesidades anestésicas.

.Los exámenes complementarios son: examen de líquido cefalorraquídeo por punción lumbar o por punción occipital; exploración radiológica del canal raquídeo y de su contenido, médula espinal y raíces, sin preparación o con preparación lipoiodada, hidrosoluble o gaseosa y angiografía; radiografías simples de cráneo; electroencefalografía; angiografía cerebral; encefalografía gaseosa; ventriculografías; exploraciones isotópicas : gammaencefalograma, tránsito isotópico; tomografía axial computada; resonancia magnética; y PET : tomografía de emisión de positrones.

-17.10.3.)- Sistemas Nervioso Periférico, Autónomo, Hormonal y Enzimático.

-El Sistema Nervioso Somático: Es la acción unificada de nuestro organismo sobre el medio exterior que nos rodea, haciéndolo a través del Sistema Promundo y del Sistema Miostático. .Mientras que el Sistema Nervioso Autónomo, junto con las Regulaciones Vegetativa, Hormonal y Enzimática, tienen como función regular nuestro medio interno, de manera de que los compartimientos vascular, extracelular e intracelular, actúen como un todo. Todo esto se encuentra integrado y coordinado por el Sistema de Activación Reticular.

-El Sistema Nervioso Vegetativo: Comprende dos sistemas con interrelaciones estrechas que son el Simpático y Parasimpático; conformando una organización, con una vía aferente, un centro y una vía eferente de dos neuronas. El Parasimpático segrega acetilcolina en ambas neuronas, estando la primera en los centros parasimpáticos y la segunda cerca de las vísceras, con acción muscarínica. La primera es inhibida por inhibidores gangliopléjicos, y la segunda por la atropina.

. Los centros Parasimpáticos tienen dos contingentes: craneal y sacro, que presentan núcleos individualizados, con acciones localizadas.

.En el Simpático, la primera neurona está en los centros simpáticos, segregando acetilcolina, localizados en el tronco cerebral y en el asta lateral de la médula espinal; y la segunda neurona en un relevo ganglionar, lejos de las vísceras, segregando noradrenalina, con acción adrenérgica y actuando los inhibidores simpaticolíticos.

.Entre las acciones localizadas controladas, se pueden destacar: las acciones en la pupila, como los reflejos pupilares a la acomodación y el reflejo fotomotor, dando su alteración el signo de Argyll-Robertson y los síndromes de Adie y de Claude Bernard-Horner, estos pueden verse en el envejecimiento.

.Las acciones sobre la micción y la defecación, con algunas alteraciones en el envejecimiento.

. Las acciones sobre la erección, con acción parasimpática y en la eyaculación con acción simpática.

.Las acciones sobre la hipotensión ortostática, donde se puede observar al pasarse a la posición de pie, que se produce una vasoconstricción refleja simpática compensadora, y cuando falla puede generar la pérdida de conocimiento, con caída, hasta mareos, trastornos visuales y sensaciones vertiginosas, pudiendo encontrarse en el envejecimiento, en el posoperatorio de operaciones vasculares abdominales con simpatectomías, en enfermedades médicas con uso de simpaticolíticos, neurolépticos, IMAO, L-Dopa, entre otros.

.Trastornos de la sudoración, por alteraciones de los termorreguladores hipotalámicos, donde las neuronas posganglionares son colinérgicas, dando anhidrosis de topografía variable.

. Trastornos de la respiración, donde hay alteraciones asociadas de los músculos respiratorios del control voluntario, que se integra a nivel del bulbo con un centro inspiratorio y un centro espiratorio, que actúan en forma rítmica, que pueden estar influenciados por la voluntad, por los receptores pulmonares sensibles al estiramiento, por las emociones, y por la actividad bioquímica : cambios de elevación del PCO_2 , cambios en la concentración de los iones H^+ , o por una baja del O_2 con participación de los quimiorreceptores carotídeos y aórticos, alterándose en muchas enfermedades.

. Los síndromes hipo-tálamo-hipofisarios, con alteraciones de las funciones neuroendócrinas, dando insuficiencias hipofisarias a nivel de la diuresis, de la prolactina, o de las funciones endócrinas, en excitación o inhibición, entre otros.

. Trastornos de la regulación térmica, hacia la hipertermia o la hipotermia, aumentada en el envejecimiento.

.Trastornos de las conductas alimenticias, como la sed y el hambre; y en los trastornos de la vigilancia y del comportamiento emocional, dando alteraciones de la vigilia y del sueño.

.En el envejecimiento, hay pérdidas de neuronas y disminución de la velocidad de conducción. Hay oscilaciones más amplias de la presión arterial y de la frecuencia cardíaca, con menor respuesta cardiovascular y respiratoria. Hay más predisposición a la hipotermia y menor capacidad de respuesta a las variaciones de la homeostasis. Por ello, hay frágiles respuestas al estrés, a los cambios, a las operaciones, a la anestesia, y a las enfermedades.

.También son variables y distintas las respuestas a los fármacos.

-17.11)-CAMBIOS ANATOMOFUNCIONALES.

-Índice:

-17.11)-CAMBIOS ANATOMOFUNCIONALES.

-17.11.1)- Generalidades.

-17.11.2)- Sistemas de Integración. Sistema Nervioso Central.

-17.11.3.)- Sistemas Nervioso Periférico, Autónomo, Hormonal y Enzimático.

-17.11.4) Los Cambios Producidos.

-17.11.5)- . Estatura, Hábitos y Composición Corporal, y Hepática.

-17.11.6)- . Función Renal, Sanguínea, Medio Interno y Capacidad de Reserva.

-17.11.7)- . Sistema Cardiovascular.

-17.11.8)- . Aparato Respiratorio.

-17.11.9)- Teorías Explicativas de la Demencia Senil.

-17.11.10)- Paliativos y Consuelos del Envejecimiento.

-17.11.1)- Generalidades.

-La atrofia senil o envejecimiento, produce modificaciones por involución en todos los órganos, especialmente en el cerebro, corazón, hígado, piel y huesos, salvo en la próstata, que se hipertrofia.

.Disminuye el tamaño celular, con algunas alteraciones degenerativas, ocurre reducción del número de células y destrucción de parte de ellas. Se alteran más las células parenquimatosas que las intersticiales. Se acompaña de deshidratación y decrecimiento de la capacidad funcional de reserva.

.Estos cambios podrán ser mayores, dependiendo de cada individuo y de su aprendizaje recibido.

.A veces, enfermedades como la osteoartritis, la arterioesclerosis, la enfermedad de Parkinson o la demencia senil, son modificaciones mayores y externas de los cambios propios de la edad senil, y no serían enfermedades en el sentido estricto del término.

.En forma general, hay hipoxia con alteraciones circulatorias, con repercusión mayor sobre la neurona que sobre otras células. Mientras que las otras células pueden regenerarse, las neuronas no lo hacen, o al menos es materia de reciente controversia.

.Por ello, hay un declive funcional de varios sistemas como el renal, de la capacidad vital, la fuerza muscular, la actividad cardíaca y la actividad mental. .Además, hay cambios en la adaptación, que sufre el anciano con relación a los aspectos: laboral, familiar, económico, social, medioambiental y otros, donde no siempre logra adaptarse.

.Estas situaciones determinan que se reduzcan y retrasen la absorción gastrointestinal, la excreción renal y el ritmo de las inducciones enzimáticas. Asimismo, se alteran los receptores sinápticos y la homeostasis. Todo ello obliga a que se utilicen diversos fármacos, que tendrían que ser administrados a dosis menores y adecuadas.

.En la piel hay pérdida del colágeno, por lo que se adelgaza y se presentan arrugas, perdiendo su elasticidad, de manera que los menores traumatismos ocasionan equimosis, sobre todo en la muñeca y en el dorso de la mano.

.En los huesos, por el reposo prolongado en la cama y la menor movilización de los miembros se acelera la descalcificación, generando un mayor riesgo de fracturas.

. Son frecuentes las contracturas y la rigidez de las articulaciones, debido a la sustitución del tejido elástico por fibroso.

-17.11.2)- Sistemas de Integración. Sistema Nervioso Central.

-El cuerpo humano tiene miles de millones de células que viven y funcionan armónicamente, de modo suave y constante, donde cada una está rodeada por un medio acuático, formando una comunidad organizada, integrada y coordinada, con una serie de variedades de control y de comunicación, para poder asegurar una actividad integral.

.Para subsistir, debe tener un sistema que le permita responder a todos los cambios internos o a las modificaciones ambientales externas. También debe mantener sin cambios a su medio interno, a través de los mecanismos de la homeostasis, como única forma de asegurar su normalidad, no importa cuáles sean los cambios externos.

.Para ello, tiene a los sistemas de integración funcional, que le permiten que tanto en la recepción como en la respuesta, actúe como una unidad y que el ambiente pericelular se mantenga incambiado.

-Estos sistemas son:

.a) Sistema Vital: Integrador de las células a través de las regulaciones vegetativa, hormonal, autoinmune, y enzimática;

.b) Sistema Miostático: Que mantiene la postura, el tono, el equilibrio y la coordinación;

.c) Sistema Promundo: Que lo relaciona con el medio externo; y

.d) Sistema de Activación Reticular: Que es un coordinador que intensifica o disminuye a los otros tres, y mantiene aspectos como los estados de conciencia; los instintos afectivos como: dolor, placer, sexo y otros; las autorregulaciones como el ritmo básico vital circadiano; el tono vital o humor; el tono muscular y la movilidad corporal y la integración refleja somato-vegetativa, entre otros.

-El control de las funciones superiores: Comprende a la conciencia, que representa la coordinación de un número de actividades, que permiten dar una respuesta apropiada a las variadas estimulaciones exteriores visuales, auditivas, táctiles, olfatorias y otras. .Estar consciente representa en el instante presente, proceder a analizar lo vivido, proyectarse en el futuro y relacionarlo con su eficiencia intelectual, con la estructura de su personalidad y combinarlo con su característica afectiva.

.Es distinta en los estados de alerta y de sueño.

. El estado de alerta es controlado por el Sistema de Activación Reticular, entre otros. .En el envejecimiento, se disminuye progresivamente.

.El sueño lo interrumpe cíclicamente, siendo un proceso activo donde se interrumpe la actividad reticular y se reemplaza por una actividad que nace en otras estructuras diferentes bulbopónicas del sueño.

- Hay dos tipos de sueño:

. De ondas lentas: 70 a 80%, siendo de instalación progresiva, dando en el EEG ondas lentas, sincronizadas, corticales y subcorticales, con persistencia de un grado de tono muscular); y

.De actividad rápida: paradójico, con 20 a 30% de la duración total, con ciclos de 10 a 15 minutos de duración, repitiéndose periódicamente, con EEG rápido, de bajo voltaje, a nivel cortical, diencefálico y mesencefálico, con atonía muscular y aparición de movimientos rápidos de los ojos y con períodos de ensueño.

-Los estados de alerta y del sueño tienen organizaciones distintas y sus trastornos dan anomalías distintas.

. El coma es la ausencia de alerta o su perturbación.

. Las alteraciones del sueño son la sustitución por otra organización funcional, lo que es reversible.

.El estudio del coma comprende el estudio de la reactividad a las estimulaciones : perceptividad, reactividad no específica, reacción de alerta, reactividad al dolor, reactividad vegetativa; examen neurológico completo, examen del tono, examen de las pupilas : reflejo fotomotor y reflejo cilioespinal, examen de los movimientos oculares; electroencefalograma (EEG) y otros.

.Sus causas son múltiples, como: depresión de las funciones corticales : .Supratentoriales, o lesión o depresión de los mecanismos activadores del tronco cerebral, como en las enfermedades metabólicas o tóxicas;

. En las lesiones subtentoriales extensas o en las localizadas del tronco cerebral.

-Además del coma, están el mutismo aquinético : disociación entre la vigilancia corporal y cerebral; la confusión mental : alteración parcial de la conciencia, con trastornos de la percepción asociados a desorientación témporo-espacial, trastornos de la memoria, perplejidad angustiosa,y onirismo : ensueños con fases de agitación y aquinesia.

.Con antecedentes o causados por alcoholismo, por intoxicaciones o por interacciones medicamentosas como: cortisona, isoniazidas y antidepresivos en los ancianos; bromuros e intoxicaciones por CO, entre otros; por enfermedades infecciosas agudas o por perturbaciones hidroelectrolíticas y por crisis posepilépticas; y las hipersomnias : con una suspensión relativa y rápidamente reversible de la conciencia.

.También están las alteraciones de las funciones simbólicas, como: la somatognosia con localizaciones diversas, más o menos extendidas, como las hemiplejias; las apraxias: de extensión variable, que dan dificultades al vestirse, escritura, manejo de actividades cotidianas y automáticas, entre otros, que son frecuentes en el envejecimiento; y las agnosias : incapacidad de identificar un objeto ofrecido a la percepción, sin existir déficit sensorial, ni deterioro global de la función superior, ni trastorno de la conciencia ni de la atención, que pueden ser de orden visual, auditivo, táctil, entre otros); y las afasias : pérdida la capacidad de usar el lenguaje como medio de comunicación o representación simbólica, no pudiendo expresarse oralmente o por escrito de manera inteligible, no pudiendo descifrar los mensajes que recibe en forma escrita u oral, sin existir disartria. Puede haber disminución progresiva en el envejecimiento.

- Asimismo, están las alteraciones de la memoria, que es la capacidad existente de conservar una huella, en el tiempo y el espacio, de los estados funcionales sucesivos que ha experimentado, con la capacidad de poder evocarlos, pudiendo abarcar reflejos condicionados, conductas instintivas y de aprendizaje, estableciéndose circuitos neuronales.

. Se producen alteraciones de la memoria en la amnesia anterógrada : dificultad en registrar recuerdos nuevos; la amnesia retrógrada : no puede evocar recuerdos anteriores al comienzo de la enfermedad; el síndrome de Korsakoff : trastorno de memoria de hechos recientes con fabulación y falsos reconocimientos de hechos antiguos

. Se ve en alcohólicos con polineuritis, carencias de vitamina B, encefalitis herpéticas, lesiones anóxicas, algunos tumores, lesiones traumáticas y en otros.

. Las capacidades de cálculo, de razonamiento, de juicio y de abstracción pueden no estar lesionadas.

.Las amnesias lacunares son consecuencia de una pérdida de conciencia o de un período de confusión mental, habiendo una interrupción del registro de las huellas mnésicas durante un período. Si la pérdida ha sido parcial, algunos recuerdos desordenados pueden resurgir posteriormente. Pueden verse después de crisis epilépticas, electrochoques, de

traumatismos donde puede estar asociada a una amnesia retrógrada del período previo al accidente, histérica, entre otros.

. El ictus amnésico : 50 a 60 años, dura 6 a 12 horas, deja una amnesia lacunar, pudiendo ser causada por una isquemia transitoria, no estando desorientado en tiempo y espacio, con EEG y signos neurológicos normales

. Las amnesias globales : pueden verse en demencias, con pérdida de hechos recientes y antiguos, aumentando progresivamente, acompañadas de deterioro del resto de las funciones intelectuales, dando demencias orgánicas que empiezan entre los 50 y 60 años, como en la enfermedad de Alzheimer, en la enfermedad de Pick, o que comienzan entre los 70 y 75 años como la demencia senil, o que tienen antecedentes de enfermedades degenerativas como corea de Huntington o esclerosis lateral amiotrófica (ELA), o que tienen una etiología adquirida que da deterioro intelectual como en la parálisis general, en los traumatismos craneoencefálicos, en la intoxicación por óxido de carbono, en las enfermedades arteriopáticas (20 a 40%), en el síndrome de Creutzfeldt-Jakob, con evolución rápida mortal, que puede ser de etiología viral con destrucción de neuronas y glías, y otras.

-La masa cerebral y el flujo sanguíneo responsables de la producción de neurotransmisores, se reducen progresivamente en la edad adulta, acelerándose la reducción en la ancianidad, no obstante, en ausencia de enfermedad, hay una cierta compensación de la perfusión cerebral a las nuevas necesidades metabólicas de los tejidos neurales, disminuyéndose la riqueza y la complejidad de las interconexiones, con mengua de la capacidad de los sentidos.

. Los pacientes con alteraciones psiquiátricas, cerebrovasculares, malnutridos, desacondicionados, o quirúrgicos mayores, o a ser anestesiados, tienen un mayor riesgo de complicaciones, de disfunciones cognitivas y los cuidados con los fármacos aplicados deben de ser extremados en cantidad y calidad, por las interacciones y por los efectos residuales.

-La sordera nerviosa aparece en la edad avanzada y son frecuentes las cataratas por la degeneración lipídica y las calcificaciones del cristalino.

-Los cambios producidos son:

. a) Anatomía cerebral: pérdida progresiva de neuronas grises y de la síntesis de neurotransmisores; pequeña atrofia de la sustancia blanca; aumento del volumen del líquido cefalorraquídeo intracraneal y reducciones variables y progresivas de la actividad metabólica hemisférica.

. b) Circulación cerebral: respecto de la autorregulación y necesidades metabólicas locales en sujetos sanos; modesto descenso del flujo sanguíneo regional en forma variable y progresiva del flujo global.

. c) Neurofisiología: descenso de densidad neuronal; descenso de la actividad de neurotransmisores cerebrales y medulares; simplificaciones de interconexiones sinápticas y disminución de la recuperación ante alteraciones de lesiones neuronales.

.d) Variaciones neurológicas: inteligencia cristalizada y memoria implícita conservadas; alteración de la velocidad de procesamiento de los estímulos sensitivos; descenso progresivo de inteligencia fluida y descenso de necesidades anestésicas.

.Los exámenes complementarios son: examen de líquido cefalorraquídeo por punción lumbar o por punción occipital; exploración radiológica del canal raquídeo y de su contenido, médula espinal y raíces, sin preparación o con preparación lipoiodada, hidrosoluble o gaseosa y angiografía; radiografías simples de cráneo; electroencefalografía; angiografía cerebral; encefalografía gaseosa; ventriculografías; exploraciones isotópicas (gammaencefalograma, tránsito isotópico); tomografía axial computada; resonancia magnética y PET (tomografía de emisión de positrones).

-17.11.3.)- Sistemas Nervioso Periférico, Autónomo, Hormonal y Enzimático.

-El Sistema Nervioso Somático es la acción unificada de nuestro organismo sobre el medio exterior que nos rodea, haciéndolo a través del Sistema Promundo y del Sistema Miostático. Mientras que el Sistema Nervioso Autónomo, junto con las Regulaciones Vegetativa, Hormonal y Enzimática tienen como función regular nuestro medio interno, de manera de que los compartimientos vascular, extracelular e intracelular actúen como un todo. Todo esto se encuentra integrado y coordinado por el sistema de Activación Reticular.

-El Sistema Nervioso Vegetativo comprende dos sistemas con interrelaciones estrechas que son el simpático y parasimpático; conformando una organización, con una vía aferente, un centro y una vía eferente de dos neuronas. El parasimpático segrega acetilcolina en ambas neuronas, estando la primera en los centros parasimpáticos y la segunda cerca de las vísceras, con acción muscarínica. La primera es inhibida por inhibidores gangliopléjicos y la segunda por la atropina.

. Los centros parasimpáticos tienen dos contingentes: craneal y sacro, que presentan núcleos individualizados con acciones localizadas. En el simpático, la primera neurona está en los centros simpáticos, segregando acetilcolina, localizados en el tronco cerebral y en el asta lateral de la médula espinal; y la segunda neurona en un relevo ganglionar lejos de las vísceras, segregando noradrenalina, con acción adrenérgica y actuando los inhibidores simpaticolíticos.

.Entre las acciones localizadas controladas, se pueden destacar: las acciones en la pupila, como los reflejos pupilares a la acomodación y el reflejo fotomotor, dando su alteración el signo de Argyll-Robertson y los síndromes de Adie y de Claude Bernard-Horner, estos pueden verse en el envejecimiento.

.Las acciones sobre la micción y la defecación, con algunas alteraciones en el envejecimiento.

. Las acciones sobre la erección, con acción parasimpática y en la eyaculación con acción simpática.

.Las acciones sobre la hipotensión ortostática donde se puede observar al pasarse a la posición de pie que se produce una vasoconstricción refleja simpática compensadora y cuando falla puede generar la pérdida de conocimiento con caída, hasta mareos, trastornos visuales y sensaciones vertiginosas, pudiendo encontrarse en el envejecimiento, en el posoperatorio de operaciones vasculares abdominales con simpatectomías, en enfermedades médicas con uso de simpaticolíticos, neurolépticos, IMAO, L-Dopa, entre otros.

.Trastornos de la sudoración por alteraciones de los termorreguladores hipotalámicos donde las neuronas posganglionares son colinérgicas, dando anhidrosis de topografía variable.

. Trastornos de la respiración, donde hay alteraciones asociadas de los músculos respiratorios del control voluntario, que se integra a nivel del bulbo con un centro inspiratorio y un centro espiratorio que actúan en forma rítmica, que pueden estar influenciados por la voluntad, por los receptores pulmonares sensibles al estiramiento, por las emociones y por la actividad bioquímica : cambios de elevación del PCO_2 , cambios en la concentración de los iones H^+ o por una baja del O_2 con participación de los quimiorreceptores carotídeos y aórticos, alterándose en muchas enfermedades.

. Los síndromes hipo-tálamo-hipofisarios con alteraciones de las funciones neuroendócrinas, dando insuficiencias hipofisarias a nivel de la diuresis, de la prolactina o de las funciones endócrinas en excitación o inhibición, entre otros.

. Trastornos de la regulación térmica hacia la hipertermia o la hipotermia, aumentada en el envejecimiento.

.Trastornos de las conductas alimenticias, como la sed y el hambre; y en los trastornos de la vigilancia y del comportamiento emocional, dando alteraciones de la vigilia y del sueño.
.En el envejecimiento hay pérdidas de neuronas y disminución de la velocidad de conducción. Hay oscilaciones más amplias de la presión arterial y de la frecuencia cardíaca, con menor respuesta cardiovascular y respiratoria. Hay más predisposición a la hipotermia y menor capacidad de respuesta a las variaciones de la homeostasis. Por ello, hay frágiles respuestas al estrés, a los cambios, a las operaciones, a la anestesia y a las enfermedades. También son variables y distintas las respuestas a los fármacos.

-17.11.4) Los Cambios Producidos.

-Son:

- .1) Neuroanatomía: Hay degeneración de axones y pérdida de neuronas motoras y vegetativas; fibrosis de los nervios periféricos; atrofia de ganglios vegetativos y glándula suprarrenal; engrosamiento de la placa motora muscular y atrofia de la masa muscular esquelética.
- . 2) Neurofisiología: Disminución del transporte distal de neuronas motoras periféricas; aumento de los receptores colinérgicos en la placa motora y aparición en extraplaca; disminución de la sensibilidad de los receptores adrenérgicos a los betaagonistas periféricos.
- .3) Pérdida progresiva de la fuerza y del control fino de los músculos esqueléticos; suba del nivel de noradrenalina plasmática en reposo; alteración de la homeostasis termorreguladora; alteración de los barorreceptores vegetativos; respuesta reducida a la hipoxia y a la hipercapnia; menor variabilidad cardíaca latido a latido y discreto incremento de las necesidades de dosis de bloqueantes neuromusculares no despolarizantes.
- .4) Funciones tisulares: Hay pocos cambios cualitativos en la actividad metabólica; hay atrofia y fibrocalcificación de los tejidos elásticos y mecánicos de la piel, de los ojos y de las grandes arterias y alteración de las interacciones receptoras de tejido agonista de neurotransmisores y hormonas tróficas.
- .5) Acciones farmacocinéticas: Aumento de la concentración de la fase alfa; retrasos en la redistribución de fármacos entre el plasma con los diversos compartimientos; disminución del aclaramiento : depuración y metabolización de fármacos en las biotransformaciones hepática y renal; aumento de los volúmenes de distribución de los fármacos liposolubles en la fase de equilibrio, y prolongación del tiempo medio de eliminación.

-17.11.5)- . Estatura, Hábitos y Composición Corporal, y Hepática.

-Hay cambios progresivos en el peso corporal total, en la altura y en las composiciones fraccionales del organismo que cambian las necesidades metabólicas y la farmacología que se les aplica. Hay disminución de la masa magra, especialmente de los músculos esqueléticos en los varones. Esto puede estar enmascarado, en los años medios de la adultez, por el aumento de la grasa corporal, que contribuye al aumento del peso corporal total y de la superficie corporal. Las mujeres tienden a aumentar la grasa corporal en la adultez, persistiendo hasta la séptima década. En esta edad, las mujeres mantienen su peso aunque pierdan tejido magro y músculos. La mayoría de los varones pierden peso y estatura en la octava década.
.El apetito del anciano con buena salud puede ser bueno, pero por diversos hábitos y sobre todo cuando viven solos, su dieta tiende a ser más abundante en glúcidos debido a que los alimentos con proteínas son más caros, y tienen una más complicada preparación.
.Esto puede llevarlos a la obesidad, a lo que se agregan factores como menor ejercicio físico y reducción de sus actividades profesionales, recreativas y domésticas.

.Su disminución de la tolerancia a la glucosa le produce glucosuria. Además, sobre todo en los hombres, se observa un déficit vitamínico asociado.

.En la composición corporal, hay pérdida progresiva del componente intracelular del agua corporal total, aunque el agua extracelular y los volúmenes plasmáticos se mantienen o disminuyen levemente; excepto que tengan hipertensión esencial o trastornos del equilibrio hidrosalino.

.Estos cambios son responsables de la disminución progresiva de la tasa metabólica basal, del consumo de oxígeno y de la cantidad de tejido disponible para almacenar hidratos de carbono sensibles a la insulina.

. Hay pocos cambios en los niveles plasmáticos de las hormonas, aunque disminuye la velocidad del recambio hormonal.

.El tejido hepático disminuye bastante su masa y su flujo sanguíneo proporcionalmente se compromete, aunque el envejecimiento por sí mismo no altera cualitativamente la función hepática y la actividad enzimática. La disminución de la reserva funcional hepática para la síntesis de proteínas o para la biotransformación de algunos fármacos o de anestésicos, es más bien cuantitativa en el envejecimiento, aumentando el tiempo de eliminación.

.Los patrones de difusión tisular están cambiados, en especial la difusión rápida inicial y la redistribución hacia los lugares de acción, que puede dar concentraciones plasmáticas superiores a las esperadas. Esto es importante para ser tenido en cuenta.

-17.11.6)- . Función Renal, Sanguínea, Medio Interno y Capacidad de Reserva.

-El metabolismo basal desciende por la reducción del tejido activo y su sustitución por tejidos fibrosos y tejido conjuntivo, por lo que la temperatura se hará progresivamente subnormal.

-En condiciones de reposo, el medio interno puede estar más o menos conservado, mostrando los volúmenes sanguíneo y plasmático escasas variaciones. .La hemoglobina y la numeración globular con las diversas series celulares: roja, blanca y plaquetaria, son casi normales, a pesar de que el tejido hematopoyético está disminuido.

.Las proteínas totales plasmáticas y los electrolitos, en reposo, pueden estar normales. Pero hay aumento de sodio, de cloro y calcio, acompañado de descenso de potasio, magnesio y fósforo.

.Tiene una escasa respuesta al esfuerzo, al ejercicio y al estrés, porque su capacidad de reserva neuronal y hormonal están disminuidas, especialmente el funcionamiento de la corteza suprarrenal. El nivel de los esteroides suprarrenales disminuye progresivamente con la edad, así como el nivel de reacción al frío.

. Existe un grado de hipotiroidismo, por lo que es más sensible a los medicamentos depresores.

.La corrección realizada por los mecanismos de la homeostasis se presenta enlentecida y disminuida, por lo que cualquier factor distorsionante la altera y la aleja de sus parámetros establecidos. Esto produce disminución de la capacidad de reserva y alteración del metabolismo neuronal, con la consiguiente disminución en la producción de neurotransmisores.

.La sensibilidad a los medicamentos es mayor debido a la reducción del ritmo metabólico y a la alteración hepática y renal; sobre todo para los depresores del sistema nervioso, como los sedantes y los anestésicos. La hioscina produce un cuadro de confusión mental. La absorción intestinal de los medicamentos también está enlentecida, por lo que se retrasa o es incompleta, siendo la administración oral o rectal menos de fiar que la introducción por vía parenteral.

-La capacidad de reserva, en el adulto, junto a los cambios que puede realizar en el funcionamiento cardio-vásculo-respiratorio y renal, como a través de los sistemas vital, hormonal y enzimático, le permite mantener la homeostasis frente a los cambios producidos por la demanda aumentada. Esta capacidad de adaptación se pierde con el envejecimiento, en forma progresiva, porque se van destruyendo las células parenquimatosas sin que exista reposición y ellas son sustituidas por tejido fibroso.

. Además, las células que segregan neurotransmisores, hormonas y enzimas disminuyen su capacidad de secreción, lo que determina la disminución de las funciones del cerebro, el corazón, el pulmón, el hígado y el riñón. Debido a esto, cuando se valora al anciano, éste debe ser estudiado tanto en reposo como en esfuerzo, para conocer su capacidad de reserva. .Muchas veces, no hay molestias en reposo, pero sí aparece en el esfuerzo la insuficiencia o sea la enfermedad o minusvalía orgánica. Cada vez más va perdiendo su capacidad de adaptación a la tensión y se minimiza su capacidad de reserva. Por ello, sólo se le puede permitir realizar funciones acordes a su capacidad de reserva e instarlo a que practique un aprendizaje consonante y permanente que le permita conservarla y aumentarla.

-En el riñón hay atrofia del tejido funcional y del flujo sanguíneo. Si bien la pérdida de la masa renal es pequeña al comienzo, luego progresivamente se deteriora, sobre todo cuando se acompaña de hipertensión. Se resiente la reserva funcional por la pérdida de túbulos renales que se obliteran y alteraciones del ovillo capilar glomerular, que disminuyen la tasa de filtración glomerular, sobre todo en la corteza renal. Cuando hay sobrecarga de ácidos, se produce disminución de la excreción de ácidos. También existe privación o sobrecarga de sal. Hay menor tolerancia, disminuyendo la respuesta a la aldosterona y a la renina-angiotensina y la respuesta tubular a la conservación de sal y agua. El equilibrio glomérulo-tubular se encuentra conservado. Los anestésicos deprimen la función renal por descenso de su flujo plasmático, debiéndose evitar los que tienen éteres halogenados o fluoruros. Cuidado con el uso de fármacos hidrosolubles y de sus metabolitos, por el descenso de sus tasas de aclaramiento (depuración plasmática).

.Al hacerse la función renal menos eficaz, se eleva progresivamente la tasa de urea sanguínea. Además, a la pérdida del tono muscular siguen incontinencias, que aumentan en presencia de lesiones del esfínter vesical, secundarias a partos previos repetidos, a prolapsos pelvianos y a hipertrofias prostáticas. Para la eliminación, cada vez se necesitará mayor cantidad de orina, dando albuminuria. También puede presentarse dilatación vesical con retención de orina.

-En la sangre, los parámetros eritrocitarios, plaquetarios y leucocitarios son normales, con una reducción de la reserva eritropoyética. La coagulación y la hemostasia se conservan normales. Hay disminución de la reserva fibrinolítica con propensión a la trombosis y a la hipercoagulabilidad. Existe depresión de la actividad de los linfocitos T, con predisposición a la infección y a los fenómenos autoinmunes. Esto es importante en las operaciones y enfermedades intercurrentes. Puede haber ligera reducción de la unión a las proteínas plasmáticas de las sustancias biológicas externas y un incremento aparente de la potencia de algunos fármacos y llegarse a altas concentraciones plasmáticas debido al retraso en la redistribución de los fármacos parenterales desde el plasma.

-17.11.7)- . Sistema Cardiovascular.

-Las fibras elásticas de los vasos sanguíneos se engrosan y tienen fragmentaciones en forma progresiva y creciente, produciendo arterioesclerosis, disminuye la capacidad de distensión

vascular, se eleva la presión arterial sistólica y la presión del pulso y disminuye la compensación vascular a las pérdidas sanguíneas y a otras alteraciones. La oclusión arterial y arteriolar progresiva, a medida que avanza el proceso, llevan al aumento de la presión diastólica, acrecentándose la resistencia periférica.

.Por otro lado, el estrechamiento de las arterias coronarias y la hipertensión conducen a la insuficiencia cardíaca congestiva, que estaría empeorada si se presentara una valvulopatía reumática asociada. La arterioesclerosis coronaria produce alteraciones de la conducción cardíaca, que darán fibrilación auricular con ritmos ventriculares lentos, donde la digital es de escasa utilidad.

.Como el anciano limita espontáneamente sus actividades, puede no darse cuenta de su menor reserva cardíaca. Además, puede haber un enfisema asociado que dificulte apreciar y reconocer por el examen clínico el tamaño del corazón. El ECG permite reconocer las alteraciones de la conducción, pero si no se realiza un ECG de esfuerzo, no estaremos orientados sobre la capacidad funcional existente.

.La arterioesclerosis generalizada da severas alteraciones a nivel cerebral con insuficiencias neuronales y lo mismo sucede a nivel renal, hepático y otros. .En las arterias hay modificaciones de la capa íntima arterial, con alteraciones inflamatorias y degenerativas crónicas que estrechan y disminuyen la luz arterial, impidiendo la correcta circulación de la sangre y la regulación de la homeostasis, donde los órganos más alterados serán el cerebro, el corazón y el riñón. Se pierden los mecanismos de compensación y la capacidad de reserva, estando aumentadas la presiones arterial y venosa y también se enlentece el pulso.

-A medida que pasamos la séptima década, el tejido muscular miocárdico se vuelve menos elástico, habiendo una pérdida de miocitos, con una hipertrofia miocárdica reactiva y un incremento del grosor de la pared ventricular, que mantiene la masa de tejido miocárdico en valor equivalente a la del adulto.

.Los principales cambios del envejecimiento miocárdico son:

- . 1) Hay disminución de la respuesta inotrópica a la estimulación betaadrenérgica extrínseca. En reposo hay pocos cambios, pero se va instalando una disfunción diastólica con retraso del llenado pasivo ventricular, un incremento de la dependencia de la contracción auricular y una pérdida de la distensibilidad ventricular;
- . 2) Hay disminución de la respuesta cronotrópica al estímulo betaadrenérgico;
- . 3) Existe una mínima hipertrofia ventricular concéntrica; y
- .4) Disminución de la frecuencia cardíaca intrínseca con aumento de la ectopía auricular.

-Los principales cambios hemodinámicos son:

- .1) Reducción del gasto cardíaco en reposo en proporción a las necesidades metabólicas;
- .2) Ensanchamiento de la presión del pulso arterial, porque hay aumento de la rigidez aórtica;
- .3) Elevación del retorno venoso periférico (RVP) y la impedancia a la eyección del volumen por latido (VL), dependiente del grado de entrenamiento;
- .4) Se mantiene la frecuencia cardíaca máxima inferior, con un incremento compensador del volumen ventricular telediastólico (VTD) durante el ejercicio; y
- .5) Hay pocos cambios en la fracción de eyección.

-En el sistema de conducción cardíaco, se presentan pocos cambios, aunque hay un incremento de las ectopías auriculares, de la pérdida de la amplitud del complejo QRS y un aumento de trastornos inespecíficos del segmento S-T. En esta etapa, la enfermedad cardiovascular es la causa dominante de muerte en individuos no hospitalizados y de morbilidad y mortalidad perioperatoria.

. La enfermedad coronaria y la hipertensión son factores predictivos de una evolución desfavorable. Por ello, se deben someter a pruebas de esfuerzo aeróbico reales o simuladas, para detectar precozmente la disfunción ventricular y poder revascularizar el miocardio si es necesario y optimizar la hemodinamia, evitando la taquicardia y disminuyendo la tensión sobre la pared ventricular.

-Los principales cambios en las funciones integradas cardiovasculares son:

- .1) Se mantiene bien la perfusión de los tejidos en los lechos vasculares, en reposo;
- .2) Hay reducción de la homeostasis autonómica;
- .3) Tiene mayor dependencia de la precarga; y
- .4) Disminución de la capacidad de respuesta betaadrenérgica.

-17.11.8)- . Aparato Respiratorio.

-En el parénquima pulmonar se produce:

- .1) Disminución de la superficie alveolar total en un 20%;
- .2) Disminución de la retracción elástica, menor a la que se produce en el enfisema;
- .3) Alteración de la eficacia del intercambio gaseoso, con las modificaciones de posición del cuerpo, especialmente en la anestesia, por cambios en la cantidad del surfactante en los alvéolos; y
- .4) Disminución de las funciones metabólica e inmunitaria.

-En los volúmenes pulmonares, hay:

- .1) Cambios mínimos en la capacidad residual funcional (CRF), que es el equilibrio físico entre la capacidad retráctil del pulmón y la tendencia del tórax a expandirse, que en el anciano se pone rígido, siendo la capacidad de 1 a 3 litros, resultando alterado por el tabaco, un medio ambiente deficitario o nocivo o por cambios de posición;
- .2) Discreta reducción de la capacidad pulmonar total (CPT), donde el CRF representa la mitad del CPT comprendiendo la suma del volumen residual (VR) (la suma del gas no intercambiable después de un esfuerzo espiratorio máximo), del volumen corriente, del volumen de reserva inspiratoria (VRI) y del volumen de reserva espiratoria (VRE) y la capacidad vital (CV) representa el volumen total de gas intercambiable que es la suma de volumen corriente, VRI y VRE;
- .3) Cierta reducción de la CPT, dependiendo de la estatura;
- .4) Aumento del volumen residual (VR);
- .5) Disminución de la capacidad vital (CV); y
- .6) Aumento del cierre de las vías aéreas pequeñas.

-En la mecánica de ventilación hay:

- .1) Aumento de la capacidad de distensión pulmonar : relación entre cambios de volúmenes pulmonares con los de presión y tensión alveolar; la elastancia es lo contrario, representado por el factor pared torácica y diafragma, que se pierde en el anciano y la conductancia es el recíproco de la resistencia, dependiendo del flujo aéreo; donde la resistencia de la vía aérea es el 80% de la resistencia pulmonar, en ausencia de broncoconstricción;
- .2) Cambios mínimos de la distensibilidad pulmonar total;
- .3) Disminución del volumen espiratorio forzado (FEV), mayor que el descenso de la capacidad vital (CV), aumentada en los fumadores -medida en paquetes/años, sobre todo si se interrumpe antes de los 60 años con recuperación al equivalente a 3 a 10 años y mínima si se abandona antes de los 40 años-;
- .4) Incremento del trabajo respiratorio máximo; y

.5) Disminución de la capacidad respiratoria máxima (CRM) por la pérdida de la fuerza de los músculos espiratorios accesorios.

-En el intercambio gaseoso , función fundamental del pulmón, representado por un proceso de difusión pasiva, necesiéndose una estrecha proximidad entre los volúmenes de gas transportados por la ventilación (V) y la perfusión arterial pulmonar regional y alveolar (Q), se presenta:

.1) Alteración del ajuste V/Q por los cambios anatómicos del parénquima pulmonar y los cambios físicos de la pared torácica : mejor de pie o sentado que acostado y en las bases pulmonares que en los ápices. También hay ajustes finos del V/Q, en casos de vasoconstricción pulmonar hipóxica (VPH) y en broncoconstricción hipocápnica;

.2) Incremento progresivo del gradiente entre la tensión alveolar y la arterial de oxígeno ($P(A-a)O_2$) -3 a 5 mmHg por década-, dando cortocircuitos reales con ineficacia del intercambio entre áreas perfundidas y ventiladas; y

.3) Incremento progresivo del intercambio de dióxido de carbono ($PaCO_2$) en relación a la ventilación total o minuto (V_e) con velocidad constante (V_d/V_t), por aumento del espacio muerto.

-En el control de la ventilación hay:

.1) $PaCO_2$ es normal en reposo;

.2) Disminución de la respuesta ventilatoria a la hipoxemia y a la hipercapnia;

.3) Incremento de la alteración de la ventilación relacionada con el sueño; y

.4) Incremento de la sensibilidad a la depresión respiratoria inducida por narcóticos.

-Otras funciones del pulmón no respiratorias están disminuidas, como el intercambio del agua entre el tejido pulmonar y la circulación; el uso como colchón hemodinámico entre los ventrículos derecho e izquierdo, coordinando el gasto cardíaco : el lecho vascular pulmonar es de alrededor de 500cc y hay incremento 33% de la presión arterial pulmonar media y 77% de la resistencia vascular pulmonar (RVP)-

. También cumple un papel en los procesos de coagulación, de la función inmune y aclaramiento : depuración, y en la síntesis de sustancias vasoactivas y locales como la histamina y la angiotensina, y al absorber y metabolizar fibrina, urea, albúmina y otros fármacos y productos biológicos externos como Fenotiazina, Propanolol y curare.

.Puede haber efectos de la anestesia, ocasionando pérdida de volumen pulmonar y de los intercambios gaseosos, con descenso de la CRF en 15 a 20%, después de la pérdida de la conciencia, empeorado en la cirugía por el uso de retractores quirúrgicos, taponamientos y tiempo operatorio prolongado. .Además, se agrega la reducción del tono muscular diafragmático, la menor capacidad de distensión y el cambio de resistencia pulmonar.

-Los ancianos tienen más tasa de morbilidad y mortalidad pulmonar, aumentada en pacientes con EPOC previo a resecciones pulmonares u otras operaciones torácicas debido a la menor reserva funcional pulmonar y menor capacidad de respuesta ventilatoria a la hipoxemia e hipercapnia. También si hay lesión diafragmática o con secuelas tromboembólicas asociadas.

.Es importante emplear medidas posoperatorias de limpieza del árbol traqueobronquico, la atención de una ventilación adecuada, el aporte de oxígeno suplementario, la vigilancia del dolor posoperatorio : por su incidencia en la severa limitación de los movimientos respiratorios, y la supresión de las respuestas neuroendócrinas provocadas por la lesión de los tejidos.

-17.11.9)- Teorías Explicativas de la Decadencia Senil.

-Son:

- .1. Teoría de la arterioesclerosis crónica: No ha servido, porque más que una causa, es un efecto de la senilidad, no pudiendo ser aplicada a todos.
- .2. Teoría de Weissmann: Es la presunción, en los seres pluricelulares desarrollados, de que algunos sistemas recuperan sus células, y de que los sistemas de integración van perdiendo su poder hasta producirse la muerte; pero no explica todos los problemas. Quizás sí en seres unicelulares, pero no especialmente la influencia de la variaciones de las especies y las mutaciones.
- .3. Teoría de Metchnikoff: Explica la senectud por las desarmonías de los sistemas de integración, preconizando algunos tratamientos antiseniles, a base de leche fermentada (yogur). La degradación funcional de la neurona se caracteriza por el depósito de sustancias extrañas lipoides, e infiltraciones calcáreas, que alteran su funcionamiento.; no explicando el letal efecto de la atrofia y la degeneración.
- .4. Teoría sexual de la decadencia senil: Tampoco la correlación de la atrofia sexual con la senilidad, explica los cambios.
- .5. Teorías ectocásticas y no ectocásticas: Tampoco todas estas teorías han podido resolver las incógnitas de este proceso.
6. Últimas teorías y trabajos:
 - .6.1. Neurogénesis: La Lic. Andrea Gomes Palacio y el Dr. Ariel Prado Serrano, en su trabajo "¿Nuevas Neuronas para Nuestros Viejos Cerebros?", hablan de la posibilidad de los tejidos humanos nerviosos, de autorrepararse a lo largo de la vida. Hasta ahora se pensaba, que las neuronas no podían reproducirse, después de los dos años de edad, en el humano.
.En 1965, se empezaron algunas experiencias en ratas, usando la H-Timidina con un marcador radiográfico, que mostraba la división celular.
.En 1980, se vio que en un ave, un canario adulto, había una regeneración nerviosa en los centros responsables del aprendizaje.
. Luego se vio regeneración nerviosa en el hipocampo de primates.
.Parecía que estudios en humanos serían imposibles, pero en enfermos humanos con cáncer cerebral, se hizo un estudio con marcadores, para poder demostrar que la neurogénesis ocurría en la edad adulta.
. En la Universidad de Florida, el Prof. Scheffer, neurocientífico, en junio de 2010, expresó que pronto será posible, cultivar células cerebrales, hacerlo y luego congelarlas para cuando se necesiten. Lo hizo en ratones, aplicándoles determinados productos químicos, para lograr la diferenciación de las mismas. Sería parecido al proceso de las células precursoras de la médula ósea.
.En la Universidad de Nueva York, en enero de 2010, Daya Lin hizo estudios en ratones con cultivos de células del hipocampo.
.Se ha visto que la neurogénesis en el anciano es escasa, disminuyendo en el bulbo olfatorio, en el hipocampo y en el cuerpo calloso. Por ejemplo, los músicos tienen más desarrollo del cuerpo calloso, lo mismo pasaría con el aumento de actividades psicomotrices, de juegos lógico-creativos, de actividades científicas creativas y de ejecución musical, que aumentan el desarrollo y la integración interhemisférica, lo que retardaría la senectud.
. ¿Esto sería por neurogénesis o por aumento de las sinapsis? Se ha visto que en varios síndromes de desconexión cerebral, como en las anosmias táctil y térmica, en la hemialexia : lectura, en la agrafia parcial, en la apraxia ideomotora, en la apraxia constructiva, en la acalculia, y en la hemianopsia doble, hay lesiones del cuerpo calloso, que mejorarían con: ejercicios psicomotrices adecuados y musicales, con el uso balanceado de testosterona/foliculina, con ejercicios sexuales, que provocarían la neurogénesis o el aumento de las sinapsis. Esto sigue discutiéndose, sin llegarse a una verdadera conclusión.

.6.2. Uso de la marcela: La marcela es oriunda de América del Sur, principalmente de Uruguay, de aroma fuerte, floreciendo al final del verano, viviendo en suelos arenosos, y pedregosos, con propiedades antiespasmódicas y digestivas, antiherpética, antimicótica, antioxidante, analgésica, antiinflamatoria y adelgazante. Tendría una acción antibacteriana sobre el estafilococo áureo, causante de varias infecciones resistentes.

. El Laboratorio Clemente Estable y la Facultad de Química de la UdelaR, de Uruguay, han realizado pruebas con este yuyo, viendo que en lesiones por infarto cerebral en ratas, disminuyeron un 56% las causadas por isquemia cerebral focal.

.Actualmente, en la Universidad de Harvard (EE.UU.), se realizan estudios sobre esta acción.

.Esto, al parecer, se ha producido por la acción de la quercetina de la marcela, lo que ha abierto dos líneas de trabajo. Primero, buscar una molécula más activa, y, segundo, estudiar su mecanismo de acción, que podría ser por procesos antioxidantes, aunque no se conoce todo el proceso, o si intervienen otros factores.

.Se ha visto que la quercetina, preparada en una forma especial, encerrada en una capa lipídica, puede pasar la barrera hematoencefálica, y llegar a la neurona. Se han probado también plantas del altiplano, de Australia y de Etiopía.

.7. Comentarios finales: Siguen siendo un enigma los cambios de la senilidad, y el porqué en un sistema tan sabiamente coordinado, ciertos órganos y ciertos seres, tengan variaciones tan importantes, en la fecha y en la cuantificación y calificación de los cambios.

.No se sabe, sigue en discusión, si la neurogénesis dependería del equilibrio del cóctel hormonal -células testiculares: que dan andrógenos: células cortico-suprarrenales que producen aldosterona, cortisol y DHEA (dihidro-epiandrosterona; las células ováricas que dan estrógenos como: estradiol y androstenediona y progesterona; y las células de la placenta, que dan estradiol, progesterona y estriol.

. Para poder actuar, deben de pasar la barrera hematoencefálica, regulando la actividad neuroendócrina, enzimática y proteica, y la supervivencia de las neuronas, la neurogénesis, y la plasticidad sináptica.

. El cerebro también produce las enzimas y los precursores necesarios para la biosíntesis de los esteroides.

.Estos también, actúan sobre los procesos fisiológicos y conductuales. .La génesis celular corporal es un proceso automático y vegetativo, controlado por el sistema inmunológico, las gónadas y las suprarrenales.

. Asimismo, la neurogénesis sería parte de un proceso metabólico, que no puede ser del todo automático, sino semiautomático , lo que está en discusión.

.Es cierto, que mejora con un aprendizaje constante, con una vida social determinada, y con determinados movimientos, como con la coordinación musical.

. Cuando el anciano abandona o no practica actividades psicomotrices, emocionales, intelectuales y artísticas se perjudica; porque estas actividades aumentan su metabolismo físico y psicológico : actividad neural creativa; influenciadas por las hormonas sexuales.

. El estrés lo reduce. Asimismo, se observó que el yoga y el taichi, estimulan los hemisferios cerebrales mejorándolos, por lo que podrían ser preventivos.

.Se vio que sus movimientos lentos, dan poco consumo de oxígeno, crean pocos radicales libres, poca secreción de serotonina, más de melatonina y estrógenos, que son hepatoprotectores y neuroprotectores, favoreciendo la longevidad, por lo que podrían prevenir el Alzheimer y el Parkinson , lo que está en discusión.

-También se vio que en la mayor parte del cerebro no existe capacidad de crear nuevas neuronas, porque su alta especialización le impide dividirse.

.En los últimos años, se observó que en el hipocampo , que es responsable del aprendizaje y del procesamiento de nuevos recuerdos, podrían generarse nuevas neuronas, a ritmo regular, porque quizás se necesita una renovación constante, para poder absorber la nueva

información. El hipotálamo de las ratas podría generar de 1.000 a 3.000 nuevas neuronas por día. Los animales más jóvenes crean más nuevas neuronas que los viejos. Es importante saber que el cerebro masculino, tiene 30% más de conexiones intersinápticas que el femenino.

.En Berlín, en el Centro Max Delbr, Gerd Kempermann, en 1998, demostró en animales que el cerebro no deja de desarrollarse en toda la vida.

.Suecos y norteamericanos, hicieron estudios en humanos cancerosos terminales, que habían recibido sustancias radiactivas, marcando los eslabones del DNA de sus células. Estos eslabones no dejaron de reproducirse hasta la muerte. Como consecuencia, han expresado que nuevas neuronas nacen en el hipocampo por miles; muy poco, en realidad, en relación a los miles de millones que existen en el resto del neuroeje. Estas nuevas células serían más excitables que las restantes. Por ello, es importante preguntarse, si unas pocas neuronas bastarían para cambiar la red arquitectónica neuronal.

.También se vio, por Friedland, neurólogo de la Universidad Western Reserv de Cleveland, Ohio, EE.UU., que aprendizajes especiales como tocar un instrumento, jugar determinados juegos de cartas, aprender idiomas, hacer malabarismos, armar rompecabezas, o resolver crucigramas, podrían mejorar las conexiones sinápticas; y que, asimismo: ¿podrían propiciar el regeneramiento neuronal?.

. El Instituto Max Planck de Berlín, señala la importancia de la vida social, que sería como una clave de juventud, mejorando el rendimiento intelectual y la memoria.

.Se estudió el tema en enfermedades, como la Demencia Senil y el Parkinson, donde se vio la existencia de muerte neuronal, y sobre todo la falta del incremento de las sinapsis. Esto hizo que varios estudiosos expresaran, que los problemas no son por falta de neurogénesis, sino por falta del incremento de las sinapsis.

.A la vez, se observó que las células T del sistema inmunológico, que produce el timo, ¿son clave?: En 1961, Muller descubrió esta función. Por ello, los niños se recuperan fácilmente de enfermedades e infecciones.

-En resumen, actualmente persiste una verdadera polémica sobre la neurogénesis, sobre los factores hormonales influyentes, sobre la importancia del aprendizaje especializado, sobre la plasticidad sináptica, sobre los factores influyentes inmunitarios cancerígenos, y sobre los múltiples factores: físicos, psíquicos, sociales, ambientales, comunitarios y económicos actuantes, que podrían dar en el hombre una mejor y adecuada explicación, sobre la existencia de la neurogénesis, o si hay un aumento o disminución de la plasticidad sináptica, como fenómenos únicos o asociados.

. Es cierto, que existen muchas esperanzas en dilucidar las causas de prevenir y mejorar la longevidad, los procesos del envejecimiento , y las enfermedades existentes en el anciano.

-17.11.10)- .Paliativos y Consuelos del Envejecimiento.

-Muchos ancianos han tomado como forma de conducta, un sistema de sobrevivencia basado en la templanza, con sobriedad alimenticia, y moderación pasional.

. En algunos animales, la duración de su existencia está determinada por el quíntuplo de la duración de su desarrollo, lo cual no siempre se cumple

. En el hombre el desarrollo dura veinte años, por lo que su vida debería ser de 100 años, lo que ocurre más raramente.

.Por ello, se han descrito los más variados consejos de sobrevivencia, pero muchos no han dado resultado.

.Es bueno recordar el lema de la OMS, de 7 de abril de 1999, en ocasión del "Día Mundial de la Salud" y del "Año Internacional del Adulto Mayor", que decía: "Sigamos activos para envejecer bien".

.Se hizo un diálogo intergeneracional, sobre el envejecimiento y la vejez, relacionando la vejez con el desarrollo, y la necesidad de encontrar respuestas frente al aumento mundial de las tasas de envejecimiento, necesitándose mantener un envejecimiento activo, transformando al anciano en un participante activo de la sociedad.

. Una niñez saludable dará una edad adulta acorde, y los años posteriores más estimulantes y productivos.

.Lamentablemente, en Latinoamérica, se ha priorizado sólo a los adolescentes y a los niños; mientras que las necesidades de salud de los ancianos, y el desarrollo de las infraestructuras necesarias para una sociedad que envejece, reciben apoyo ocasionalmente, para poder asegurar un envejecimiento saludable, con hábitos y condiciones de vida acordes.

. La falta de un envejecimiento saludable, llevará a una vejez patológica, con más demanda de servicios sociales, de salud y de especialización geriátrica.

.Por ello, es importante insistir en el envejecimiento saludable, en estilos de vida más satisfactorios, en el mantenimiento de las reservas funcionales del anciano, en la prevención de sus enfermedades y sus discapacidades, y en conseguir una sociedad más amigable con el octogenarismo y el superoctogenarismo.

-En el anciano, la buena salud y el envejecimiento activo satisfactorio, representan su autonomía en un contexto social determinado, en forma activa , aun cuando tenga algunas enfermedades y consuma determinados fármacos, acompañado de bienestar, recibiendo cuidados y apoyos en forma continua, reconfortándolo en todo momento, hasta en la muerte.

.Las afecciones más comunes serán: cardiovasculares, cancerosas, diabetes, osteoartritis, pulmonares, y desórdenes mentales como: depresión y Alzheimer.

.Para 2020, el 75% de las muertes en los países en desarrollo, estarán relacionadas con el envejecimiento : especialmente en Uruguay, Chile, Argentina, Cuba y partes de Asia. .Las afecciones más limitantes, serán los accidentes vasculares cerebrales y las fracturas de cuello de fémur.

.Algunos consejos expresan: la sobriedad alimenticia en cantidad, manteniendo la calidad, suspendiendo la actividad intelectual o física complicada, una hora antes de la comida; suspender las conversaciones, lecturas o discusiones acaloradas o emocionantes nocturnas, porque cerebro y estómago, son dos competidores por la circulación.

. No deben dejar las actividades intelectuales, sino mantenerlas, y si es posible aumentarlas, sobre temas interesantes para la madurez reflexiva, siendo las horas matinales las mejores.

.En esta edad, se pierde un poco el interés político, pero debe renunciar al foro y a la discusión.

.Si no está lo suficientemente ágil y robusto para caminar, escalar, comer y dormir en lugares no cómodos, para encontrarse con costumbres y personas nuevas y placenteras, y para tener momentos de descanso intercalados, es mejor que no lo realice.

.Si está acostumbrado a la vida campesina o balnearia, puede hacerlo, pero manteniendo sus costumbres y comodidades.

-17.12)-DIVERSAS PARTES NERVIOSAS.

-Índice:

-17.12)-DIVERSAS PARTES NERVIOSAS.

-17.12.1)- Sinapsis y Funciones Mentales.

-17.12.2)- Circulación Cerebral.

-17.12.3)- Insuficiencia Cerebral.

- 17.12.3.1)- Insuficiencia Cerebrovascular.
- 17.12.3.2)- Insuficiencia Cerebrometabólica.
- 17.12.4) - Barrera Hematoencefálica.
- 17.12.5)- Metabolismo Neuronal.
- 17.12.5.1)- Características.
- 17.12.5.2)- Función del ATP y del AMPc.
- 17.12.5.3)- Alteraciones del Metabolismo Energético.
- 17.12.5.4)- Neurotransmisores y Envejecimiento Cerebral.
- 17.12.5.4.1)- Envejecimiento.
- 17.12.5.4.2)- Demencia Senil.
- 17.12.5.4.3)- Isquemia Cerebral.
- 17.12.5.4.4)- Síndromes Extrapirámides.
- 17.12.5.4.5. Deficiencias Funcionales.

-17.12.1)- Sinapsis y Funciones Mentales.

-Cada neurona comunica con las neuronas vecinas a través de las sinapsis. Una neurona puede tener cerca de 50.000 conexiones. A través de las hendiduras sinápticas, viajan los impulsos bio-químico-eléctricos. Cada neurona produce su propio neurotransmisor, viajando estas moléculas a través de las sinapsis, para estimular al receptor de la neurona vecina. El humano tiene un capital de 13.000 a 15.000 millones de neuronas. y después del nacimiento pierde su capacidad de reproducción.

.Es una célula secretora, que produce neurotransmisores, los que se almacenan en las terminaciones presinápticas, llamada botón presináptico.

.Al segregarse, es responsable del fenómeno bio-químico-eléctrico, que crea la onda de despolarización en la neurona que sigue. Presenta una terminación eferente, el axón.

.Tiene la capacidad de disminuir o aumentar sus terminaciones presinápticas, dependiendo de su grado de función, que puede ir de una a varias docenas de miles, formando las sinapsis.

.Cada neurona necesita recibir un número determinado de estímulos de otras neuronas o de un estimulador, antes de estar en capacidad de poder disparar, liberando su propio material neurotransmisor en la sinapsis.

-En ese sentido, la función cerebral es una cadena de acontecimientos bio-químico-eléctricos, sumamente complejos, sin embargo finitos y dependientes en extremo del aporte adecuado de los neurotransmisores.

.La unidad funcional está representada por los conjuntos neuronales, en número variable, con propiedades y segregando neurotransmisores semejantes, ubicados en un punto común y determinado del espacio, dentro del organismo y del neuroeje.

-Las glías son células con funciones de apoyo en la sustancia gris y blanca. Son:

. La macroglía o astrogía protoplasmática, que forma parte del Pie Chupador, que están en la sustancia gris, siendo responsable de la homeostasis, y de asegurar a la neurona las sustancias alimenticias necesarias;

.La microglía que es la encargada de eliminar las sustancias nocivas de la zona perineuronal, teniendo núcleo y un tamaño pequeño;

.la macroglía o astrogía fibrosa de la sustancia blanca, que está alrededor de las fibras miélicas; y

.La oligodendroglía que forma la mielina, que protege a los axones, aislándolos de sus

conductores vecinos, y cambiando sus condiciones funcionales. Las células de Schwann tienen propiedades semejantes.

-Los receptores o sensores: Tienen la capacidad de poder reconocer o interpretar los fenómenos químicos, mecánicos, sonoros, luminosos, etc., transformándolos en un fenómeno bio-químico-eléctrico, que es llevado a la neurona.

-Tradicionalmente, la declinación de la función mental se asoció a la arterioesclerosis, pero los estudios recientes muestran que aun la demencia grave, puede cursar sin enfermedad cardiovascular, pudiéndose expresar que la arterioesclerosis no conduce necesariamente a la demencia.

.Ésta, en varios casos, puede estar causada por infartos cerebrales múltiples, secundarios a trombosis o embolias. En otras situaciones, la causa está en el propio tejido cerebral, con lesiones en las fibrillas y en las placas seniles de las neuronas degeneradas, acompañado esto de una disminución del flujo sanguíneo cerebral, secundario o no; con un descenso de la actividad neuronal y al metabolismo disminuido o alterado de los neurotransmisores.

-17.12.2)- Circulación Cerebral.

-La circulación cerebral ha sido estudiada a través de una serie de métodos de diagnóstico, que son:

.1. Medida en los troncos arteriales y venosos: Determinación de la diferencia arteriovenosa; con métodos electromagnéticos y técnicas termoelectricas.

.2. Reoencefalografía: Diagrafía transcraneana, pletismografía y por variaciones de impedancia

.3. Métodos por indicadores inertes: No difusibles : arteriografía cerebral, trazador radioactivo y de dilución; y Difusibles : termoelectricos, no gaseosos, de N²O, de Kr85, de débito : gasto, sanguíneo regional, inyección intracarotídea de Xe133, inhalación Xe133, uso de gamma-cámara, e inyección en parénquima.

.4. Otros Métodos: electroencefalografía, ecografía, PET :Tomografía de Emisión de Positrones, y estudios metabólicos en vivo.

-La disminución de la actividad de los neurotransmisores, determina un problema de mantenimiento de la homeostasis cerebral, bajándose el flujo sanguíneo cerebral, y disminuyendo el metabolismo neuronal, acompañándose de anomalías del EEG.

.Por ello, hay una reducción lenta y mantenida de las ondas Alfa, disminuyendo su parte rápida y aumentando en forma relativa su parte lenta.

.Las ondas Beta rápidas, hasta con una frecuencia de 25 por segundo, disminuyen en forma similar a las ondas Alfa.

. Por otra parte, las ondas con una frecuencia menor a 8 por segundo, tienen un aumento constante entre los 60 y los 90 años.

- Además del EEG simple: Se han usado técnicas computarizadas para la recolección, registro, interpretación y valoración cuantitativa, en condiciones basales en el tiempo y en condiciones patológicas inducidas, tales como: isquemia, hipotermia, Hydergina y otros; y por la técnica de la Valoración Cuantitativa; o por Representación Tridimensional.

.Con los métodos de Medida de los Débitos : gastos sanguíneos: viscerales y cerebrales; se pudo observar que el suministro de sangre, a través de los mecanismos de autorregulación, permanece constante.

- Sólo por debajo de una presión arterial de 70 mmHg, se observó un descenso del flujo sanguíneo cerebral.

-Además, para que la autorregulación funcione, se necesita que las paredes vasculares estén funcional y estructuralmente intactas.

.El débito cerebral es el 14% del total, lo que resulta elevado porque el cerebro comprende un 2.5% del peso corporal.

-A medida que se incrementa la edad, especialmente luego de los 50 años, los valores del débito sanguíneo cerebral y el consumo de oxígeno, se reducen y la resistencia vascular cerebral aumenta, todo esto progresivamente, acompañándose o no de síntomas clínicos.

.A los 80 años, la disminución puede llegar al 30%.

-17.12.3)- Insuficiencia Cerebral.

-El deterioro mental observado en el envejecimiento, puede deberse a una insuficiencia cerebrovascular, a una insuficiencia cerebrometabólica, o a ambas.

-17.12.3.1)- Insuficiencia Cerebrovascular.

-Puede ser causada por una arterioesclerosis vascular cerebral, o por un proceso embolígeno; dando un deterioro mental y psicosocial, asociado a síntomas neurológicos locales, y a una hipertensión arterial.

.En el 17% de los casos, representa la causa primitiva. Desde el punto de vista clínico, la irrigación cerebral insuficiente da: alteraciones del sueño, cefaleas y vértigos, acompañados de estados de angustia, y depresión.

.Posteriormente, aparecen trastornos de la capacidad de la percepción y la memoria, junto a desorientación y humor inestable, pudiéndose llegar en forma progresiva, a la demencia senil.

-17.12.3.2)- Insuficiencia Cerebrometabólica.

-Representa la alteración del metabolismo del tejido nervioso, donde el deterioro mental y psicosocial, son prácticamente la manifestación clínica de la enfermedad orgánica, siendo similares los fenómenos, que se presentan en el envejecimiento y en la demencia senil, también llamada enfermedad psicoorgánica de la vejez, o enfermedad involutiva cerebral, o esclerosis cerebral senil, representando un 66% de los casos.

-La etiología es la alteración de la homeostasis metabólica cerebral, motivada por una reducción, dependiente de la edad, de la reduplicación de las moléculas, de la síntesis correcta de las proteínas enzimáticas, de las capacidades de reserva, y de la capacidad de adaptación a los diversos tipos de estrés metabólicos, producidos por los cambios: psíquicos, sociales, emocionales y económicos.

.La causa primaria también conduce a las alteraciones del sistema de la barrera hematoencefálica, que comprende a la neurona, al astrocito y al capilar, produciendo las alteraciones hemodinámicas correspondientes.

.En el 17% restante, la etiología será mixta, asociándose ambos procesos: cerebrovascular y cerebrometabólico.

-17.12.4) - Barrera Hematoencefálica.

-La barrera hematoencefálica o hemoencefálica, tiene carácter estructural y funcional, estando constituida por la neurona, la astroglia y el capilar.

- La astroglia o astrocito es un elemento intercalar, y en el tejido nervioso sustituye al espacio extracelular, que se encuentra en todos los tejidos, realizando sus funciones y haciendo el transporte entre el capilar y la neurona de los elementos sanguíneos.

.Ésta, de acuerdo a su función, toma diversas formas, siendo las más extremas: el astrocito

protoplasmático y el astrocito fibroso, existiendo una serie de formas intermedias.

.El fibroso predomina en la sustancia blanca, con procesos o prolongaciones largos, bien delimitados y lisos.

.El protoplasmático tiene prolongaciones cortas, gruesas, muy ramificadas, de aspecto burdo, predominando en la sustancia gris.

.El astrocito, además del proceso protoplasmático (PP) descrito, tiene un segundo componente, los procesos laminares (PL), que son submicroscópicos, en forma de laminillas y prominencias digitiformes con escaso volumen, pero con una superficie enorme.

.El neuropilo: Está representado por procesos celulares entrelazados, en forma bastante tupida, que ocupan los espacios celulares del Sistema Nervioso Central. Conforman un laberinto muy estrecho de hendiduras intercelulares submicroscópicas. Conjuntamente, los PP y los PL, representan del 10 al 30% del volumen y del área total del neuropilo.

. El Pie Chupador de Cajal: Es el contacto entre el astrocito y la superficie del vaso sanguíneo capilar, formado por una vaina glial completa, constituida por los PP y los PL, que recubren el 99% de la superficie del capilar, conteniendo un sistema enzimático especial. Entre la vaina glial y el capilar hay una membrana basal.

.También los PP y los PL: Tienen una clara afinidad por las superficies receptoras neuronales del cuerpo neuronal, de las dendritas y de las sinapsis, adaptándose a la forma de la neurona que rodea, quedando estrechas hendiduras intercelulares.

.Asimismo, en las sinapsis complejas, el astrocito tiene afinidad con las aberturas laterales.

-Esta barrera representa una unidad funcional, asegurando las condiciones específicas adecuadas para la función neuronal, manteniendo una homeostasis apropiada, controlada por el metabolismo neuronal. Dentro de ésta, el astrocito juega un papel fundamental, teniendo como características esenciales:

.1) Su energía: Normalmente, la obtiene exclusivamente con la glucólisis anaerobia, siendo escasa la actividad de fosforilación oxidativa.

.2) Tiene un potencial de membrana relativamente alto: Contrastándose con lo descrito anteriormente.

.3) Se puede volver tumefacto: Frente a diversas condiciones, lo que modifica su volumen y forma.

.4) En respuesta a la actividad neuronal y a las concentraciones iónicas del medio extracelular: Varía su potencial de membrana, su volumen y su forma.

.5) Controla el diámetro capilar: Porque cuando aumenta su volumen como respuesta a la alteración del metabolismo neuronal, también aumenta el volumen del Pie Chupador, creciendo la presión que pueda ejercer sobre el capilar cerebral.

.6) Frente a la alteración del metabolismo neuronal: Modifica la fosforilación oxidativa.

.7) Si se reduce la actividad metabólica neuronal: El astrocito cambia, produciendo un aumento de la resistencia vascular cerebral, o una disminución de la irrigación sanguínea cerebral.

.También, disminuye la actividad de ciertas enzimas neuronales, desapareciendo las frecuencias electroencefalográficas rápidas, y hay un descenso del consumo cerebral de oxígeno.

.Además, los metabolitos en particular la glucosa, que es la principal fuente de energía neuronal, van a ser incorporados en una menor cantidad por la neurona, por lo que se acumulan dentro del astrocito, que es responsable de su transporte, habiendo un atesoramiento : Proceso Tesaurosmótico.

.8) El Proceso Tesaurosmótico: Genera acumulación de polisacáridos : galactosamina y otros similares al glucógeno, lo que aumentará el metabolismo del astrocito, como respuesta al metabolismo neuronal alterado, y habrá un aumento de la actividad de la fosfatasa alcalina,

a nivel de los Pies Chupadores, y el crecimiento de la síntesis de las proteínas enzimáticas.
.También aumenta la presión osmótica, por lo que se hace tumefacto.
.Ésto, por ser el cerebro incompresible, aumenta la presión que ejercen los Pies Chupadores sobre los capilares, elevándose la resistencia capilar, y reduciendo el flujo sanguíneo.
.Estas acciones a nivel de la neurona y del astrocito, pueden ser invertidas por la Hydergina, y representan la enfermedad llamada Esclerosis Cerebral Senil No Vascular o Involutiva.

-17.12.5)- Metabolismo Neuronal.

-17.12.5.1)- Características.

-A las neuronas, debido a la barrera hematoencefálica, sólo les llega glucosa, oxígeno y pequeñas cantidades de ácidos aminados, debiendo sintetizar por sí mismas, todas las sustancias restantes que necesitan.
.Para ello, deben producir una gran cantidad de energía, por lo que tendrán un alto consumo de glucosa y oxígeno.
.Estos materiales nutritivos, deben de ser renovados en forma adecuada y permanente; por lo que el débito : gasto, sanguíneo cerebral no debe de ser menor a 55ml/100g/min.
.Importa, asimismo, destacar que el cerebro sólo almacena cantidades muy reducidas de glucosa y oxígeno, por lo que las funciones cerebrales dependen de su ininterrumpida renovación.
.La glucosa: Es el único alimento que, asociado al oxígeno, permite obtener la energía necesaria, ocupando un papel primordial en asegurar el metabolismo cerebral.
.El anhídrido carbónico (CO₂): Es el producto directo de la combustión oxígeno-glucosa, por lo que el cociente respiratorio (CR), representa la relación del consumo de oxígeno con la producción de anhídrido carbónico y el metabolismo oxidativo de la glucosa en forma cuantitativa.
.La diferencia arteriovenosa de oxígeno (A-V): Es un parámetro esencial para estudiar el metabolismo cerebral, reflejando la capacidad del cerebro para extraer el oxígeno, representando un verdadero test de exploración funcional.
.Los metabolitos de la glucosa, son los ácidos pirúvico y láctico, que pueden ser dosificados.
.Existe una correlación entre el metabolismo, la circulación y la actividad funcional del cerebro.
.La puesta en marcha de una actividad cortical localizada, da un aumento del débito sanguíneo en esa zona.
.Lo mismo sucede cuando la actividad es generalizada, como: en la vigilancia, en la ansiedad o en la actividad intelectual, dando un aumento global del débito sanguíneo de la microcirculación cerebral, lo que es un índice de la normalidad o de la alteración del metabolismo cerebral.
.Por lo tanto, cuando en un paciente senil , una medida del débito sanguíneo cerebral muestra que está reducida, no se puede afirmar que la actividad mental está reducida, sino que es la expresión de la disminución de la actividad metabólica cerebral.
.La actividad eléctrica cerebral, registrada por el EEG, está directamente relacionada con el metabolismo neuronal.

-17.12.5.2)- Función del ATP y del AMPc.

-En el metabolismo neuronal, tiene una función importante el trifosfato de adenosina (ATP) y el 3.5 monofosfato de adenosina cíclico (AMPc).

- .El ATP es un donante de energía, a través de su degradación de ATP, a difosfato de adenosina (ADP), y a su resíntesis.
- .La degradación produce fosfato, siendo controlada por la enzima hidrolítica ATPasa.
- .La ATPasa-Na/K, a nivel de la membrana neuronal es responsable del funcionamiento de la bomba de Na/K.
- .También, el ATP actúa en la fosforilación de las proteínas, mediante el concurso de las proteinokinasas.
- .El AMPc interviene como agente mediador de la acción de los numerosos neurotransmisores y hormonas, que actúan a nivel de los receptores, siendo el “segundo mensajero” de Sutherland.
- .Para que el AMPc, tenga un nivel constante en la célula, debe de degradarse poco el ATP.
- .La enzima adenilciclase controla esta transformación a nivel de la membrana neuronal, del ATP en AMPc.
- .La degradación del AMPc en 5-AMP, es catalizada por la enzima fosfodiesterasa.
- .El aumento del nivel intracelular del AMPc: intensifica la síntesis proteica, la liberación de neurotransmisores y de hormonas, la permeabilidad de la membrana neuronal a los iones, y la polarización y despolarización de la membrana.
- .También activa las proteinokinasas, que actúan en la fosforilación de algunos elementos de la membrana, que pueden modificar el potencial eléctrico, y la frecuencia de emisión de los impulsos.
- .Por lo tanto, las funciones normales de la neurona, como: la sinapsis, la polarización y la despolarización, dependen de la integridad del metabolismo energético, siendo la función transmisora sináptica, registrada en el EEG.

-17.12.5.3)- Alteraciones del Metabolismo Energético.

- La noradrenalina y otros transmisores adrenérgicos :“primeros mensajeros”, activan en la membrana neuronal postsináptica a la ATPasa y a la adenilciclase, que catalizan a los procesos anteriormente mencionados.
- .En el estrés, donde los transmisores adrenérgicos están aumentados, la ATPasa y la adenilciclase, son hiperactivadas con el consiguiente aumento del ATP neuronal.
- .En la persona de edad avanzada, la capacidad psicoorgánica está disminuida por el proceso de envejecimiento simple, a lo que se pueden agregar otros factores, y donde las diversas contingencias diarias basales, pueden actuar como desencadenantes del estrés.
- .Además, en el envejecimiento está reducida la actividad de las enzimas del metabolismo neuronal aerobio de la glucosa, lo que puede ser empeorado, si se agrega una insuficiencia cerebrovascular, que disminuirá aún más el aporte de oxígeno a la neurona, descendiendo el contenido de ATP.
- .Para compensar estas condiciones de hipoxia, tendrá que recurrir a sistemas antieconómicos, menos eficientes y rentables de producción de ATP, como la glucólisis anaerobia, que tiene el riesgo de desarrollar una acidosis, por la excesiva producción de ácido láctico.
- La activación de la síntesis aerobia del ATP, que forma los piruvatos, está sujeta a ciertos límites, mientras que la síntesis anaerobia de ATP, sólo está limitada por la cantidad de glucosa disponible.
- .Debido a ésto, cuando hay un desequilibrio entre la síntesis del ATP y su degradación, se promueve mucho más la glucólisis anaerobia, que la aerobia.
- .En estas condiciones, baja la eficacia de la bomba de Na/K, del AMPc intracelular, y de la actividad metabólica de la neurona; lo que a su vez disminuye la función transmisora

sináptica, tanto en la polarización como en la despolarización, reduciéndose la energía, y la frecuencia del EEG.

-La Hydergina, que puede cruzar la barrera hematoencefálica, se puede ver en la neurona, localizándose en un 60% en los sinaptosomas, un 18.7% en la mielina, un 3% en las mitocondrias, y un 18% en forma sobrenadante.

.Ésta, inhibe directamente a la fosfodiesterasa del AMPc, a nivel cortical, aminorando la degradación del AMPc, por lo que se acumula, influenciando favorablemente sobre la actividad neuronal.

.Ésto, se realiza sin un consumo adicional de ATP, por lo que hay un ahorro de energía. La Hydergina también inhibe a las enzimas ATPasa y adenilciclase, localizadas en la membrana, que pueden ser estimuladas por los adrenérgicos.

.Debido a ésto, influye sobre el equilibrio entre la degradación y la síntesis del ATP, reduciendo la glucólisis anaerobia y su producto final, el lactato, por lo que disminuye la acidosis.

.Por lo tanto, hay un ahorro del ATP neuronal, y de la generación de la energía por la glucólisis aerobia, lo que evita la acidosis, y aparece reflejado en el aumento de la energía del EEG, y por la activación de la energía neuronal.

-17.12.5.4)- Neurotransmisores y Envejecimiento Cerebral.

-17.12.5.4.1)- Envejecimiento.

-En el envejecimiento normal: la enzima TIR-OH : tirosin-hidroxilasa, que regula la transformación de la tirosina en DOPA, está disminuida en un 30%.

.La enzima I DOPA-DC : dopa-descarboxilasa, y la conversión de tirosina o de DOPA en catecolaminas, están reducidas en un 40%.

.Debido a ésto, hay una disminución de la tasa de noradrenalina cerebral , y se presenta un aumento progresivo de la enzima MAO : monoaminooxidasa, responsable de la destrucción de las catecolaminas, tanto a nivel cerebral como en el plasma sanguíneo.

.En referencia a la serotonina : 5-HT, como la actividad de las enzimas DOPA DC : dopa-descarboxilasa, y 5-HTP-DC, están disminuidas con la edad, donde será responsable la enzima 5-HTP-DC, de la transformación de la 5-HTP en 5-HT; y donde la serotonina, por lo tanto, desciende.

.La actividad colinérgica también disminuye en función de la edad, sobre todo a nivel cortical humano, bajando la acción de la enzima ChAc : colinoacetilasa, responsable de esterificar la colina por el ácido acético, y de la enzima AChE : acetilcolinesterasa, responsable de la hidrólisis de la acetilcolina : ACh.

.En otros animales, la actividad colinérgica aumenta en cerebelo y corteza, y disminuye en el diencefalo.

-17.12.5.4.2)- Demencia Senil.

-En las demencias senil y presenil, el metabolismo de los neurotransmisores está más alterado, que en una persona sana de la misma edad. Sobre todo, hay reducción a nivel de las neuronas catecolaminérgicas, colinérgicas y gabaérgicas.

-En la demencia senil, hay correlación entre el descenso de la tasa del metabolito ácido homovanílico : HVA, de la dopamina : DA en el líquido cefalorraquídeo, y el grado de deterioro mental.

.El metabolismo gabaérgico está perturbado cuando la enzima GAD : glutamo-descarboxilasa está disminuida, ya que es responsable de transformar el ácido glutámico en el neurotransmisor GABA : ácido gamma-aminobutírico.

-17.12.5.4.3)- Isquemia Cerebral.

-En el hemisferio cerebral infartado: Hay disminución de los neurotransmisores NA, 5-HT y DA, y en el hemisferio intacto, solo de los neurotransmisores NA y 5-HT.

.En el líquido cefalorraquídeo: Las tasas de los neurotransmisores: NA, DA, 5-HT, GABA y los metabolitos HVA : ácido homovanílico, y 5-HIAA : ácido hidroxindolacético, son más elevadas que en pacientes de la misma edad, sin enfermedades cerebrales.

.Luego de un tiempo, estos niveles se normalizan. Debido a ello, hay una transferencia anormal de los neurotransmisores de los sinaptosomas, a las zonas extraneurales y al líquido cefalorraquídeo, produciendo déficits neurológicos, y alteraciones de la transmisión sináptica.

-17.12.5.4.4)- Síndromes Extrapiramidales.

-Hay una atrofia de las células pigmentadas, especialmente de la sustancia negra, donde se registra una aceleración del proceso de envejecimiento, por lo que los catecolaminérgicos están muy alterados.

.En el núcleo caudado, la enzima DOPA-DC : dopa-descarboxilasa, que transforma la DOPA en dopamina, está disminuida en un 80%; la dopamina : DA, el metabolito HVA : ácido homovanílico baja de 70 a 80%, la noradrenalina : NA cae a 60%, y la serotonina : 5-HT, y la enzima GAD : glutamato descarboxilasa, que transforma el ácido glutámico en el neurotransmisor GABA : ácido gamma-aminobutírico descienden en un 50%.

.La actividad colinérgica está aumentada, siendo la única diferencia bioquímica cualitativa, que hay entre el Parkinson y el envejecimiento.

-17.12.5.4.5. Deficiencias Funcionales.

-Las deficiencias de los neurotransmisores: dopamina, noradrenalina y serotonina, dan alteraciones intelectuales y trastornos del comportamiento.

.Han sido estudiados varios fármacos, para tratar de mejorar estas deficiencias, como la Hydergina, por su efecto serotoninérgico central, sobre los potenciales ponto-genículo-occipitales : PGO, y sobre el ciclo sueño-vigilia; por su efecto dopaminérgico central reticular, por su efecto en el comportamiento motor y en el comportamiento bioquímico; la L-DOPA, por sus actividades dopaminérgicas y noradrenérgicas, que mejoran aspectos motores e intelectuales; y los agonistas monoaminérgicos : derivados ergóticos.

.Es bueno señalar que lo importante, más que el grado del daño neuronal, será el grado de de la alteración del metabolismo de los neurotransmisores, que siempre es más precoz.

-Las cuatro áreas para analizar son: la actividad motora en relación a la respuesta del cuidado personal; la actividad intelectual y mental; la actividad emocional; y la actividad social.

.Se han estudiado los niveles encontrados de HVA y 5-HIAA en el líquido cefalorraquídeo, no habiendo correlación con la gravedad de la alteración.

.Entre los síntomas más significativos a buscar y analizar, se encuentran la vivacidad mental, la ansiedad, la estabilidad emocional, la motivación, los cuidados personales, y el vértigo.

Cada uno se puede valorar con 1 a 5 puntos.

.Si la calificación es baja, mejorará con los tratamientos y cuidados.

.La insuficiencia cerebral, con las alteraciones del metabolismo neuronal, y la destrucción de las neuronas, es un proceso insidioso y progresivo, que luego de un cierto grado, es irreversible.

.Por ello, es importante que el diagnóstico sea lo más precoz posible, que se conozcan sus causas, y síntomas; físicos, psíquicos, sociales, emocionales y económicos, para que los pacientes puedan recibir un adecuado tratamiento, y una solución mantenida y suficiente, antes de que lleguen a los estados finales e irreversibles.

-17.13)- SISTEMAS DE INTEGRACIÓN : REACCIÓN DE LUCHA O HUIDA.

-(De Wikipedia, la enciclopedia libre).

-La reacción de lucha o huida , también llamada: reacción de lucha, huida o parálisis, hiperexcitación, o respuesta de estrés agudo; es una respuesta fisiológica, ante la percepción de [daño](#), [ataque](#) o amenaza a la supervivencia.

.Fue descrita inicialmente por [Walter Bradford Cannon](#), indicando que los animales reaccionan con una descarga general del [Sistema Nervioso Simpático](#), preparándolo para luchar o escapar.

.Más específicamente, la [médula adrenal](#), produce una descarga de hormonas, resultando en la secreción de [catecolaminas](#).

.La reacción es reconocida como la primera etapa de un [Síndrome de Adaptación General](#), que regula las respuestas del [estrés](#) de: [vertebrados](#) y otros [organismos](#).

-Índice:

-17.13)- SISTEMAS DE INTEGRACIÓN: REACCIÓN DE LUCHA O HUIDA.

-17.13.1)- [Fisiología](#) .

-17.13.1.1)- [Sistema Nervioso Autónomo](#)

-17.13.1.1.1)- [Sistema Nervioso Simpático](#).

-17.13.1.1.2)- [Sistema Nervioso Parasimpático](#).

-17.13.1.2)- [Respuesta](#).

-17.13.1.3)- [Función de los Cambios Fisiológicos](#).

-17.13.1.4)- [Perspectiva Evolutiva](#).

-17.13.1.5)- [Ejemplos](#).

-17.13. 1.6)- [Variedad de Reacciones](#).

-17.13.2)- [Componentes Emocionales](#) .

-17.13.2.1)- [Regulación Emocional](#).

-17.13.2.2)- [Reactividad Emocional](#).

-17.13.3)- [Componentes Cognitivos](#) .

-17.13.3.1)- [Especificidad del Contenido](#).

-17.13.3.2)- [Percepción de Control](#).

-17.13.3.3)- [Procesamiento de Información Social](#)

-17.13.4)- [Efectos Negativos de la Reacción de Estrés en Humanos](#).

-17.13.1)- Fisiología.

-17.13.1.1)- Sistema Nervioso Autónomo.

-[Sistema nervioso autónomo](#).

-El sistema nervioso autónomo: Es un sistema de control que actúa inconscientemente, regulando: el [ritmo cardíaco](#), la [digestión](#), la [frecuencia respiratoria](#), la [respuesta pupilar](#), la [micción](#), y la [excitación sexual](#).

.Este sistema, es el mecanismo primario, que controla la reacción de lucha o huida, y su rol se lleva a cabo mediante dos componentes diferentes.

-17.13.1.1.1)- Sistema Nervioso Simpático.

- [Sistema nervioso simpático](#).

-El sistema nervioso simpático: Se origina en la [médula espinal](#), y su función principal es activar los cambios fisiológicos, que ocurren durante la reacción de lucha o huida.

.Este componente del sistema nervioso autónomo, utiliza y activa la liberación de [noradrenalina](#) en la respuesta.

-17.13.1.1.2)- Sistema Nervioso Parasimpático.

- [Sistema nervioso parasimpático](#).

-El sistema nervioso parasimpático: Se origina en la médula espinal, y trabaja en conjunto con el sistema nervioso simpático.

. Su función principal es activar la respuesta de "descansar y digerir", y devolver al cuerpo la [homeostasis](#), después de la reacción de lucha o huida. Este sistema utiliza y activa la liberación del neurotransmisor [acetilcolina](#).

-17.13.2.2)- Respuesta.

-La respuesta comienza en el [cuerpo amigdalino](#), que provoca una respuesta neuronal en el [hipotálamo](#), donde la respuesta inicial, es seguida por la activación de la [glándula pituitaria](#) y la secreción de la hormona [ACTH](#).

- La [glándula suprarrenal](#): Es activada casi simultáneamente, liberando el [neurotransmisor epinefrina](#).

.La liberación de mensajeros químicos, resulta en la producción de la hormona [cortisol](#), la cual incrementa: la [presión sanguínea](#), la [concentración de glucosa en la sangre](#), y suprime el [sistema inmunitario](#).

. La reacción inicial y las respuestas siguientes, son iniciadas en un esfuerzo, por aumentar la energía, lo que se consigue mediante la unión de la epinefrina a las [células hepáticas](#), y la subsecuente producción de [glucosa](#).

.Adicionalmente, el cortisol convierte [ácidos grasos](#) en energía disponible, preparando a los músculos de todo el cuerpo para la reacción.

.Las hormonas catecolaminas, como la adrenalina : epinefrina, o la [noradrenalina](#) : norepinefrina, facilitan respuestas físicas inmediatas, asociadas a la preparación para una acción muscular violenta, incluyendo las siguientes:

- Aumento de la acción [cardíaca](#) y [pulmonar](#);
- [Palidez](#), [enrojecimiento](#) o alternancia entre ambos;
- Inhibición de la acción [estomacal](#) e [intestinal](#), al punto que la [digestión](#) se ralentiza o se detiene;
- Efecto general en los [esfínteres](#) del cuerpo;
- [Constricción](#) de los [vasos sanguíneos](#), en varias partes del cuerpo;
- Liberación de las fuentes de energía [metabólica](#) : particularmente [grasa](#) y [glucógeno](#), para la acción muscular;
- [Dilatación](#) de los vasos sanguíneos de los músculos;
- Inhibición de la [glándula lagrimal](#) , que es responsable de la producción de [lágrimas](#) y de la [salivación](#);

- Dilatación de la pupila: [midriasis](#);
- [Relajación](#) de la [vejiga](#);
- Inhibición de la [erección](#);
- [Exclusión auditiva](#) : [pérdida de audición](#);
- [Visión de tunel](#) : pérdida de [visión periférica](#);
- Desinhibición de los [reflejos](#) medulares;
- [Temblores](#); y
- [Síndrome de Adaptación General](#).

-17.13.13)-Función de los Cambios Fisiológicos.

-Los cambios fisiológicos que ocurren durante la reacción de lucha o huida, se activan con el fin de proporcionar al cuerpo, un incremento de fuerza y velocidad, como anticipo para luchar o correr. Algunos de los cambios fisiológicos específicos y sus funciones son:

- Incremento del [flujo sanguíneo](#) hacia los músculos, desviándolo desde otras partes del cuerpo;
- Incremento de la presión sanguínea, ritmo cardíaco, nivel de glucosa en la sangre y grasas, con el fin de suministrar al cuerpo energía adicional;
- La función [coagulante](#) del cuerpo se acelera, con el objetivo de evitar la [pérdida excesiva de sangre](#) , en el caso de una lesión durante la reacción;
- Incremento en la [tensión muscular](#) ,con el fin de proporcionar al cuerpo velocidad y fuerza adicional;
- Las pupilas se dilatan, para ayudar a ver con mayor claridad;
- Incremento de la [sudoración](#), para evitar el sobrecalentamiento debido al incremento del metabolismo.

-17.13.1.4)- Perspectiva Evolutiva.

-La explicación de la [psicología evolucionista](#) es que los humanos primitivos, debieron reaccionar rápidamente ante estímulos amenazantes, sin tener tiempo para prepararse física y psicológicamente. La reacción de lucha o huida, proporcionó mecanismos a los humanos [prehistóricos](#), para responder rápidamente ante amenazas contra su supervivencia.

-17.13.1.5)- Ejemplos.

-Un ejemplo típico de la reacción al estrés, es una [cebra](#) pastando. Si la cebra avista un [león](#) acercándose para cazar, la reacción al estrés es activada. El escape requiere un intenso esfuerzo muscular, apoyado por todos los sistemas del cuerpo. La activación del [sistema nervioso simpático](#) cubre estas necesidades.

.Un ejemplo similar involucrando lucha, es el de un gato a punto de ser atacado por un perro. El gato muestra latidos acelerados, [piloerección](#) : pelos de punta, por lo general para la conservación del calor, y pupilas dilatadas, todas señales de activación simpática.

.Tener en cuenta que la cebra y el gato, mantienen la [homeostasis](#) en todos los estados.

-17.13.1.6)- Variedad de Reacciones.

-Los animales reaccionan a las amenazas de diversas maneras.

.Las ratas, por ejemplo, tratan de escapar cuando se sienten amenazadas, pero lucharán cuando estén acorraladas.

.Algunos animales permanecen inmóviles, para que los depredadores no los vean. Muchos

animales se paralizan o se hacen los muertos, cuando son tocados con la esperanza de que el depredador pierda el interés.

.Otros animales tienen métodos alternativos de autoprotección. Algunas especies de animales de [sangre fría](#), [cambian de color](#) rápidamente, para camuflarse.

.Estas reacciones son disparadas por el sistema nervioso simpático, pero, con el fin de ajustarse al modelo de lucha o huida, el concepto de huida, debe ser ampliado para incluir el escape tanto en forma física como sensorial.

.De esta manera, huir puede ser desaparecer hacia otra ubicación, o sólo desaparecer en el mismo lugar. Comúnmente, se combinan la lucha y la huida en una determinada situación.

.Las acciones de lucha o huida, también tienen polaridad ; el individuo puede ya sea luchar o escapar de algo que lo está amenazando, como un león hambriento;; o luchar o escapar hacia algo que necesita, como la seguridad a la orilla de un río.

.Una amenaza de otro animal, no siempre resulta en una lucha o huida inmediata. Puede haber un periodo de toma de conciencia, durante el cual cada animal interpreta las señales de comportamiento del otro. Signos como palidez, piloerección, inmovilidad, sonidos y lenguaje corporal, comunican el estado y las intenciones de cada animal.

.Puede haber un cierto tipo de negociación, luego de la cual la lucha o huida se lleva a cabo, la cual sin embargo puede también resultar en juegos, apareamiento o nada en absoluto. Un ejemplo de esto, son gatitos jugando: donde cada gatito muestra señales de activación simpática, pero nunca se causan daño de verdad.

.Machos y hembras, tienden a enfrentar diferentemente en situaciones de estrés. Los machos tienden a reaccionar ante una situación de emergencia ,con agresión :lucha; mientras que las hembras tienden a escapar : huir, para recurrir a la ayuda de otros, o intentar calmar la situación : [cuidar y entablar amistad](#).

.Durante los momentos de estrés, una madre tiende especialmente a mostrar acciones protectoras hacia su descendencia, y a agruparse con otros, para una reacción compartida socialmente, ante una amenaza.

.En los tiempos actuales, estas respuestas persisten, pero las reacciones de lucha o huida, han abarcado un rango más amplio de comportamientos. Por ejemplo, la reacción de lucha , puede ser manifestada en forma de enojo o comenzando una discusión; mientras que la reacción de huida, puede ser manifestada a través de retraimiento social, abuso de sustancias, e incluso ver televisión.

-17.13.2)- Componentes Emocionales.

-17.13.2.1)-Regulación Emocional.

-En el contexto de la reacción de lucha o huida, la regulación emocional, es usada proactivamente, para evitar amenazas de estrés, o para controlar el nivel de excitación emocional.

-17.13.2.2)- Reactividad Emocional.

-Durante la reacción, la intensidad de la emoción producida por el estímulo, determinará también la naturaleza e intensidad del comportamiento durante la respuesta.

. Individuos con altos niveles de reactividad emocional, pueden ser propensos a la [ansiedad](#) y [agresión](#); lo cual ilustra las implicancias de una respuesta emocional apropiada, en la reacción de lucha o huida.

-17.13.3)- Componentes Cognitivos.

-17.13.3.1)- Especificidad del Contenido.

-Los componentes específicos de cogniciones, en la reacción de lucha o huida, parecen ser en gran parte negativos.

.Estas cogniciones negativas, pueden caracterizarse por: atención a los estímulos negativos, percepción de situaciones ambiguas como negativas, y la recurrencia a recordar palabras negativas. Puede haber también pensamientos negativos específicos, asociados a las emociones comúnmente vistas en la reacción.

-17.13.3.2)- Percepción de Control.

-El control percibido se refiere a los pensamientos de un individuo, sobre el control de situaciones y eventos. El control percibido debe ser diferenciado del control efectivo, ya que las creencias de un individuo, pueden no reflejar sus habilidades reales. Por lo tanto, el sobreestimar o subestimar el control percibido, puede conducir a la ansiedad y la agresión.

-17.13.3.3)- Procesamiento de Información Social.

-El modelo de procesamiento de información social, propone una variedad de factores que determinan el comportamiento, en el contexto de situaciones sociales y pensamientos preexistentes.

.La atribución de hostilidad, especialmente en situaciones ambiguas, parece ser uno de los factores cognitivos más importantes, asociados con la reacción de lucha o huida, por sus implicancias hacia la agresión.

-17.13.4)- Efectos Negativos de la Reacción de Estrés en Humanos.

-Véase : [Estrés](#).

-La reacción de estrés: Suprime temporalmente, varios procesos biológicos, como respuestas sexuales y mecanismos digestivos.

.Esto es un esfuerzo para concentrarse en la situación que genera el estrés.

.Mientras la reacción de lucha o huida, es una respuesta adaptativa; pero prolongados incrementos de estrés, pueden causar una variedad de efectos fisiológicos psicológicos negativos, incluyendo:

.Efectos fisiológicos:

- [Dolor de cabeza](#);
- Dolor y tensión muscular;
- [Dolor de pecho](#);
- [Fatiga](#);
- Cambios en el [deseo sexual](#);
- [Molestias estomacales](#);
- [Problemas para dormir](#).

.Efectos psicológicos:

- [Ansiedad](#);
- Inquietud;
- Falta de [motivación](#) o concentración;
- [Irritabilidad](#) o [ira](#);
- [Depresión](#).

.Efectos en el comportamiento:

- Déficit o exceso de alimentación;
- [Abuso de drogas o alcohol](#);

- Retraimiento social.

-17.14)- COMPORTAMIENTO o CONDUCTA.

-De Wikipedia, la enciclopedia libre.

-En [psicología](#), [antropología](#) y [biología](#), el comportamiento es la manera de proceder, que tienen las personas u [organismos](#), en [relación](#) con su [entorno](#) o mundo de [estímulos](#).

.El comportamiento puede ser: [consciente](#) o [inconsciente](#); [voluntario](#) o involuntario; público o privado, según las circunstancias que lo afecten.

.La ciencia que estudia la conducta y el comportamiento animal, es la [etología](#); y la ciencia que estudia la conducta desde el punto de vista de la [evolución](#): es la [ecología del comportamiento](#).

-Índice:

-17.14) -COMPORTAMIENTO o CONDUCTA.

-17.14.1)- [Delimitación del Término](#).

-17.14.2) [Comportamiento en psicología](#) .

-17.14.2.1)- [Conducta](#).

-17.14.2.2)- [Aspectos Psico-sociales](#).

-17.14.3)- [Comportamiento en Psicología](#).

-17.14.4)- [Comportamiento de los Sistemas Sociales](#) .

-17.14.4.1)- [Agrupaciones y Sociedades](#).

-17.14.4.2)- [Costes y Beneficios de Vivir en Grupo](#).

-17.14.4.3)- [Las Adaptaciones a la Vida en Grupo](#).

-17.14.5)- [Conducta Formal](#).

-17.14.6)- [Realización Voluntaria](#).

-17.14.7) [Comportamiento del Consumidor](#).

-17.14.8)- [Véase También](#).

-17.14.9)- [Referencias](#)

-17.14.10)- [Bibliografía](#)

-17.14.11)- [Enlaces Externos](#)

-17.14.1)- Delimitación del Término. .

-El comportamiento de las especies es estudiado por la [etología](#), que forma parte tanto de la [biología](#), como de la [psicología experimental](#).

. En psicología, el término sólo se aplica respecto de animales, con un sistema cognitivo suficientemente complejo.

.En [ciencias sociales](#): El comportamiento incluye además de aspectos psicológicos, aspectos [genéticos](#), [culturales](#), [sociológicos](#) y [económicos](#).

-En el habla común, no en el discurso científico, el término "comportamiento" tiene una connotación definitoria. A una persona, incluso a un grupo social, como suma de personas, se les define y clasifica por sus comportamientos, quizás más que por sus ideas, y esto ya sirve para fijar las expectativas al respecto.

-17.14.2)- Comportamiento en Psicología.

-Técnicamente, en Psicología, el comportamiento se define de dos maneras:

1. Todo lo que un organismo hace frente al medio.

2. Cualquier interacción entre un organismo y su ambiente.

-El comportamiento en un ser humano individual y otros organismos, e incluso [mecanismos](#), se engloba dentro de un rango, siendo algunos comportamientos comunes, y algunos inusuales.

.Las teorías explicativas generales sobre el origen de la conducta agresiva/violenta, en el ser humano, pueden aplicarse para tratar de entender, el comportamiento violento del adolescente en la escuela.

- Todos estos acercamientos, se agrupan en dos grandes líneas teóricas: las teorías activas o innatistas, y las teorías reactivas o ambientales.

. Las teorías activas o innatistas: Consideran que la agresividad, es un componente orgánico o innato del individuo, elemental para su proceso de adaptación; desde esta perspectiva se considera que la agresión, tiene una función positiva, y que la labor de la educación, consiste fundamentalmente en canalizar su expresión, hacia conductas socialmente aceptables.

. Por otro lado, las teorías reactivas o ambientales: Resaltan el papel del medio ambiente y la importancia de los procesos de aprendizaje, en la conducta violenta del ser humano.

-17.14.2.1)- Conducta.

-La conducta de un espécimen biológico, está formada por patrones de comportamiento estables, mediados por la evolución, resguardada y perpetuada por la genética.

.Esta conducta: Se manifiesta a través de sus cualidades adaptativas, dentro de un contexto o una comunidad. Es un indicador observable, físico de los procesos internos del individuo.

-17.14.2.2)- Aspectos Psico-sociales.

-La aceptación social de un comportamiento: Es evaluada por las normas sociales y regulada por varios medios de control social.

.El comportamiento de la gente: Es estudiado por varias disciplinas, incluyendo la psicología, la sociología y la antropología, en el caso del comportamiento humano; y la Etología, ampliando su estudio a todo el Reino Animal.

-17.14.3)- Comportamiento en Psicología.

-La conducta violenta en la escuela: Denota algunas características propias de todo comportamiento violento, presente en un contexto social cualquiera; de este modo, se señala al estudiante violento/agresivo, como un sujeto cuyas conductas son desadaptativas, ya que supone el incumplimiento de normas escolares y sociales, que rigen la interacción en el centro educativo, con la expresión de diversas conductas punitivas; de esta manera, se señalan una serie de factores, que inciden a que estas conductas se mantengan o desaparezcan; según Marín, 1997, citado por Ramos, en 2007.

-Según la teoría ecológica, propuesta por Bronfenbrenner en 1979, citado por García, en 2001, se consideran la importancia de factores: familiares, escolares y sociales, que explican la violencia escolar; de igual forma, coloca de manifiesto, cuatro contextos, que reflejan la influencia en la conducta, entre los cuales, el sujeto se ve sumergido y obligado a interactuar socialmente con cada uno de ellos.

-17.14.4)- Comportamiento de los Sistemas Sociales.

-La estructura social: Es el patrón de relaciones, posiciones y número de personas, que conforman la organización social de una población, ya sea un grupo pequeño, o toda una sociedad.

.Las relaciones se dan siempre, que las personas se implican en patrones de interacción continuada relativamente estables.

. Las posiciones : estatus social, consisten en lugares reconocidos, en la red de relaciones sociales, que llevan aparejadas expectativas de comportamiento, llamadas roles.

. Normas y reglas: Son impuestas para garantizar, que se viva a la altura de las expectativas del rol social, y se imponen sanciones positivas y negativas, para asegurar que se cumplan.

. Las normas y reglas: Son la expresión observable de los valores de un sistema social particular.

.Los roles, normas y valores: Deben integrarse en un sistema, para que éste sea completamente funcional.

-17.14.4.1)- Agrupaciones y Sociedades.

-Dentro de la mayoría de los grupos de animales, hay diversas especies, cuyo único objetivo, es juntarse o conseguirse parejas, con la finalidad de reproducirse; mientras que otros forman agrupaciones relativamente estables.

.Estas congregaciones: Suelen ser meramente uniones temporales, para conseguir algún propósito en general ; o agrupaciones permanentes, dentro de las cuales se desarrolla todas las actividades, como: desplazarse, buscar alimento, reproducirse, entre otras cosas.

.Las especies gregarias: Son aquellas en la que los individuos forman agrupaciones inconsistentes, dentro de las cuales existe la posibilidad de permanecer o no, dependiendo de sus intereses, los cuales a su vez dependen estrictamente de la relación entre costos y beneficios, que involucra estar en el grupo.

.En las especies sociales: Los individuos se relacionan entre ellos, de una forma más precisa y continua, y con frecuencia los grupos están constituidos sobre todo por relativos.

-Edward Wilson, en 1975 : publicó su famoso libro "Socio biología", en el que defendía la necesidad de aplicar los métodos biológicos ,al estudio de los comportamientos sociales en todas las especies, incluida la nuestra .

.Este escrito, despertó una gran controversia, principalmente por el último capítulo, el cual iba dedicado a la especie humana, donde el autor fue criticado; debido a que su capítulo suponía haber promovido una ideología, que defendía: el racismo, el machismo, las diferencias sociales, el genocidio, la violación, etc.

.Tras tres décadas de enfrentamiento, la historia ha dictado sentencia: la socio biología ha triunfado.

. Los socio biólogos: Han avanzado a pasos agigantados, no sólo en la explicación de los comportamientos sociales de muchas especies, sino también descubriendo gran variedad de estrategias y conductas, que implican la actuación conjunta de individuos organizados, en grupos, los cuales no se sospechaba que pudieran existir.

.Un claro ejemplo, se encuentra dentro del comportamiento de los microorganismos, debido a que se manifiesta de forma compleja, ya que no solo incluye la cooperación entre individuos, sino también complejas redes de comunicación entre ellos, a la hora de realizar actividades como: búsqueda de alimento, reproducción, entre otros.

-17.14.4.2)- Costes y Beneficios de Vivir en Grupo.

-Los principales costes y beneficios asociados a la vida en grupo, se reconocen conforme a los beneficios, y en otras a los costes, pero lo más normal, es que en cualquier especie el gregarismo, sea el resultado evolutivo de la relación entre los costes y beneficios.

.A veces se agrupan individuos, que pertenecen a especies diferentes, estos bandos mixtos a menudo, disfrutan de las ventajas que aportan las diferentes capacidades, de cada una de las especies.

-17.14.4.3)- Las Adaptaciones a la Vida En Grupo.

-Puesto que vivir juntos, implica grandes costes, se podría pronosticar que durante la evolución de vida solitaria a vida colonial, se van a desarrollar ajustes, que faciliten esta transición, y que contribuyan a mantenerla.

.Para ilustrar algunas de esas adaptaciones, se toiene que ver en detalle uno de los costes más generalizados, que tienen que soportar los individuos, que viven en un grupo: un riesgo mayor de transmisión de enfermedades y parásitos.

. Su resultado se ha demostrado en muchas especies, y no sólo a nivel descriptivo, sino también a nivel experimental.

.En un estudio, realizado por el autor José Luis Tella, de la Estación Biológica de Doñana, en Sevilla, se comparó la cantidad y la variedad de parásitos sanguíneos, entre parejas de aves próximas, la mayoría del mismo género, donde una es solitaria y la otra es gregaria.

.Se obtuvieron resultados, que comprobaban que las especies gregarias, tenían un mayor riesgo de transmisión de parásitos sanguíneos y estaban sometidas al ataque de una mayor variedad de ellos.

."Al comparar parejas de especies próximas, se puede sacar la conclusión de que la transición evolutiva desde la vida solitaria a la vida en grupo, conlleva un riesgo elevado de infección por parásitos sanguíneos... , según Tella, en 2002".

.La presión selectiva que ejercen los parásitos sobre sus anfitriones, es tan importante, que no es raro que el augurio al que nos referíamos antes, se haya comprobado en muchas especies.

. Si en estas especies gregarias o coloniales, el riesgo de infección es tan importante, que obliga a invertir mucho en mejorar el Sistema Inmune, ¿qué pasaría en las especies sociales que viven en grandes aglomeraciones y en hábitáculos cerrados?.

. Ciertamente, viven en las condiciones óptimas, para favorecer la transmisión de parásitos, pero también es cierto, que en estas sociedades de insectos, que evolucionaron hace muchos millones de años, se podría predecir que han debido de desarrollarse características especiales, que disminuyan los costes de vivir en esas condiciones de hacinamiento.

.Es más, se ha comprobado que en insectos sociales, se produce una relación entre densidad y población y transmisión de parásitos, inversa a la de otras especies.

-17.14.5)- Conducta Formal.

-Una conducta humana se considera formal, cuando en el comportamiento, se cumplen una serie de reglas reconocidas como valiosas en una comunidad o sociedad.

. En las sociedades occidentales, por ejemplo, se considera formal ser: explícito, determinado, preciso, serio, puntual. Esta palabra tiene su base, en la aplicación principalmente en la conducta, que tienen las personas con respecto a sus valores.

-17.14.6)- Realización Voluntaria.

-La realización voluntaria es la habilidad para construir la conducta propia, en correspondencia con las exigencias de la situación concreta, anticipando los resultados intermedios y finales de la acción, y seleccionando los medios adecuados.
-Los rasgos de los procesos voluntarios, contemplan la orientación, ejecución y control.

-17.14.7)- Comportamiento del Consumidor.

-Teoría del consumidor.

-El estudio del comportamiento del consumidor, está enfocado en la forma en que los individuos toman decisiones, para gastar sus recursos disponibles : tiempo, dinero y esfuerzo, en artículos relacionados con el consumo.

. En economía, la descripción del comportamiento del consumidor, se conoce como teoría del consumidor. Cada escuela de pensamiento económico, se ha basado en supuestos diferentes, para describir el comportamiento del consumidor prototípico de cada mercado.
.En general la teoría del consumidor, trata de responder a las siguientes cuestiones:

1. Dados los recursos monetarios del consumidor y un cierto vector de precios, qué bienes escogerá consumir, y en qué proporciones relativas.
2. Cuándo elegirá consumirlos, y qué porcentaje de su renta, decidirá gastar en el período en curso, y qué porcentaje, preferirá ahorrar para consumos futuros.

-17.14.8)- Véase También.

- Adaptación social;
- Comportamiento social;
- Control social;
- Costumbre;
- Ecología del comportamiento - Etología;
- Antropología;
- Psicología;
- Zona de confort.

-17.14.9)- Bibliografía.

- Costes y beneficios de vivir en grupo. Fuente: tomado principalmente de Alcock (1993), Krebs y Davies (1993) y Dockery y Reiss (1999)
- Alcock, J. (1993): Animal behaviour:An evolutionary approach. Sinahuer Associates, Sunderland.
- Davies, N.B. (1992): Dunnock Behaviour and social evolution. Oxford University Press, Oxford.
- Shiffmany, Kanuk. Introducción al comportamiento del consumidor
- Dockery, M y Reiss,M. (1999): Behaviour. Cambridge University Press, Cambridge.
- Krebs, J.R. y Davies, N. B. (1993): An introduction to behaviorual ecology. Black-well Scientific Publications, Oxford.
- Ramos, J. (2007) Violencia escolar. Un análisis exploratorio. Programa de doctorado desigualdades e intervención social . Universidad Pablo de Olavide .Sevilla, España.Tercera edición.
- Barmaimon Enrique, Tratado de Neuroanatomía Funcional. 3 volúmenes. Ed. EDUSMP.(1984).Lima, Perú.
- Enrique Barmaimon. Envejecimiento. Ed. Virtual. (2011).1ªEd. Montevideo Uruguay.
- Barmaimon Enrique. Libro Historia de la Anestesia, la Reanimación y los Cuidados Intensivos. 4 Tomos.(1984).1ªEd. Virtual. Montevideo, Uruguay.

LIBRO CIENCIAS DE LA SALUD- Prof. Dr. Enrique Barmaimon-

Año 2017.2- TOMO III-

- Barmaimon Enrique. Historia Medicina, Psiquiatría, Gerontología, Envejecimiento y Geriatria. (2015). 1ª Ed. Virtual. Montevideo, Uruguay.
- Barmaimon, Enrique. (2015). Historia Ciencias Cognitivas. 3 Tomos. 1ª Ed. Virtual, . Montevideo, Uruguay .
- Barmaimon, Enrique. (2016). Libro Historia, Patología, Clínica y Terapéutica Ciencias Cognitivas. 3 Tomos. 1ª Ed. Virtual. Montevideo, Uruguay. (<http://www.bvssmu.org.uy/>).
- Barmaimon, Enrique. 2017. Libro Con Tipos de Dietas y Alimentación Según Salud, Enfermedad, y Patología. 2 Tomos:
 - -Tomo I: Índice, Introducción, Régimen Alimenticio, Hábitos Alimentarios, Tipo de Dietas, Alimentos, Gastronomía Uruguay y el Mundo, Necesidades Básicas, Dieta Saludable, Animales por Dieta, y Alimentos Comunes y Energía.
 - -Tomo II: Índice, Dietista-Nutricionista, Ciencias de la Salud, Nutrición, Trastornos Conducta Alimentaria, Véase También, Referencias, Bibliografía, Curricula Prof. Barmaimon, Enlaces.. 1ª Ed. Virtual. Montevideo, Uruguay. BVS.SMU. (<http://www.bvssmu.org.uy/>). (libros); (barmaimon).(OR).(buscar);(Elegir libro entre 41 : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra).
- -  - 2017. - Barmaimon, Enrique. 2017. Libro Con Ciencias de la Salud. 4 Tomos:
 - Tomo I : Índice; Introducción: Técnica, Protocolos, Tecnología, Metodología, Test Estandarizados, Caso Clínico; PARTE I: Generalidades: Ciencias, Filosofía, Atención Primaria de Salud, Ciencias de la Salud, Psicología, Otras Especialidades, Ciencias Sociales. -PARTE II: Medicina; PARTE III: Psicología.
 - Tomo II : PARTE IV: 38 Especialidades Médicas, Bibliografía.
 - Tomo III: PARTE V: 20 Especialidades Psicológicas;
 - Tomo IV: PARTE VI: 12 Especialidades de Ciencias de la Salud; PARTE VII: Especialidades de Ciencias Sociales Relacionadas: 9 con Interacción Social, 3 con Sistema Cognitivo Humano, y 8 con Evolución Sociedades ; PARTE VIII: Bibliografía; Curricula Prof. Dr. Enrique Barmaimon.. 1ª Ed. Virtual. Montevideo, Uruguay. BVS.SMU. (<http://www.bvssmu.org.uy/>). (libros); (barmaimon).(OR).(buscar);(Elegir libro entre 41 : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra).

-17.14.10)- Enlaces Externos.

-  [Wikimedia Commons](#) alberga contenido multimedia sobre [Comportamiento](#).
-  [Wikiquote](#) alberga frases célebres de o sobre [Comportamiento](#).
-  [Wikcionario](#) tiene definiciones y otra información sobre [comportamiento](#).

Obtenido de

«<https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Comportamiento&oldid=87667368>»

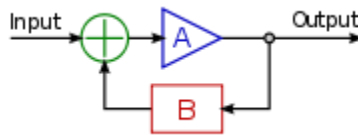
Categorías:

- [Comportamiento](#)
- [Antropología](#).
- Esta página fue modificada por última vez el 9 diciembre 2016, a las 11:10.

-17.15)-REALIMENTACIÓN.

-(De Wikipedia, la enciclopedia libre).

- véase Feedback (desambiguación).



•

-Esquematización de realimentación: La realimentación[1] [2] ,también referida en forma común como retroalimentación[3] ,es un mecanismo por el cual una cierta proporción de la salida de un sistema, se redirige a la entrada, con objeto de controlar su comportamiento.[1] .

-La realimentación se produce cuando las salidas del sistema o la retroalimentación:

- .Los ejemplos de la realimentación: Se pueden encontrar en la mayoría de los sistemas complejos, tales como: ingeniería, arquitectura, economía, y biología.
- . Tienen su base en el proceso administrativo, donde el control es una etapa cualitativa y cuantitativa, que sirve en la base para la fase de planeación.
- .Arturo Rosenblueth, investigador mexicano y médico, en cuya obra "Behavior, Purpose and Teleology" ("comportamiento, propósito y teleología"), de acuerdo con Norbert Wiener, que fijó las bases para la nueva ciencia de la cibernética, propuso que el comportamiento, controlado por la realimentación negativa, aplicada a un animal, al ser humano o a las máquinas, era un principio determinante y directivo, en la naturaleza o en las creaciones humanas.

-Índice:

- -17.15)-REALIMENTACIÓN.
- -17.15.1)- Historia
- -17.15.1.1)- Aspecto Social.
- -17.15.1.2)- Aspecto Tecnológico.
- -17.15.1.3)- Aspecto Político-económico.
- -17.15.2)- Lazo Abierto y Cerrado.
- -17.15.3)- Visión General.
- -17.15.4)- Realimentación Positiva y Realimentación Negativa.
- -17.15.4.1)- Sistemas Abiertos y Sistemas Cerrados.
- -17.15.5)- Tipos de Realimentación .
- -17.15.5.1)- Realimentación negativa
- -17.15.5.2) Realimentación Positiva.
- -17.15.6)- Norbert Wiener.
- -17.15.7)- Principales Aportes de la Realimentación.
- -17.15.8)- Véase También.
- -17.15.9)- Referencias.

-17.15.1)- Historia.

-17.15.1.1)- Aspecto Social.

-Durante la Segunda Guerra Mundial, trabajó para las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos , en un proyecto para guiar a la artillería antiaérea, en forma automática, mediante el empleo del radar.

.El objetivo del proyecto era predecir la trayectoria de los bombarderos, y con ello

orientar adecuadamente los disparos de las baterías, mediante correcciones basadas en las diferencias, entre trayectoria prevista y real, conocidas como innovaciones del proceso.

.Como resultado de los descubrimientos realizados en este proyecto, introduce en la ciencia, los conceptos de realimentación, y de cantidad de información, con lo que se convierte en precursor, de la teoría de la comunicación o la psicología cognitiva.

-17.15.1.2)- Aspecto Tecnológico.

-La palabra cibernética podría significar ciencia de los mandos. Estos mandos son estructuras con elementos especialmente electrónicos, y en correlación con los mecanismos, que regulan la psicología de los seres vivos y los sistemas sociales humanos; y a la vez que permiten la organización de máquinas, capaces de reaccionar y operar con más precisión y rapidez, que los seres vivos; ofreciendo posibilidades nuevas, para penetrar más exactamente las leyes que regulan la vida general, y especialmente la del ser humano, en sus aspectos psicológicos, económicos, sociales etc..

-17.15.1.3)- Aspecto Político-económico.

-En vísperas de la Segunda Guerra Mundial, las investigaciones acerca de robots e ingenios automáticos, que pudieran reemplazar o sustituir con ventaja a los combatientes, sentaron los fundamentos de una nueva ciencia: la cibernética, vocablo adoptado por Wiener, en el año 1947, que procede del griego: Kybernetes, es decir, piloto o timonel.

- .Durante el periodo de la depresión en 1929, se desarrollaron grupos de investigación, que estudiaban las actitudes y preferencias del consumidor; en esta etapa, se inicia la industria de la investigación del marketing.
- . Después de la Segunda Guerra Mundial, la publicidad por televisión, creció rápidamente, y con el tiempo alcanzó su estado actual, como el medio más grande de la publicidad, en cuanto a los ingresos por este concepto.
- . En la prosperidad de la posguerra, a fines de los años cuarenta y principios de los cincuenta, aparecieron una revolución creativa de anuncios, que se centraban en las características del producto, que significaban: aceptación social, estilo, lujo y éxito. Surgieron así los gigantes de la industria: Leo Burnett, David Ogilvy y Bill Bernbach, que partieron de cero, al fundar sus agencias, y que cambiaron para siempre la forma de planear y crear la publicidad.[4] [5].

-17.15.2)- Lazo Abierto y Cerrado.

- -Existen dos tipos de sistemas principalmente: Los no realimentados o de lazo abierto, y los realimentados o de lazo cerrado.
- .El lazo cerrado funciona de tal manera, que hace que el sistema se realimente, es decir que la salida vuelve al principio, para que analice la diferencia, y en una segunda opción ajuste más, así hasta que el error sea 0.
- .Cualquier concepto básico, que tenga como naturaleza una cantidad controlada, como por ejemplo: temperatura, velocidad, presión, caudal, fuerza, posición, cuplas, etc., son parámetros de control de lazo cerrado.
- . Los sistemas de lazo abierto, no se comparan a la variable controlada con una entrada de referencia.
.Cada ajuste de entrada, determina una posición de funcionamiento fijo, en los elementos de control.

-17.15.3)- Visión General.

- -La realimentación es un mecanismo, un proceso donde una señal se propaga dentro de un sistema, desde su salida hacia su entrada, formando un bucle.
.Este bucle se llama "bucle de realimentación": En un sistema de control, éste tiene entradas y salidas del sistema; cuando parte de la señal de salida, reingresa de nuevo, y se le llama "realimentación".
.La realimentación y la autorregulación están íntimamente relacionadas.
- .La realimentación negativa: Que es la más común, ayuda a mantener la estabilidad en un sistema, a pesar de los cambios externos. Se relaciona con la homeostasis.
- .La realimentación positiva: Amplifica las posibilidades creativas : evolución, cambio de metas; siendo la condición necesaria para incrementar: los cambios, la evolución, o el crecimiento.
- .Da al sistema la capacidad de tener acceso a nuevos puntos del equilibrio.
.Por ejemplo, en un organismo vivo, la más potente realimentación positiva, es la proporcionada por la autoexcitación rápida de elementos del sistema endócrino y nervioso , particularmente, como respuesta a condiciones de estrés, desempeñando un papel dominante, en la regulación: de la morfogénesis, del crecimiento, y del desarrollo de los órganos.
- .Todos estos procesos son con el fin de salir rápidamente del estado inicial.
.La homeostasis es especialmente visible, en los: sistemas nerviosos, enzimáticos, y endocrinos, cuando se considera esto a un nivel orgánico.

-17.15.4)- Realimentación Positiva y Realimentación Negativa.

- -La realimentación negativa: Caracteriza la homeostasis, y desempeña un papel importante en conseguir y mantener la estabilidad de las relaciones.
- - La realimentación positiva: Conduce al cambio, es decir, la pérdida de estabilidad o equilibrio.

-17.15.4.1)- Sistemas Abiertos y Sistemas Cerrados.

-En ambos casos, parte de la salida, cualquier sistema de salida de información de un ordenador, del sistema se vuelve a introducir en el sistema, como información sobre la salida.

.La diferencia es, que en el caso de realimentación negativa, la información se utiliza para reducir la variación, en cuanto a una norma preestablecida : por eso se le llama negativa; mientras que en el caso de realimentación positiva, la misma información opera, como medida para ampliar, donde la variación en la salida, es por tanto, positiva, en cuanto a la tendencia existente hacia la inmovilidad o turbación.

-Las relaciones humanas pueden considerarse como "bucles de realimentación". La realimentación negativa y positiva, es más compleja en los sistemas abiertos, que en los sistemas cerrados, en los que la homeostasis , más que cambio o crecimiento, es la norma.

. En los sistemas abiertos, la realimentación puede utilizarse para consolidar el sistema mediante realimentación positiva, que confirma que el "feedforward" del sistema, es correcto; o para cambiar el sistema , mediante realimentación negativa ,que confirma que el "feedforward" del sistema es incorrecto.

.La realimentación positiva: Produce el mantenimiento o incremento del sistema existente, mientras que la realimentación negativa produce cambio en el sistema.

.En los sistemas cerrados : Los cambios se producen en las relaciones internas , un cambio a nivel , según el modelo de Bateson.

.Sin embargo, en los sistemas abiertos: Hay la posibilidad añadida de un cambio en el sistema en sí, un cambio a nivel II.

.La realimentación ha sido descrita, como el secreto de la actividad natural de los sistemas que se autorregulan, sistemas con realimentación, que requieren de una filosofía propia, en la que los conceptos de patrón e información, son tan esenciales, como fueron los de materia y energía, al comienzo del siglo.[6].

-17.15.5)- Tipos de Realimentación.

- .1. Realimentación positiva: Cuando sale del sistema, la cual tiende a aumentar la señal de salida, o actividad. Ej.: jugando al truco, uno mezcla y luego otro corta, sabe lo que tienen que hacer, si no lo hace, está saliendo del sistema, lo está cortando. Es cuando la norma se muestra ineficaz, y hay que cambiarla.
- 2. Realimentación negativa: Es la que mantiene el sistema funcionando. Devuelve al emisor toda la información, que necesita para corregir la pauta de entrada. Mantiene el sistema estable y que siga funcionando.
- 3. Realimentación bipolar: La cual puede aumentar o disminuir la señal o actividad de salida. La realimentación bipolar, está presente en muchos sistemas naturales y humanos. De hecho, generalmente la realimentación es bipolar, es decir, positiva y negativa, según las condiciones medioambientales, que, por su diversidad, producen respuestas sinérgicas y antagónicas, como respuesta adaptativa de cualquier sistema.[7].

-17.15.5.1)- Realimentación Negativa.

- Realimentación Negativa.

- -Es la más utilizada en sistemas de control: Se dice que un sistema está realimentado negativamente, cuando tiende a estabilizarse, es decir cuando nos vamos acercando a la orden de consigna, hasta llegar a ella.

.Por ejemplos, son casos de realimentación negativa:

-Un automóvil conducido por una persona, en principio es un sistema realimentado negativamente; ya que si la velocidad excede la deseada, como por ejemplo en una bajada, se reduce la presión sobre el pedal, y si es inferior a ella, como por ejemplo en una subida, aumenta la presión, aumentando por lo tanto la velocidad del automóvil.

-Un sistema de calefacción, está realimentado negativamente, ya que si la temperatura excede la deseada la calefacción, se apagará o bajará de potencia, mientras que si no la alcanza, aumentará de fuerza o seguirá funcionando.

-17.15.5.2)- Realimentación Positiva.

- Realimentación Positiva.

- -Es un mecanismo de realimentación, por el cual una variación en la salida, produce un efecto dentro del sistema, que refuerza esa tasa de cambio.
.Por lo general, esto hace que el sistema no llegue a un punto de equilibrio, sino más bien a uno de saturación. Es un estímulo constante.

- Por ejemplos, son casos de realimentación positiva:

-En un sistema electrónico. Los dispositivos semiconductores, conducen mejor la corriente, cuanto mayor sea su temperatura. Si éstos se calientan en exceso, conducirán mejor, por lo que la corriente que los atraviese, será mayor, porque se seguirán calentando hasta su destrucción, si no se evita con algún otro dispositivo, que limite o impida el paso de corriente.

-Si intercambiamos conectándose una caldera de calefacción, a un sistema preparado para aire acondicionado (frío), cuando la temperatura suba, el sistema intentará bajarla ,

o sea se activará, a fin de llegar a la temperatura de consigna, que es más baja, pero encenderá la caldera, en lugar del aire acondicionado, por lo que la temperatura subirá aún más, en vez de estabilizarse, lo que volverá a provocar, que la caldera siga funcionando cada vez con más fuerza.

-17.15.6)-Norbert Wiener.

- -Profesor de lógica matemática en el Instituto Tecnológico de Massachusetts, aunque a lo largo de su vida, impartió cursos en numerosas universidades de otros países, como: México, Gran Bretaña, India, etc.; dejando importantes obras: "Cibernética: control y comunicación en el animal y en la máquina" (1948), "Matemáticas, mi vida" (1961), "Dios y Golem" (1965) y "Hombre y hombre máquina" (1966).
- .Entre los años 1920 y 1923: Wiener se preocupó por un fenómeno físico, sin demasiada importancia en esta ciencia, el llamado movimiento browniano, que se refiere al movimiento perpetuo, que tienen las partículas disueltas en un líquido ; por ejemplo, raspaduras de roca en agua; dando un movimiento irregular, que no parece responder a ninguna ley física.
- .Construyó así una probabilidad: Que permitiría describir el fenómeno en términos matemáticos, en lo que se refiere a la trayectoria y posición de las partículas a través del tiempo.
.El trabajo de Wiener: Sobre el movimiento browniano estableció un importante precedente, para hallar aplicaciones en Física, Ingenierías y Biología, y permitió formular un problema de cálculo de probabilidades, en términos de la medida de Lebesgue, que utilizaría diez años más tarde Kolmogorov, para la formalización del cálculo de probabilidades.
- .En vísperas de la Segunda Guerra Mundial: Sus investigaciones acerca de robots e ingenios automáticos, que pudieran reemplazar o sustituir con ventaja a los combatientes, sentaron los fundamentos de una nueva ciencia: la cibernética, vocablo adoptado por Wiener, en el año 1947, que procede del griego: Kybernetes, es decir, piloto o timonel.
- .Por tanto la palabra cibernética, podría significar ciencia de los mandos.
.Estos mandos son estructuras con elementos especialmente electrónicos y en correlación con los mecanismos, que regulan la psicología de los seres vivos y los sistemas sociales humanos, y a la vez que permiten la organización de máquinas, capaces de reaccionar y operar con más precisión y rapidez, que los seres vivos; ofreciendo posibilidades nuevas, para penetrar más exactamente las leyes, que regulan la vida general, y especialmente la del hombre, en sus aspectos: psicológicos, económicos, sociales etc.
- .Esta ciencia, muy compleja, estudia, valiéndose para ello de: las matemáticas, la física, la sociología, la neurofisiología, etc., "los mecanismos de control y de comunicación, en los seres vivos y en las máquinas".
- .Así, del estudio del sistema nervioso, se ha derivado la noción fundamental de realimentación, que permite la autocorrección de un motor, mediante la información que le es enviada, utilizando parte de la energía producida por él mismo : servomecanismo.
- . Una de las definiciones más acertadas de esta ciencia, es la debida a Conffignal, quien define la cibernética, como: "el arte de hacer eficaz la acción".
.Si echamos una mirada a nuestro alrededor, no cabe duda de que hoy en día, es así: "robots-obreros" en las fábricas; "analistas" en los laboratorios; "pilotos automáticos" en los aviones, etc.

.Por ello, a nuestra época, se la ha llamado era de la cibernética, cuyo "padre" fue Norbert Wiener.

-17.15.7)- Principales Aportes de la Realimentación.

- Es un dispositivo, que vuelve a hacer un efecto sobre uno de sus causas, capacitándose así, para cumplir con una determinada finalidad.
.Las diferencias entre los efectos real e ideal, se transforman en energía, que se vuelve a introducir en el mecanismo, y tiende a anular las diferencias iniciales, que pusieron en marcha el sistema original.
- Hasta la llegada de la cibernética, según Bateson: "uno de los dos acontecimientos de mayor influencia en el siglo XX, los modelos de causalidad, eran casi siempre lineales. .En la ciencia prevalecía una polémica epistemológica, entre el determinismo y la teleología".
.En términos simplificados, las dos posturas representaban el conflicto entre las causas iniciales o el resultado final, como elemento dominante, al influir sobre los estados intermedios. La física tendía hacia la primera postura; la biología hacia la segunda.
- -En cuanto al estudio de las personas, dice Watzlawick: "Para volver una vez más al estudio del ser humano, el psicoanálisis evidentemente pertenece a la escuela determinista, mientras, por ejemplo la psicología analítica de Jung, se basa en gran medida, en la asunción de una entelequia o principio teleológico, inmanente en el hombre".
- La aparición de la cibernética cambió todo esto: Demostrando que los dos principios pueden juntarse dentro de un marco más comprensivo.
.Este enfoque se hizo posible por el descubrimiento de la realimentación.
- La realimentación puede ser positiva o negativa.
.Ésta última, caracteriza la homeostasis, y desempeña un papel importante en conseguir y mantener la estabilidad de las relaciones.
- La realimentación positiva en cambio: Conduce al cambio, es decir, la pérdida de estabilidad o equilibrio.
.En ambos casos, parte de la "salida" del sistema, y se vuelve a introducir en el sistema, como información sobre la salida.
- La diferencia, es que en el caso de realimentación negativa, la información se utiliza para reducir la variación, en cuanto a una norma preestablecida, por eso se le llama "negativa"; mientras que en el caso de la realimentación positiva, la misma información, opera como medida para ampliar.
.La variación en la salida es, por tanto, positiva en cuanto a la tendencia existente hacia la inmovilidad o turbación.
- Las relaciones humanas: Pueden considerarse como "bucles de realimentación".
.La realimentación negativa y positiva, es más compleja en los sistemas "abiertos", que en los sistemas "cerrados", en los que la homeostasis, más que "cambio" o "crecimiento", es la norma.
- En los sistemas abiertos: La realimentación puede utilizarse para consolidar el sistema, mediante realimentación positiva, que confirma que el "feedforward" del sistema, es correcto; o para cambiar el sistema, mediante realimentación negativa, que confirma que el "feedforward" del sistema es incorrecto.
.La realimentación positiva, produce el mantenimiento o incremento del sistema existente; mientras que la realimentación negativa, produce cambio en el sistema.

- En los sistemas cerrados: Los cambios se producen en las relaciones internas , un cambio a nivel I ,según el modelo de Bateson. Sin embargo, en los sistemas abiertos, hay la posibilidad añadida de un cambio en el sistema en sí.
- La realimentación ha sido descrito como el secreto de la actividad natural.
.Los sistemas que se autorregulan , sistemas con realimentación , requieren de una filosofía propia, en la que los conceptos de patrón e información son tan esenciales, como fueron los de materia y energía al comienzo del siglo.
- -WEINBERG , en 1959: Dice lo siguiente de la cibernética: "La cibernética nació durante la segunda guerra mundial, de los esfuerzos del matemático Norbert Wiener y del fisiólogo Arturo Rosenblueth, para resolver el problema urgente de diseñar un cañón antiaéreo, que pudiera derribar los aviones muy veloces. Antes de la invención de los aviones de alta velocidad, el problema de apuntar y disparar contra un blanco en movimiento, fue relativamente sencillo. Por un lado la velocidad del blanco había sido tan reducida, en comparación con la velocidad del proyectil, como para descontarla, pero este ya no era el caso.
- .Por otra parte, los reflejos humanos, ya no eran lo suficientemente rápidos como para disparar contra tan veloz blanco y derribarlo. Evidentemente se tenía que ceder la tarea a una máquina. .Se hizo patente en seguida, que las máquinas computadoras de aquel entonces, no estaban a la altura de la tarea, y que hacía falta una máquina que funcionase por un principio nuevo.
.Este nuevo principio resultó ser uno antiguo, pero relativamente ignorado , la realimentación.
- . La había utilizado James Watt, en su gobernador automático, para máquinas de vapor, y por otros.
.Su significado real, empezó a sospecharse, con el crecimiento de la radio en los años 1920, específicamente con el desarrollo del tubo en vacío, y el control de volumen automático.
- .En 1932, Cannon acuñó el término "homeostasis", para describir los procesos autoreguladores de los organismos vivos, y postuló la presencia de mecanismos de realimentación, aunque sin darle ese nombre."
- La cibernética es la teoría de la autorregulación y autocontrol de los sistemas, por realimentación.
- La realimentación es un proceso circular, en el cual parte de la salida es remitida de nuevo a la entrada, como información sobre la primera respuesta, haciendo así que el sistema se autorregule, para mantener un equilibrio u orientarse a una meta.
- Ejemplos de realimentación: Son las reacciones circulares primarias, secundarias y terciarias, descritas en la teoría piagetiana de la inteligencia.
.En la reacción circular, la respuesta del niño ,actúa nuevamente sobre el estímulo, realimentando el proceso.
- El "biofeedback" constituye otro ejemplo de realimentación, donde una persona puede aprender a controlar sus estados corporales y mentales, realimentando información, con una máquina capaz de medir sus variables fisiológicas en un momento dado.
- La realimentación negativa, realimentación neutralizadora, o procesos morfoestático, lleva al sistema a un equilibrio anterior.
- La realimentación positiva, realimentación amplificante o procesos morfogenético, lleva al sistema a un nuevo equilibrio.

-17.15.8)- Véase También.

- Dinámica de sistemas;

- Sistema dinámico;
- Sistema complejo;
- Cibernética;
- Teoría de control;
- Teoría de sistemas;
- Control automático.

-17.15.9)-Referencias.

- ↑ Saltar a: a b «realimentación», Diccionario Español de Ingeniería (1.0 edición), Real Academia de Ingeniería de España, 2014, <http://diccionario.raing.es/es/lema/realimentaci%C3%B3n>,
- Volver arriba ↑ Real Academia Española (2014), «realimentación», Diccionario de la lengua española (23.ª edición), Madrid: Espasa, <http://dle.rae.es/?w=realimentaci%C3%B3n&o=h>,
- Volver arriba ↑ Véase <http://castellanoactual.com/duda-resuelta-retroalimentar-o-realimentar/>
- Volver arriba ↑ [1]
- Volver arriba ↑ [2]
- Volver arriba ↑ [3]
- Volver arriba ↑ [4]
-
- Obtenido de :
«<https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Realimentación&oldid=87376613>»

-Categorías:

- Cibernética;
- Teoría de sistemas;
- Proyecto educativo;

-Esta página fue modificada por última vez el 29 nov 2015 a las 04:31.

-17.16)- Véase También.

- [Atención](#)
- [Conciencia](#)
- [Funciones ejecutivas](#)
- [Memoria](#)
- [Neurofisiología clínica](#)
- [Neurología](#)
- [Neurología de la conducta](#)
- [Neurociencia](#)
- [Neuropsicología cognitiva](#)
- [Neuropsicólogo](#)
- [Oliver Sacks](#)
- [Phineas Gage](#)
- [Sentido de agencia](#)

-17.17)- Bibliografía.

- [Ardila, A. \(2006\). Afasias. Miami](#)

LIBRO CIENCIAS DE LA SALUD- Prof. Dr. Enrique Barmaimon-

Año 2017.2- TOMO III-

- Ardila, A. & Rosselli, M. 92007). Neuropsicología Clínica. México: Manual Moderno.
- Barmaimon, Enrique:
 -  VARIOS: BIBLIOTECA VIRTUAL DE SALUD:
 - .2016. 41 LIBROS PROF. DR. ENRIQUE BARMAIMON: BIBLIOTECA VIRTUAL DE SALUD: (www.bvssmu@org.uy [libros], [barmaimon]).(OR),
 - Barmaimon Enrique, Tratado de Neuroanatomía Funcional. 3 volúmenes :
 - .Tomo I: Presentación, Índice, Prólogo, Bases Neuroanatómicas Funcionales, Bases Funcionales Organización Humana, La Célula, Embriología S.N., Meninges, Sistema Ventricular, Líquido Cefalorraquídeo e Irrigación Sanguínea, Sistematización General, Organización Estructural Anatómica;
 - .Tomo II: Organización Funcional: Los Sistemas Funcionales de Integración, Organización Anatomofuncional, Reglas para el Estudio e Interpretación del Sistema Nervioso, Medio Interno,; y
 - . Tomo III: Neurona y Sinapsis, Potenciales Neuronales e Integración Interneuronal, Los Neurotransmisores, Los Conjuntos Neuronales, Envejecimiento, y Los Límites entre la Vida y la Muerte.) .
 - .Ed. EDUSMP.(1984) .Lima, Perú. B.V.S.
 - Barmaimon Enrique . Envejecimiento. Cambios Anatomofuncionales, Psíquicos, Sociales, Económicos y Ambientales. Urgencias, Comorbilidad, Manejos-Ed. Virtual. (2011).1ªEd. Montevideo Uruguay. B.V.S.
 - Barmaimon Enrique. Libro Historia de la Anestesia, la Reanimación y los Cuidados Intensivos. 4 Tomos:
 - .Tomo I: Prologo, Introducción, Índice, Historia General de la Ciencia, Historia Cronológica Anestesia, Equipamiento de Anestesia, Ayer y Hoy Anestesiólogo, y su Formación;
 - . Tomo II: Historia de los Países Sudamericanos: Sociopolítica, Cultural, Educativa y de Salud;
 - .Tomo III: Historia de los Países Centroamericanos y el Caribe: Sociopolítica, Cultural, Educativa, y de Salud; y
 - .Tomo IV: Algunos avances anestésico- quirúrgicos, Historia de la Anestesia y la Reanimación Latinoamericana, Historia Anestésica de cada País Sudamericano, Anestesia Pediátrica, Anestesia geriátrica, Anestesia Especialidades, Manejo dolor Postoperatorio, Manejo dolor Crónico, Reanimación Cardiopulmonar, Medicina intensiva, Centro Quirúrgico, Anestesia Ambulatoria, Panorama Actual, Bibliografía.(2014).1ªEd. Virtual. Montevideo, Uruguay. B.V.S.
 - Barmaimon Enrique, Koyounian Pedro. Historia del General San Martín. Aspectos de su Salud.(2012).!ª Ed. Virtual, Montevideo, Uruguay.
 - Barmaimon, Enrique. Guaymirán Ríos Bruno. Anécdotas : en Libro Dr. Antonio Turnes.(2013). Varias anécdotas, Reanimación Cardiopulmonar, Plan Nacional de Desastres. 1ª Ed. Virtual, Montevideo, Uruguay. B.V.S.
 - Barmaimon Enrique.(2015). Historia de las Grandes Guerras y su Influencia sobre la Anestesia y la Reanimación. 3 Tomos:
 - . Tomo I: Grandes Guerras Europeas: Napoleónicas, Primera y Segunda Guerras mundiales, Resucitación Cardiopulmonar, Avances Medicina;
 - .Tomo II: Guerras de Corea y Vietnam, Avances Medicina; y
 - .Tomo III_ Guerras del Golfo, Irak, Afganistán y contra Terrorismo.
 - . 1ª Ed. Virtual, Montevideo, Uruguay. B.V.S.
 - Barmaimon Enrique. Historia Medicina, Psiquiatría, Gerontología, Envejecimiento y Geriátrica. (2015). 1ª Ed. Virtual. Montevideo, Uruguay. B.V.S.
 - Barmaimon, Enrique.(2015).Historia Ciencias Cognitivas.3 Tomos:
 - . Tomo I: Filosofía, Psicología, Neuroanatomía Funcional, Neurociencias, Lingüística, Antropología, Inteligencia Artificial;

LIBRO CIENCIAS DE LA SALUD- Prof. Dr. Enrique Barmaimon-

Año 2017.2- TOMO III-

- . Tomo II: Cognición, Gestión del Conocimiento, Feromonas, Psiconeurobiología Amor y Sexo, Mente; y
- .Tomo III: Anexos Ciencias Cognitivas. 1ªEd. Virtual, B.V.S.
- . Montevideo, Uruguay . B.V.S.
- Barmaimon, Enrique.(2016).Libro Historia, Patología, Clínica y Terapéutica Ciencias Cognitivas. 3 Tomos:
- . Tomo I: Introducción, Algunos Puntos básicos, Canalopatías, Sistemas Autoinmunes, Enfermedades Autoinmunes;
- . Tomo II: Sistema Nervioso, Sistemas de Integración, Test Psicológicos; y
- . Tomo III: Patologías, Reserva Cognitiva, Telepatología, Medio Ambiente, Tratamientos, Psicoterapia, Ciberpsicoterapia, Personalidad, Comportamiento, Pensamiento, Sentimiento, Identidad, Sensación, Intuición, Sentimiento, Diagnóstico, Patologías Cognitivas, Patologías Neurológicas, Enzimas, Certeza y Opinión, Inconsciente, Psiconeuroinmunología, Sueño, Memoria, Optimismo, Ansiedad, Posmodernismo.
- . 1ª Ed. Virtual. Montevideo, Uruguay. B.V.S.- (<http://www.bvssmu.org.uy/>). (libros); (barmaimon).(OR).(buscar).
- Barmaimon, Enrique. 2016. Libro Historia de la Banda Oriental.(R.O.U.). Historia Política, Social, Educativa, y de Salud. 4 Tomos:
- .Tomo I:Índice, Introducción; Generalidades; Descripción 4 Principales Próceres: Artigas, Rivera, Lavalleja y Oribe; Presidentes del Uruguay, 2ªParte Siglo XIX, Modernización y Militarismo, Presidentes;
- .Tomo II: Siglo XX: Primeras Décadas: Club Atlético Peñarol, Club Nacional Fútbol, Campeonatos Mundiales de Fútbol de 1930 y 1950; Presidentes, Colegialismo, Reforma 1966, Presidentes; Dictadura Militar.
- .Tomo III: Gobiernos Democráticos: Sanguinetti, Lacalle.
- .Tomo IV: Siglo XXI: Generalidades; Tecnología, Educación; Ciencias, Historia Urbana Montevideo del Siglo XX; Gobierno y Política; Salud; Cultura; Presidentes: Batlle, Vázquez; Mujica; Educación Uruguaya; Enseñanza Terciaria; Universidades; Servicios de Salud; Bibliografía. 1ª Ed. Virtual. BVS.SMU. (<http://www.bvssmu.org.uy/>). (libros); (barmaimon).
- Barmaimon, Enrique. 2016. Trilogía Países Europeos: Historia Socio-política, Cultural, Educativa, y de Salud de República Francesa, Reino de España, y Reino Unido. 3 Tomos:
- .Tomo I: República Francesa.
- .Tomo II : Reino de España.
- .Tomo III: Reino Unido.
- .Tomo IV: Gastronomía y Mapas Trilogía.
- .1ª Ed. Virtual. Montevideo, Uruguay. BVS.SMU.(<http://www.bvssmu.org.uy/>). (libros); (barmaimon).(OR).(buscar);(Elegir libro entre 41 : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra).
- Barmaimon, Enrique. 2016. Museos del Mundo. Historia y Características. 4 Tomos:
- .Tomo I: Generalidades, Museos de Arte Más Visitados, Museos de Ciencia, Funcionamiento, Tipología, Historia. Filosofía de la Historia.
- . Tomo II: Relación de Museos de Arte: del 1 al 10.
- Tomo III: Relación de Museos de Arte: del 11 al 20.
- Tomo IV: Relación de Museos de Arte: del 21 al 100. y 5 Adicionales.
- 1ª Ed. Virtual. Montevideo, Uruguay. BVS.SMU.(<http://www.bvssmu.org.uy/>). (libros); (barmaimon).(OR).(buscar);(Elegir libro entre 41 : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra).
- Barmaimon, Enrique.2016. Cataratas: Técnicas de Facoemulsificación.1 Tomo. 1ª Ed. Virtual. Montevideo, Uruguay. BVS.SMU.(<http://www.bvssmu.org.uy/>). (libros);

LIBRO CIENCIAS DE LA SALUD- Prof. Dr. Enrique Barmaimon-

Año 2017.2- TOMO III-

(barmaimon).(OR).(buscar);(Elegir libro entre 41 : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra).

 - 2017. - Barmaimon, Enrique. 2017. Libro Con Tipos de Dietas y Alimentación Según Salud, Enfermedad, y Patología. 2 Tomos:

-Tomo I: Índice, Introducción, Régimen Alimenticio, Hábitos Alimentarios, Tipo de Dietas, Alimentos, Gastronomía Uruguay y el Mundo, Necesidades Básicas, Dieta Saludable, Animales por Dieta, y Alimentos Comunes y Energía.

-Tomo II: Índice, Dietista-Nutricionista, Ciencias de la Salud, Nutrición, Trastornos Conducta Alimentaria, Véase También, Referencias, Bibliografía, Curricula Prof. Barmaimon, Enlaces.

1ª Ed. Virtual. Montevideo, Uruguay.

BVS.SMU.(<http://www.bvssmu.org.uy/>). (libros); (barmaimon).(OR).(buscar);(Elegir libro entre 41 : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra).

-  - 2017. - Barmaimon, Enrique. 2017. Libro Con Ciencias de la Salud. 4 Tomos:

-Tomo I : Índice; Introducción: Técnica, Protocolos, Tecnología, Metodología, Test Estandarizados, Caso Clínico; PARTE I: Generalidades: Ciencias, Filosofía, Atención Primaria de Salud, Ciencias de la Salud, Psicología, Otras Especialidades, Ciencias Sociales. -PARTE II: Medicina; PARTE III: Psicología.

-Tomo II : PARTE IV: 38 Especialidades Médicas, Bibliografía.

-Tomo III: PARTE V: 20 Especialidades Psicológicas;

-Tomo IV: PARTE VI: 12 Especialidades de Ciencias de la Salud; PARTE VII: Especialidades de Ciencias Sociales Relacionadas: 9 con Interacción Social, 3 con Sistema Cognitivo Humano, y 8 con Evolución Sociedades ; PARTE VIII: Bibliografía; Curricula Prof. Dr. Enrique Barmaimon.

. 1ª Ed. Virtual. Montevideo, Uruguay. BVS.SMU.(<http://www.bvssmu.org.uy/>). (libros); (barmaimon).(OR).(buscar);(Elegir libro entre 41 : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra).

-  -BARMAIMON, ENRIQUE: TESIS DE DOCTORADO: Reanimación Cardiovascularrespiratoria Fuera de La Sala de Operaciones. UDELAR. Año 1962.

- Beaumont, J. G. (1983). *Introduction to Neuropsychology*. Guilford. [ISBN 0-89862-515-7](#)
- Beaumont, J. G., Kenealy, P. M., & Rogers, M. J. C. (1999). *The Blackwell Dictionary of Neuropsychology*. Malden, Massachusetts: Blackwell.
- David, A. S. et al. (eds.) (1997). *The Neuropsychology of Schizophrenia: Brain Damage, Behaviour, and Cognition Series*. East Sussex, UK: Psychology Press.
- González, E. (2005). *El yo neuronal*.
- Kolb, B. & Wishaw, I. Q. (2003). *Fundamentals of Human Neuropsychology*. (5th ed.). Freeman. [ISBN 0-7167-5300-6](#).
- Lezak, M. D. (2004). *Neuropsychological Assessment* (4th. ed.). New York: Oxford University Press.
- Hécaen H. & Albert M.L. (1978). *Human Neuropsychology*. Wiley, Nueva York: Wiley.
- Loring, D. W. (ed.) (1999). *INS Dictionary of Neuropsychology*. New York: Oxford University Press.
- Luria, A. R. (1973). *The Working Brain: An Introduction to Neuropsychology*.
- Portellano, J. A. (2005). *Introducción a la neuropsicología*. Madrid: MacGraw Hill.
- Portellano, J. A. (2007). *Neuropsicología Infantil*. Madrid: Síntesis.
- Rains, G. D. (2003). *Principles of Human Neuropsychology*, Boston: McGraw-Hill.
- Rosselli, M., Matute, E. & Ardila, A. (2010). *Neuropsicología del desarrollo infantil*. México: Manual Moderno

-17.18)- Enlaces Externos.

-  [Wikimedia Commons](#) alberga contenido multimedia sobre [Neuropsicología](#).
-  [Wikiversidad](#) alberga proyectos de aprendizaje sobre [Cuadernos de Neuropsicología](#).
-  [Wikinoticias](#) tiene noticias relacionadas con [Estudios: la inteligencia se define por hasta seis genes](#).
- [International Neuropsychological Society](#) Sociedad Internacional de Neuropsicología
- [Revista de Neurología](#): revista oficial y gratuita en español de neurología y neuropsicología (es necesario registrarse).
- [Historia de la neuropsicología](#) como una línea de tiempo (en inglés)
- [e-Textos](#) e-Textos Universitarios gratuitos sobre Neuropsicología (es necesario registrarse).
- [Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias](#).

-

Obtenido de

«<https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Neuropsicología&oldid=95160982>»

-Categoría:

- [Neuropsicología](#).
- Esta página fue modificada por última vez el 22 noviembre 2016 a las 15:59.

-18- [PSICOBIOLOGÍA](#).

-De Wikipedia, la enciclopedia libre.

-La psicobiología o biopsicología, es la aplicación de los principios de la biología, al estudio del comportamiento de los animales, incluidos los humanos.

.Considera que los animales capaces de percibir y aprender son:

- a) los mamíferos , incluyendo el ser humano, y
- b) las aves.

.Se considera predominantemente una ciencia biológica, y secundariamente una ciencia social, que se basa en el materialismo como filosofía , según [Bunge](#) y [Ardila](#), en 2002;¹ y Gadenne, en 2006² .

-Índice.

-18)- [PSICOBIOLOGÍA](#).

- [-18.1\)- Fondo](#).
- [-18.2\) Problemática](#).
- [-18.3\)- Objetivos](#)
- [-18.4\)- Metodica](#)
- [-18.5\)- Factores Filogenético y Ontogénico](#).
- [-18.6\) - Véase También](#)
- [-18.7\)- Referencias](#)
- [-18.8\)- Bibliografía](#)
- [-18.9\)- Enlaces Externos](#).

-18.1)- Fondo.

-La psicobiología adopta íntegramente la visión científica del mundo, que sostiene que los procesos mentales, son procesos cerebrales.

.Utiliza la matemática y la biología, en particular la [neurociencia](#), y por lo tanto la química y la física.

.Dentro de los enfoques científicos de la psicología : el mentalismo, el [Conductismo](#), y el psicobiológico, se considera a la psicobiología como el enfoque más firmemente implantado, en el sistema del conocimiento científico.³

-18.2)- Problemática.

-La problemática de la psicobiología está formada por los hechos conductuales y mentales: procesos cerebrales:

- Incluye las problemáticas del [conductismo](#), y gran parte del mentalismo.
- Ignora problemas del mentalismo, como a dónde va la mente durante el sueño, el coma o la muerte.
- Agrega problemas de la [biología evolutiva](#) y del [desarrollo](#), que ignoraba el mentalismo.
- Se pregunta en qué estado del desarrollo individual, comienza la conciencia.
- Plantea problemas concernientes a: la lateralización cerebral, el lenguaje y la racionalidad.

-18.3)- Objetivos.

-La psicobiología incorpora a sus objetivos, los objetivos del [conductismo](#) ,y va más allá.

.La psicobiología no se limita a describir la conducta, sino que intenta explicarla en términos [neurobiológicos](#).

.El fin último de la psicobiología, es la construcción de teorías, tanto generales como específicas, capaces de explicar y predecir, hechos conductuales y mentales, en términos biológicos.

-18.4)-Metódica.

.La psicobiología utiliza los métodos de: la [neurociencia](#), el [conductismo](#) y la [psicofisiología](#).

.Utiliza plenamente el método científico, debido a que vigila y altera los procesos mentales, ya que los considera procesos cerebrales.

.Utiliza por completo el método experimental, que emplea en la actualidad, una enorme variedad de técnicas precisas y sofisticadas.

-18.5)- Factores Filogenético y Ontogénico.

-Las características estructurales, [fisiológicas](#) y conductuales de cualquier persona, son consecuencia de dos factores: el [filogenético](#) y el [ontogénico](#).

.El filogenético: Hace referencia a la historia evolutiva de nuestra especie. Este factor se recoge en nuestros [genes](#), a través de los cuales se transmiten, de generación en generación, los logros adaptativos de nuestros ancestros, que la selección natural ha hecho posibles, y que configuran las características generales de nuestra especie.

.El otro factor, el ontogénico: Se refiere a las circunstancias, a través de las cuales el factor filogenético, es modulado por el medio ambiente interno y externo : factores [epigenéticos](#) ;

desde el momento en que comienza nuestra vida; abarcando, por tanto, el periodo que va desde la [concepción](#) , hasta la muerte.

-El factor filogenético: Determinará las características generales de nuestra especie, tales como: el tipo de [órganos sensoriales](#) que poseemos, los sistemas de regulación del medio interno, los sistemas de locomoción etc.; todos los cuales, determinarán: qué [estímulos](#) podemos captar, y qué tipo de respuestas podemos emitir.

.Es evidente, que aparte de estas características generales de nuestra especie, existen variaciones entre los individuos, que la conforman.

.Estas diferencias son causadas por la [variabilidad genética](#), que presenta cualquier población humana, y por el segundo factor a que hacíamos referencia, como determinante de la conducta de un individuo, es decir, la interacción entre el factor filogenético y el ambiental.

.Si el factor filogenético, es el causante de las diferencias entre especies distintas, la variabilidad genética y la interacción entre genes y ambiente, son las que hacen que los individuos de una misma especie, no sean idénticos ni morfológica, fisiológica o conductualmente.

.De esta forma, se puede concluir que la conducta de un individuo, estará en función de su [genotipo](#), y de la interacción de éste, con el ambiente en que se desarrolle, pudiéndose hablar en términos generales, de causas lejanas y próximas de la conducta.

.En este contexto, no cabe duda de, que dentro del conjunto de sistemas, que regulan la actividad biológica de los seres vivos, el [sistema neuroendócrino](#), por la estrecha relación existente entre su actividad y la conducta, es el más importante, de cara a la explicación del comportamiento.

.Por tanto, para comprender la conducta de un individuo, es preciso conocer, entre otras muchas cosas, las características biológicas del mismo, cómo dichas características son determinadas por los genes, qué mecanismos modifican la información genética a lo largo de la evolución, y por último, cuáles son las características del sistema neuroendócrino, que permiten a éste, regular la relación activa del individuo con su medio ambiente, es decir, emitir un comportamiento.

-18.6)- Véase También.

- [Biopsicología de la emoción](#);
- [Donald Hebb](#);
- [Psicología](#);
- [Emoción](#);
- [Neurobiología](#);
- [Neuropsicología](#);
- [Neurología de la conducta](#);
- [Neurociencia](#);
- [Psicofisiología](#).

-18.7)- Referencias.

1. [Volver arriba ↑](#) Bunge, M. y Ardila, R. (2002). *Filosofía de la psicología*. México: Siglo XXI.
2. [Volver arriba ↑](#) Gadenne, V. (2006). *Filosofía de la psicología*. España: Herder.
3. [Volver arriba ↑](#) Bunge, M. y Ardila, R. (2002). *Filosofía de la psicología*.

LIBRO CIENCIAS DE LA SALUD- Prof. Dr. Enrique Barmaimon-

Año 2017.2- TOMO III-

-18.8)- Bibliografía.

- Ardila, R. (2004). *La Psicología en el Futuro*. Madrid: Pirámide. 2002.
-  - 2017. - Barmaimon, Enrique. 2017. Libro Con Ciencias de la Salud. 4 Tomos:
-Tomo I : Índice; Introducción: Técnica, Protocolos, Tecnología, Metodología, Test Estandarizados, Caso Clínico; PARTE I: Generalidades: Ciencias, Filosofía, Atención Primaria de Salud, Ciencias de la Salud, Psicología, Otras Especialidades, Ciencias Sociales. -PARTE II: Medicina; PARTE III: Psicología.
-Tomo II : PARTE IV: 38 Especialidades Médicas, Bibliografía.
-Tomo III: PARTE V: 20 Especialidades Psicológicas;
-Tomo IV: PARTE VI: 12 Especialidades de Ciencias de la Salud; PARTE VII: Especialidades de Ciencias Sociales Relacionadas: 9 con Interacción Social, 3 con Sistema Cognitivo Humano, y 8 con Evolución Sociedades ; PARTE VIII: Bibliografía; Curricula Prof. Dr. Enrique Barmaimon.
. 1ª Ed. Virtual. Montevideo, Uruguay. BVS.SMU. (<http://www.bvssmu.org.uy/>). (libros); (barmaimon).(OR).(buscar);(Elegir libro entre 41 : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra).
- Bunge, M. y Ardila, R. (2002). *Filosofía de la psicología*. México: Siglo XXI.
- Marx, M. y Hillix, W. (2005). *Sistemas y teorías psicológicas contemporáneos*. México: Paidós.
- Gadenne, V. (2006). *Filosofía de la psicología*. España: Herder.
- Kalat, J. (2004). *Psicología Biológica*. España: Thomson.
- Purves, D., Augustine, G., Fitzpatrick, D., Hall, W., Lamantia, A., McNamara, J. & White, L. (2008). *Neuroscience (4th Ed.)*. U.S.A.: Sinauer Associates, Inc.
- Purves, D., Augustine, G., Fitzpatrick, D., Hall, W., Lamantia, A., McNamara, J. y Williams, S. (2008). *Neurociencia (3.ª Ed.)*. España: Editorial Médica Panamericana.
- Rosenzweig, M., Leiman, A. y Breedlove (2005). *Psicología Biológica*. España: Ariel.
- Tamorri, S. (2004). *Neurociencias y Deporte*. España: Paidotribo.

-18.9)- Enlaces Externos.

-<http://centro-anastomosis.webnode.es/>.

-

Obtenido de «<https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Psicobiología&oldid=94053829>»

-Categoría:

- [Psicobiología](#).
- Esta página fue modificada por última vez el 3 octubre 2016, a las 00:43.

- -19- [PSICOFISIOLOGÍA](#) .
-De Wikipedia, la enciclopedia libre.

-Psicofisiología : del [Griego](#) ψυχή, *psýkhē*, "aliento, vida, alma"; φύσις, *physis*, "naturaleza, origen"; y -λογία, *-logía*; es la rama de la [psicología](#), relacionada con las bases [fisiológicas](#) de los procesos [psicológicos](#).

.Se solía llamar psicofisiología cognitiva, hasta mediados de los años 1990 y actualmente se le denomina [neurociencia cognitiva](#).

.Por ejemplo, los psicólogos están interesados en los motivos, por los cuales tenemos miedo a una [araña](#), mientras que los psicofisiólogos pueden estar interesados en caracterizar las entradas/salidas de la [amígdala](#), una pequeña estructura cerebral, que está involucrada en la regulación y respuesta emocional.

.Un psicofisiólogo, trataría de relacionar ambos. Podría, por ejemplo, trata de explicar la [aracnofobia](#), en relación a los impulsos que entran y salen de la amígdala.

. Sin embargo, los psicofisiólogos, casi siempre estudian las relaciones psicológicas/fisiológicas en sujetos humanos intactos.

.Mientras que los primeros psicofisiólogos, prácticamente siempre examinaban el impacto de los estados psicológicos, con las respuestas de los sistemas fisiológicos, desde los años 1970, también estudian el impacto del estado de los sistemas fisiológicos en el estado psicológico.

.Es la perspectiva del estudio de la relación entre la mente y el cuerpo, lo que distingue fundamentalmente a los psicofisiólogos.

-La psicofisiología: Se distingue de la [psicología fisiológica](#), en que la psicofisiología analiza el modo en que las actividades psicológicas producen respuestas fisiológicas, mientras que la psicología fisiológica, analiza los mecanismos fisiológicos, que conducen a la actividad psicológica.

.Históricamente, la mayoría de los psicofisiólogos, tienden a examinar las respuestas fisiológicas, y los órganos inervados por el sistema nervioso autónomo.

.Más recientemente, los psicofisiólogos están igualmente, o potencialmente más interesados en el sistema nervioso central, explorando los potenciales corticales cerebrales, como los diferentes tipos de [potenciales relacionados con eventos](#) : ERPs, ondas cerebrales, neuroimagen funcional : fMRI, PET, MEG, etc.

-Un psicofisiólogo: Puede investigar cómo exponerse a una situación estresante, que produce un resultado en el sistema cardiovascular, tal como un cambio en el ritmo cardíaco, vasodilatación/vasoconstricción, contractibilidad miocárdica, etc.

.Un psicólogo fisiológico: Puede investigar cómo un suceso cardiovascular, puede tener influencia en otro evento cardiovascular o endócrino, o en cómo la activación de una estructura neurológica del cerebro, ejerce una actividad excitatoria en otra estructura neurológica, que a su vez, induce un efecto inhibitorio en otros sistemas. A menudo, los psicólogos fisiológicos examinan los efectos en estudios de animales, usando técnicas y procesos invasivos.

-La psicofisiología está estrechamente relacionada con la Neurociencia, y la [Neurociencia Social](#), que trata fundamentalmente de las relaciones entre sucesos [psicológicos](#) y respuestas [cerebrales](#). Está también relacionada con la disciplina médica, denominada psicosomática.

-Señales Usadas Habitualmente en Psicofisiología:

.La psicofisiología moderna utiliza muchos tipos de señales distintas, tal como: potenciales evocados; potenciales relacionados con eventos; ondas cerebrales : [electroencefalografía](#) : EEG,, [fMRI](#) : resonancia magnética funcional; medidas de la conductividad de la piel; respuesta galvánica de la piel; medidas del sistema cardiovascular: [ritmo cardíaco](#), la variabilidad del ritmo cardíaco: [HRV](#); movimientos oculares registrados mediante electro-oculogramas :EOG, y métodos de [seguimiento de la mirada](#), o cambios en el diámetro de la pupila.

LIBRO CIENCIAS DE LA SALUD- Prof. Dr. Enrique Barmaimon-

Año 2017.2- TOMO III-

-Aplicaciones de la Psicofisiología: Las medidas psicofisiológicas, se utilizan a menudo para estudiar las respuestas de los mecanismos de la atención, y las emociones a los estímulos.

-Referencias y Vínculos Externos:

- [Cacioppo](#), J. T., Tassinary, L. G., & Berntson, G. G. (2000). Handbook of psychophysiology, 2nd edition. New York: Cambridge University Press. (3rd ed.2007).
- Society For Psychophysiological Research (SPR) <http://sprweb.org/>

- -Journal--Psychophysiology
<http://www.blackwellpublishing.com/journal.asp?ref=0048-5772>
- -International Organization of Psychophysiology
<http://www1.elsevier.com/homepage/sag/iop2002>
- -Journal-- International Journal of Psychophysiology
- -[British Society for Clinical Psychophysiology \(BSCP\) Clinical Psychophysiology](#)
- -[The International Society for the Advancement of Respiratory Psychophysiology \(ISARP\)](#)
- -[The Medipsych Institute Clinical Psychophysiology](#).
-  - 2017. - Barmaimon, Enrique.2017. Libro Con Ciencias de la Salud. 4 Tomos:
-Tomo I : Índice; Introducción: Técnica,Protocolos, Tecnología, Metodología, Test Estandarizados, Caso Clínico; PARTE I: Generalidades: Ciencias, Filosofía, Atención Primaria de Salud, Ciencias de la Salud, Psicología, Otras Especialidades, Ciencias Sociales. -PARTE II: Medicina; PARTE III: Psicología.
-Tomo II : PARTE IV: 38 Especialidades Médicas, Bibliografía.
-Tomo III: PARTE V: 20 Especialidades Psicológicas;
-Tomo IV: PARTE VI: 12 Especialidades de Ciencias de la Salud; PARTE VII: Especialidades de Ciencias Sociales Relacionadas: 9 con Interacción Social, 3 con Sistema Cognitivo Humano,y 8 con Evolución Sociedades ; PARTE VIII: Bibliografía; Curricula Prof. Dr. Enrique Barmaimon.
. 1ª Ed. Virtual. Montevideo, Uruguay. BVS.SMU.(<http://www.bvssmu.org.uy/>). (libros); (barmaimon).(OR).(buscar);(Elegir libro entre 41 : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra).

-

-Obtenido de «<https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Psicofisiología&oldid=85050177>»

-**Categoría:** [Ramas de la psicología](#)

-**Editar enlaces:**

- Esta página fue modificada por última vez el 11 diciembre 2016, a las 14:07.
- El texto está disponible bajo la [Licencia Creative Commons Atribución Compartir Igual 3.0](#); pueden aplicarse cláusulas adicionales. Al usar este sitio, usted acepta nuestros [términos de uso](#) y nuestra [política de privacidad](#).
Wikipedia® es una marca registrada de la [Fundación Wikimedia, Inc.](#), una organización sin ánimo de lucro.

-20)- TESTS PSICOLÓGICOS.

-De Wikipedia, la enciclopedia libre.

-Índice:

-20)- TESTS PSICOLÓGICOS.

-20.1)- TEST PSICOLÓGICOS.

-20.1.1)-Generalidades.

-20.1.2)- Clasificaciones

-20.1.2.1)- Clasificación general.

-20.1.2.1.1)-Test Psicométricos.

-20.1.2.1.1.1)- Algunas Fichas Técnicas.

-20.1.2.1.1.2)-Algunas Subcategorías de Tests Psicológicos.

-20.1.2.1.1.3)- Algunos Tests Psicológicos (35).

-20.1.2.1.2)- Tests Proyectivos.

-20.1.2.1.2.1)- Clasificación.

-20.1.2.1.2.1.1)- Test de Rorschach.

-20.1..2.1.2.1.1.1)- Generalidades.

-20.1..2.1.2.1.1.2)- Método.

-20.1..2.1.2.1.1.3)- Controversias.

-20.1.2.1.2.1.1.4)- Argumentos a Favor de la Validez Científica del Test.

-20.1..2.1.2.1.1.5)- Las Diez Láminas del Test de Rorschach.

-20.1.2.1.2.1.1.6) Véase También.

-20.1..2.1.2.1.1.7)- Referencias.

-20.1..2.1.2.1.1.8)- Bibliografía Complementaria.

-20.1..2.1.2.1.1.9)- Enlaces Externos.

-20.1..2.1.2.1.2)- Test de Holtzman.Z.

-20.1..2.1.2.1.3)- Técnicas Temáticas.

-20.1.2.1.2.1.4)- Técnicas Expresivas.

-20.1..2.1.2.1.5)- Técnicas Constructivas.

-20.1..2.1.2.1.6)- Técnicas Asociativas.

-20.1..2.1.2.2)- Tests Estandarizados.

-20.1..2.2)- Clasificación por niveles.

-20.1.2.3)- Áreas de aplicación.

-20.2)-Relación de Test Psicológicos.

-20.3)- Exámenes y Pruebas.

-20.4)- Diagnóstico Médico.

-20.5)- Pruebas Psicológicas.

-20.6)- Evaluación Psicológica.

-20.7)- Psicometría.

-20.8.)- Véase También.

-20.1.1)-Generalidades.

-Un test psicológico o prueba psicológica: Es un instrumento experimental, que tiene por objeto medir o evaluar una característica psicológica específica, o los rasgos generales de la personalidad de un individuo.

.Como justificación teórica de la validez de una medición mediante el uso de test psicológicos, se argumenta que el comportamiento individual, que los reactivos de la prueba provoca, puede ser valorado en comparación estadística o cualitativa, con el de otros individuos sometidos a la misma situación experimental, con lo que se da lugar a una determinada clasificación del sujeto.

.La construcción del test, debe procurar que el comportamiento específico ante determinado reactivo, represente lo más fielmente posible, el funcionamiento del sujeto en situaciones cotidianas, donde se pone en ejecución real, la capacidad que el test pretende evaluar.

-20.1.2)- Clasificaciones.

-20.1..2.1)- Clasificación General.

-La mayor clasificación de los test se da en dos grandes vertientes:

-20.1..2.1.1)- Test Psicométricos.

-Inscritos desde una corriente cognitivo conductual, que parten del supuesto, de que las personas son sinceras, al responder un instrumento estadístico.

.Básicamente miden y asignan un valor a determinada cualidad o proceso psicológico : inteligencia, memoria, atención, funcionamiento cognitivo, felicidad, optimismo, tristeza, daño cerebral, comprensión verbal, etc.), y se dirigen a actividades de evaluación y selección, como también al diagnóstico clínico, su organización, administración, corrección e interpretación, que suele estar más estandarizada.

-20.1.2.1.1.1)- Algunas Fichas Técnicas .

- Los Test Psicométricos Más Importantes:

-Test de Dominos: Autor: Edgar Anstey; significación: Inteligencia general; medir: aptitudes; reconocimiento: de semejanzas y diferencias, noción de número y rapidez visual.

- Administración: Individual y colectiva:

-Test de Matrices Progresivas de Raven: Autores: J. C. Raven & Charles Spearman y Court; significación: medir inteligencia, capacidad intelectual por medio de la comparación de formas y el razonamiento por analogías.

-Test de Aptitudes Diferenciales: Autores: George K. Bennett, Harold G. Seashore, Alexander G. Wesman; aplicación: individual y colectiva; significación: evaluación del razonamiento verbal, razonamiento numérico, razonamiento abstracto, razonamiento mecánico, relaciones espaciales, ortografía y rapidez y exactitud perceptiva; material : Manual DAT-5, cuadernillo nivel 1 y 2, hojas de respuestas.

-Cuestionario de los 16 factores de Personalidad: Autor: R. B. Cattell; aplicación: Individual y colectiva; adolescentes y adultos; significación: Realizar una evaluación de la personalidad con las 16 escalas primarias y 5 dimensiones secundarias o factores secundarios de la personalidad en sujetos normales; .Material: Cuadernillo. La Forma A compuesta por 187 reactivos, cada reactivo tiene 3 opciones de respuesta, Hoja de respuestas, Hoja de Perfil y Dimensiones Globales. Lápiz.

- Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota: Autores: Starke. Hathaway (psicólogo) y J. C. Mc Kinley (neuropsiquiatra); significación: Medición de la personalidad multi fases.

-20.1.2.1.1.2)- Algunas Subcategorías de "Test Psicológicos".

-Esta categoría incluye las siguientes:

- ▶ Pruebas psicométricas estandarizadas .
- ▶ Tests cognitivos.
- ▶ Tests de personalidad .
- ▶ Tipos MBTI .

-20.1..2.1.1.3)- Algunos "Tests psicológicos".

-Comprendiendo 35 tests:

-Clasificador de temperamento Keirsey.

-Cociente de Espectro Autista.

- Conners' Performance Test II.
- Construcción de tests.
- Cuestionario PVP.
- Test de atención d2.
- Escala Bayley.
- Escala F (test psicológico).
- Escalas de Conners.
- Indicador Myers-Briggs.
- Inventario de Depresión de Beck.
- Inventario de personalidades de Eysenck.
- Inventario del Desarrollo Battelle.
- Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota.
- Anexo: Pruebas psicológicas.
- MFF-20.
- Paradigma Dot-Probe.
- Prueba de aptitud para lenguas extranjeras MLAT-ES.
- Prueba de empleo.
- South Oaks Gambling Screen.
- Tarea de selección de Wason.
- TEA Ediciones.
- Teoría clásica de los tests.
- Teoría de los tests.
- Test de Apercepción Temática (T.A.T).
- Test de Bender.
- Test de Brazelton.
- Test de Lüscher.
- Test de Romberg.
- Test de Rorschach.
- Test IAR.
- Test psicológico.
- Test Wonderlic.
- Ventana de Johari.
- Escala Wechsler de Inteligencia para Adultos.
- Escala Wechsler de Inteligencia para Niños (WISC).
- Enlaces:  <https://es.wikipedia.org/wiki/Special:CentralAutoLogin/start?type=1x1>
Obtenido de
«https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Categoría:Tests_psicológicos&oldid=65835858
»

Categorías: Psicología; Exámenes y pruebas; Pruebas Psicológicas; Test Personalidad.

-20.1.2.1.2)- Test Proyectivos.

- Inscritos dentro de la corriente dinámica de la Psicología, parten de una hipótesis que pone a prueba la individualidad de la respuesta de cada persona, para así presumir rasgos de su personalidad, donde la actividad proyectiva puede ser gráfica : Bender, DFH Machover, Koppitz, HTP; o narrativa : T.A.T, Symonds, CAT, Rorschach; y su uso suele ser más en el ámbito clínico, forense e infantil.

-20.1.2.1.2.1)- Clasificación.

-Se clasifican en 6 grupos, de acuerdo a sus técnicas estructurales. Material visual de poca estructuración, que el examinado ha de organizar, diciendo lo que ve o aquello a lo que se puede parecer, estando entre los más destacados a los siguientes:

-20.1.2.1.2.1.1)- Test de Rorschach.

-De Wikipedia, la enciclopedia libre), véase Rorschach (desambiguación).

-20.1.2.1.2.1.1.1)- Generalidades.

-Constituido por diez láminas con manchas de tinta, susceptibles de diversas interpretaciones. Su autor fueron H. Rorschach y H. Zulliger.

.Es de administración: Individual. Su duración es Flexible. Se aplica a Jóvenes y adultos.

-Significación: Evaluación de diversos aspectos de la personalidad profunda.

-Material: 10 láminas.



-La primera de las diez láminas del test de Rorschach.

-El test de Rorschach [rrór-shaj] es una técnica y método proyectivo de psicodiagnóstico, creado por Hermann Rorschach : 1884-1922. Se publicó por primera vez en 1921, y alcanzó una amplia difusión no sólo entre la comunidad psicoanalítica, sino en la comunidad en general.

-El test se utiliza principalmente para evaluar la personalidad, consistiendo en una serie de 10 láminas que presentan manchas de tinta, las cuales se caracterizan por su ambigüedad y falta de estructuración. Las imágenes tienen una simetría bilateral, que proviene de la forma en que originalmente se construyeron: doblando una hoja de papel por la mitad, con una mancha de tinta en medio. Al volver a desplegarlas, H. Rorschach fue encontrando preceptos muy sugerentes, que daban lugar, por su carácter no figurativo, a múltiples respuestas. El psicólogo pide al sujeto, que diga qué podrían ser las imágenes que ve en las manchas, como cuando uno identifica cosas en las nubes o en las brasas. A partir de sus respuestas, el especialista puede establecer o contrastar hipótesis, acerca del funcionamiento psíquico de la persona examinada.

-Es un test proyectivo, pero las distintas escuelas, han propuesto sistemas de cuantificación de las respuestas, mediante la creación de listas de categorías, sobre lo que el sujeto dice: que ve, cómo lo ve, en qué sitio de la lámina, etc.

.Entre 1935 y finales de los años 1950, se desarrollaron cinco intentos de cuantificación de las respuestas.

.Los máximos exponentes de estos intentos fueron: Beck, Klopfer, Hertz, Piotrowski y Rapaport. Este último, le sugirió a John Exner (Jr.), la conveniencia de conocerlos todos, y de

allí, Exner extrajo la idea de reunir toda la información internacional y los distintos sistemas interpretativos en uno solo: así creó el llamado Sistema Comprensivo.

.Mediante una red de "rorschachistas" en todo el mundo, se fue constituyendo una impresionante base de datos de protocolos individuales, que permitió un estudio y reinterpretación de estos, sobre la base de los descubrimientos que se iban haciendo.

.Otra contribución fundamental para el desarrollo científico de la herramienta, fue la creación de un "Resumen Estructural", en el que el psicólogo, una vez codificadas las respuestas obtenidas, vuelca los datos, y obtiene una configuración de la personalidad del sujeto.

-El "Sistema Comprensivo" es el más extendido, y fue aportando datos muy importantes, para la valoración de la personalidad y la detección de estructuras mentales opacas a otros sistemas de estudio de la personalidad.

.Para poner un ejemplo, es la única prueba que proporciona datos sobre la ideación autolítica, aun cuando el sujeto no mencione nada al respecto.

-Es por ello por lo que se le considera una de las pruebas más completas . Pero su mayor logro, es la amplia difusión que posee, ya que a partir de ella, existe una amplia cantidad de investigaciones y casuística . El material actual disponible es inmenso.

-Junto con el MMPI, es uno de los test psicológicos, más ampliamente difundidos en el ámbito jurídico-forense.

.Índice:

-20.1..2.1.2.1.1)- Test de Rorschach.

-20.1..2.1.2.1.1.1)- Generalidades.

-20.1..2.1.2.1.1.2)- Método.

-20.1.2.1.2.1.1.3)- Controversias.

-20.1..2.1.2.1.1.4)- Argumentos a Favor de la Validez Científica del Test.

-20.1.2.1.2.1.1.5)- Las Diez Láminas del Test de Rorschach.

-20.1..2.1.2.1.1.6) Véase También.

-20.1..2.1.2.1.1.7)- Referencias.

-20.1.2.1.2.1.1.8)- Bibliografía Complementaria.

-20.1..2.1.2.1.1.9)- Enlaces Externos.

-20.1.2.1.2.1.1.2)- Método.

-El test de Rorschach consta de diez láminas, compuestas por manchas de tinta sobre un fondo blanco. De estas láminas, cinco son acromáticas, es decir, en blanco y negro, y las otras cinco son cromáticas, de las cuales dos son bicolors (rojo y negro) y otras tres son multicolor (rojos, verdes, azules, etc).[1] .

.Estas láminas poseen una morfología vaga, por lo que resultan especialmente sugerentes.

.Las láminas son presentadas de manera sucesiva a un sujeto, preguntándole lo que ve en ellas y cómo y dónde manifiesta lo observado.

.El análisis del test, está basado en las respuestas que da el individuo.

-Algunos de los criterios usados para evaluar las respuestas son:

.Tiempo de latencia. Cuánto se demora el individuo en dar la primera respuesta a cada lámina.

.Posición. Cómo lo ve respecto de la posición de la lámina: en la posición estándar, con 90º o 180º de rotación.

.Localización. Dónde lo ve: en la mancha completa, en un detalle, en un espacio en blanco.

.Forma. Cómo es la calidad de lo percibido: rica en detalles, forma bien definida, forma vaga, etcétera.

.Movimiento. Si lo percibido parece estar en movimiento o siendo movido por alguna fuerza.

.Color. Si refiere al color de lo percibido. Si con ello justifica profundidad, perspectiva, sombras, texturas, etcétera.

.Categoría. Qué es lo que ve: una forma humana, animal, objeto o sus derivados. Otras categorías suelen considerarse aparte, tales como paisajes o respuestas de carácter sexual.

-Varios caminos han tenido un desarrollo independiente. Los de mayor desarrollo y difusión fueron los de Klopfer y Rapaport; también alcanzaron un importante desarrollo las lecturas de Beck, Hertz y Piotrowsky entre otros. El nombre de John Exner merece una mención particular, integró las cinco principales corrientes en un único "Sistema Comprehensivo", y es en la actualidad, la corriente de mayor desarrollo, difusión, utilización y expansión en el mundo. A diferencia de los anteriores, posee un enfoque menos complicado en sus lecturas y desarrollos diagnósticos. Se presenta a sí mismo, como un medio y no un fin, por lo que se promociona como un test para ser utilizado en diferentes ámbitos, y por diferentes lecturas teóricas.

-20.1..2.1.2.1.1.3)- Controversias.

-Las controversias que arrastra este método psicológico son varias: una proviene de su mala utilización, ya que el método de Rorschach, fue muy utilizado por psicólogos, sin una óptima preparación; y la otra, también la más difundida, es que este método, no está científicamente comprobado, al carecer de verdadero rigor científico.[2] [3].

-20.1..2.1.2.1.1.4)- Argumentos a Favor de la Validez Científica del Test.

-La solidez a nivel de rigor científico, está sustentada en la innumerable cantidad de estudios científicos realizados. La sociedad internacional de Rorschach y sus extensiones dentro de cada país, se encargan de promover que este valioso instrumento clínico, cuente con parámetros psicométricos óptimos.

-A favor de las pruebas proyectivas se responde, que esta controversia, proviene de la ignorancia de las leyes, que acompañan a todos los paradigmas en ciencias humanas y sociales.

.En este caso, las diferencias entre lo que los sujetos ven (proyectan) en la láminas, es precisamente, lo esperable. En cambio, se pueden establecer categorías de pertenencia de los preceptos encontrados por cada sujeto explorado.

.Así el "sistema comprehensivo" se expresa a través de un "resumen estructural" de cada exploración, donde se asignan valores a las variables previamente establecidas, en función de las categorías. Por poner un ejemplo, en el "resumen estructural" se puede codificar las respuestas, de forma de saber la manera de resolución de problemas del sujeto estudiado, independientemente de las figuras, que diga haber visto.

.Otra forma de estudiar sus respuestas, incluye datos diversos, que combinados, pueden alertar de un riesgo de suicidio del sujeto en cuestión, aunque durante la exploración no haya dicho absolutamente nada al respecto.

-20.1..2.1.2.1.1.5)- Las Diez Láminas del Test de Rorschach.



Lámina 1



Lámina 2



Lámina 3



Lámina 4



Lámina 5



Lámina 6



Lámina 7



Lámina 8



Lámina 9



Lámina 10.

-20.1..2.1.2.1.1.6)- Véase También.

.Hermann Rorschach.

.Test psicológico.

.Pareidolia.

.Las musas de Rorschach.

.Test de Apercepción Temática.

.Test de Zülliger.

-20.1..2.1.2.1.1.7)- Referencias.

.Volver arriba ↑ Moreno Rosset, Cármen. Evaluación Psicológica. Sanz y Torres. p. 335.

|fechaacceso= requiere |url= (ayuda)

.Volver arriba ↑ Nezworski, Teresa. What's Wrong with the Rorschach? Science Confronts the Controversial Inkblot Test. Sanz y Torres. p. 5. |fechaacceso= requiere |url= (ayuda)

.Volver arriba ↑ Giving up Cherished Ideas: The Rorschach Ink Blot Test

-20.1.2.1.2.1.1.8)- Bibliografía Complementaria.

- Bohm, Ewald (1998). Manual del psicodiagnóstico de Rorschach. Morata. ISBN 978-84-7112-112-7.

- Exner, John E. (2007). Manual de codificación del Rorschach para el sistema comprensivo. Madrid: Psimática. ISBN 978-84-88909-24-4.

- (2005). Principios de interpretación del Rorschach: un manual para el sistema comprensivo. Madrid: Psimática. ISBN 978-84-88909-13-8.

-Sendin Bande, Concepción (2007). Manual de interpretación del Rorschach. Madrid: Psimática. ISBN 978-84-88909-15-2.

-James M. Wood, Teresa Nezworski, Scott O. Lilienfeld, Howard N. Garb (2003). What's Wrong with the Rorschach? Science Confronts the Controversial Inkblot Test. Jossey-Bass. ISBN 978-07-87960-56-8.

-  - 2017. - Barmaimon, Enrique. 2017. Libro Con Ciencias de la Salud. 4 Tomos:

-Tomo I : Índice; Introducción: Técnica, Protocolos, Tecnología, Metodología, Test Estandarizados, Caso Clínico; PARTE I: Generalidades: Ciencias, Filosofía, Atención Primaria de Salud, Ciencias de la Salud, Psicología, Otras Especialidades, Ciencias Sociales. -PARTE II: Medicina; PARTE III: Psicología.

-Tomo II : PARTE IV: 38 Especialidades Médicas, Bibliografía.

-Tomo III: PARTE V: 20 Especialidades Psicológicas;

-Tomo IV: PARTE VI: 12 Especialidades de Ciencias de la Salud; PARTE VII: Especialidades de Ciencias Sociales Relacionadas: 9 con Interacción Social, 3 con Sistema Cognitivo Humano, y 8 con Evolución Sociedades ; PARTE VIII: Bibliografía; Curricula Prof. Dr. Enrique Barmaimon.

. 1ª Ed. Virtual. Montevideo, Uruguay. BVS.SMU.(<http://www.bvssmu.org.uy/>). (libros); (barmaimon).(OR).(buscar);(Elegir libro entre 41 : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra).

-20.1.2.1.2.1.1.9)- Enlaces Externos.

 Wikimedia Commons alberga contenido multimedia sobre Test de Rorschach. Commons
ISR The International Society of the Rorschach and Projective Methods.

 width="1" height="1" style="border: none; position: absolute;"/>

Obtenido de :

«https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Test_de_Rorschach&oldid=85466697»

Categorías: Psicoanálisis; Tests psicológicos.

-Esta página fue modificada por última vez el 30 septiembre del 2015 a las 01:05.

-20.1.2.1.2.1.2)- Test de Holtzman.

.Técnica de manchas de tinta de Holtzman. Se utilizan dos series paralelas de 15 tarjetas cada una, al examinado se le permite sólo una respuesta para cada diseño, y la puntuación es predominantemente más objetiva que subjetiva. Autor: Wayne H. Holtzman.

-20.1.2.1.2.1.3)- Técnicas Temáticas.

-Material visual con varios grados de estructuración formal de contenido humano, con el cual el examinado deberá narrar una historia.

.Test de percepción temática : CAT : CAT-H y CAT-A: Se utilizan tarjetas con dibujos, que evocan fantasías relacionadas con problemas de alimentación y otras actividades orales, como: la relación con los padres y hermanos, el entrenamiento de intereses y la agresión verbal.

.Se aplica a niños de 3 a 10 años de edad.

.Autor: H. A Murray y L. Bellak^[SEP]. Administración: Individual^[SEP].

.Duración: Flexible^[SEP]. Aplicación: Niños y adultos. .Materiales: Láminas.

.Significación: Evaluación a diversos aspectos de la personalidad : impulsos, emociones, sentimientos, complejos, etc.^[SEP].

-Test de Rosenzweig de Imágenes Frustrantes: Presenta una serie de caricaturas en las que una persona frustra a otra. En un espacio en blanco, el individuo escribe lo que la persona frustrada podría contestar, las respuestas se clasifican de acuerdo con el tipo y la dirección. Se encuentra en formatos para adultos, adolescentes y niños.

-20.1.2.1.2.1.4)- Técnicas Expresivas.

-Se indica al examinado, que describa verbalmente o dibuje una o varias figuras:

-Test de la Figura Humana de Karen Machover: El dibujo de la figura humana sirve como vehículo hacia aspectos de la personalidad del sujeto en relación a su auto concepto y a su imagen corporal. Aceptación o no de su etapa vital, Identificación y asunción del propio sexo y El grado de estabilidad y dominio de sí mismo. Autor: Karen Machover^[SEP].

Administración: Individual. .Duración: Flexible^[SEP]. Aplicación: Jóvenes y adultos.

Significación: Proyectan toda una gama de rasgos significativos y útiles^[SEP].

Material: Papel, lápiz.

-Test del Dibujo de la Familia: Con ella se pueden conocer las dificultades de adaptación al medio familiar, incluidos los conflictos de rivalidad fraterna. En esta prueba se ponen en evidencia, de manera más resaltada, los aspectos emocionales. .Autor: J. M. Lluís.

.Administración: Individual^[SEP]. Duración: Variable^[SEP]. Aplicación: A partir de los 5 años^[SEP].

.Significación: de la afectividad infantil que facilita la exploración de las vivencias conflictivas del niño.^[SEP]. Material: Papel y lápiz.

-El Test del Árbol : Es un test donde los contenidos que se analizan son: el tronco, la copa, las ramas, el suelo y otros elementos accesorios, que a veces aparecen, teniendo como finalidad identificar problemas de adaptación, en diversos rasgos de personalidad.

.Autor: R. Stora. .Administración: Individual. .Duración: Libre. .Aplicación: A partir de 5 años.

.Significación: Apreciación proyectiva de problemas de evolución y adaptación.

-Test H-T-P : casa, árbol y persona: . Con la elaboración de estos tres dibujos se pretende obtener una autoimagen del examinado, así como sus mecanismos de defensa, su situación familiar y un concepto más profundo del Yo del examinado.

.Autor: John N. Buck y W.L. Warren^[SEP]. .Administración: Individual^[SEP].

.Duración: Entre 30 y 90 minutos. .Aplicación: Niños, adolescentes y adultos.

.Significación: Evaluación de las funciones del ego, conflictos de personalidad, autoimagen, percepción familiar.^[SEP] .Material: El Manual.

-20.1.2.1.2.1.5)- Técnicas Constructivas. Material específico y concreto, que el examinado ha de organizar partiendo de varias consignas.

-Test del Pueblo: El examinado deberá organizar una serie de piezas en una estructura determinada que le sea asignada.

-20.1.2.1.2.1.6)- Técnicas Asociativas.

- Se indica al examinado que indique verbalmente sus asociaciones ante palabras, frases o breves historias:

-Las Fábulas de Düss. Su plataforma es el psicoanálisis, y tiene como objetivo detectar las estructuras ocultas e inconscientes que explican conductas anormales manifiestas.

.Autor: L. Düss. .Administración: Individual. .Duración: No tienen tiempo prefijado.

.Aplicación: A partir de los 3 años. .Significación: Diagnóstico de complejos inconscientes y conflictos de comportamiento. .Material: Cartillas y hoja de anotación.

20.1.2.1.2.2)- Test Estandarizado.

-(De Wikipedia, la enciclopedia libre).

-Un test estandarizado es una prueba que ha sido normalizada o normatizada; es decir que ésta ha sido probada en una población con distribución normal, para la característica a estudiar, ya sea el cociente intelectual, un ensayo químico como la determinación de la glucosa en la sangre, conocimientos de historia, etcétera; puesto que un test estandarizado, es una herramienta empleada por diversas áreas de estudio, como algunas que pertenecen por ejemplo a las ciencias de la salud.

-En el proceso de estandarización, se determinan las normas para su aplicación e interpretación de resultados, es así, que para la aplicación de una prueba debe hacerse bajo ciertas condiciones, las cuales deben cumplir, tanto quienes la aplican, como a quienes se les aplica.

-Esta estandarización persigue que los resultados sean útiles para la toma de decisiones, si se realiza una prueba para decidir si una persona es o no, aceptada en determinada disciplina, la prueba debe garantizar lo mejor posible, que aquellos que se aceptan llenan los requisitos requeridos; y aquellos que se rechazan, verdaderamente no los cumplen.

-Para que una prueba sea aplicable a nivel poblacional, debe cumplir ciertos requisitos:

.Validez: Una prueba es válida cuando mide lo que se quiere medir, una prueba de conocimientos, por ejemplo, debe discernir, con un pequeño margen de error, entre los que saben y los que no.

.Fiabilidad: Al aplicarse varias veces, la prueba reproduce resultados similares. Interviene en ésta, el instrumento aplicado : un aparato de análisis de sangre, un cuestionario, una prueba psicológica, etc., donde éste debe producir resultados similares, cuando se aplica en los mismos individuos, bajo las mismas condiciones, independientemente del observador que lo administre.

.Exactitud: El resultado es el más cercano al valor real. Si una persona tiene 80 mg/dL de glucosa en sangre, esperamos que la prueba reproduzca valores muy cercanas a este valor. Sería inadmisibles, que reportara 50 mg/dL ó 105 mg/dL. La exactitud se refiere a la fineza del instrumento, así un cronómetro será más exacto que un reloj de pulsera. Dicho de otra manera, la exactitud es una medida de la calidad de calibración del instrumento, respecto de patrones de medida aceptados internacionalmente. Se incluye aquí la sensibilidad y especificidad.

-El término test estandarizado es principalmente un anglicismo, nacido de test = prueba, y del francés antiguo estendart, llevado al inglés standard.

-Véase También:

.Test

.Análisis

.Medición

.Método de ensayo

.Control de calidad

.Evaluación de los procesos de medición

-Enlaces: Obtenido de «https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Test_estandarizado&oldid=85952789»

-Categorías:

.Metrología.

.Exámenes y pruebas.

.Metodología.

-Esta página fue modificada por última vez el 19 octubre del 2016, a las 22:11.

-20.1.2.2)- Clasificación por Niveles.

-Tradicionalmente el uso de los test, está reservado para los psicólogos, y la mayoría de las legislaciones nacionales e internacionales, con respecto al ejercicio de la Psicología, lo contemplan de esta manera, no obstante existe una clasificación dirigida a regular este particular:

-Test de Nivel I: Pueden ser aplicados, corregidos y administrados por profesionales no psicólogos, luego del entrenamiento debido, por parte de un psicólogo: educadores, psicopedagogos, médicos, etc.; quizás el exponente más obvio de los Test Nivel I, son las pruebas y exámenes de evaluación de conocimientos, y de selección e ingreso a instituciones educativas.

-Test de Nivel II: Pueden ser aplicados por profesionales no psicólogos, pero su corrección e interpretación debe ser realizada por un psicólogo, como por ejemplo los dibujos de la figura humana, y de la familia, que realizan los niños en su cotidianidad dentro de la escuela.

-Test de Nivel III: Son de la exclusiva administración, corrección e interpretación de un psicólogo capacitado, suelen ser los test más relevantes y complejos de su área, así como los

de más difícil interpretación y análisis, entre ellos, se encuentran: las Escalas de Wechsler : WAIS, WISC y WPPSI; el Test de Bender; el MMPI 2 y A, el T.A.T.; el Rorschach; y las baterías neuropsicológicas : Luria, Halstead-Reitan, K-ABC, etc..

-20.2.)- Áreas de Aplicación.

-El uso de test para la evaluación, puede ser de diversos tipos, así encontramos, que existen test meramente clínicos, así como otros, que si bien pueden ser usados clínicamente, también se aplican en otros contextos psicológicos, como: la selección de personal, la orientación vocacional y la investigación pura y aplicada; así la evaluación psicológica por medio de test, no se limita a la corrección impersonal de los resultados, sino que exige del psicólogo, una debida integración de todos sus conocimientos, y una suficiente aptitud y actitud profesional, para elaborar a partir de los resultados, un perfil válido, sustentable y coherente, con respecto al funcionamiento de una persona en determinada área; así cómo, sacar el mayor provecho posible de cada prueba, para realizar de forma eficaz y eficiente la labor que es de su competencia.

.Entre las de las áreas de aplicación se encuentran:

.Psicología clínica: Quizás la más popularmente relacionada con el uso de los test, ya sea para la práctica privada o institucional, los test le permiten al clínico tener una mayor cantidad de información del individuo en un menor tiempo, así como acceder a elementos difícilmente alcanzables por otros métodos, así como también, proporcionan un paneo con respecto a la forma de funcionamiento predominante en el paciente en determinadas áreas, lo que contribuye tanto al proceso de diagnóstico y despistaje, como al momento de planificar determinada intervención, remisión a otros profesionales, o incluso al inicio de un proceso de psicoterapia.

.Psicología Educativa y Orientación Vocacional: En esta área permite evaluar de una forma estandarizada, relativamente sencilla y muy enriquecedora, los procesos de niños, adolescentes o adultos, relacionados con el aprendizaje y las posibles dificultades que se puedan presentar en éste, también es fundamental en las asesorías de elección vocacional, pues permiten visualizar las capacidades, aptitudes y preferencias, que la persona posee, pero que realmente no es capaz aún de identificar y de elaborar por sí mismo.

.Psicología Organizacional y Laboral: Al igual que en las áreas anteriores, permite acceder a una gran cantidad de información en un tiempo mínimo, permite despistar trastornos mentales mayores, identificar actitudes, potencialidades y debilidades, y aplicar este perfil en el proceso de selección de personal, para un cargo determinado. Además también es usado para calificación de personal.

-20.3)- Relación de Tests Psicológicos:

-Comprende:

- .Clasificador de Temperamento Keirsey.
- .Cociente de Espectro Autista.
- .Conners' Performance Test II.
- .Construcción de tests.
- .Cuestionario PVPE.
- .Escala Bayley.
- .Escala F (test psicológico).
- .Escala de Conners.
- .Indicador Myers-Briggs.
- .Inventario de Depresión de Beck.
- .Inventario de personalidades de Eysenck.
- .Inventario del Desarrollo Battelle.

- .Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota.
- .Juego de azar de Iowa.
- .MFF-20.
- .Paradigma Dot-Probe.
- .Prueba de aptitud para lenguas extranjeras MLAT-ES.
- .Prueba de empleo.
- .Pruebas psicométricas estandarizadas .
- .South Oaks Gambling Screen.
- .Tarea de selección de Wason.
- .TEA Ediciones.
- .Teoría clásica de los tests.
- .Test atención d2.
- .Tests cognitivos.
- .Teoría de los tests
- .Test de Apercepción Temática (T.A.T).
- .Test de Bender.
- .Test de Brazelton.
- .Test de Lüscher.
- .Tests de Personalidad.
- .Test de Romberg.
- .Test de Rorschach.
- .Test IAR.
- .Test psicológico.
- .Test Wonderlic.
- .Tipos MBTI .
- .Ventana de Johari.
- .Escala Wechsler de Inteligencia para Adultos.
- .Escala Wechsler de Inteligencia para Niños (WISC).
- Enlaces:
- Obtenido de :
«https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Categoría:Tests_psicológicos&oldid=65835858»
- Categorías:
- .Psicología.
- .Exámenes y pruebas.
- .Pruebas Psicológicas.
- .Test Personalidad.
- 20.4)- Exámenes y Pruebas.
- (De Wikipedia, la enciclopedia libre).

- Examen (evaluación estudiantil); Exámenes y pruebas. Commons -Comprende:
Certificado General de Educación Secundaria (GCSE) (Reino Unido).
DEMRE.
Escala de Apgar.
Escala de Valoración Clínico Geriátrica Sandoz (SCAG).
Examen (evaluación estudiantil).
Examen de acceso a la universidad.
Examen de Estado Unificado.
Examen genético.

Examen ICFES.

Examen MIR.

Examen Nacional de Aspirantes a Residencias Médicas.

General Educational Development Test.

Graduate Management Admission Test.

IGCSE.

Informe PISA.

Oposición (examen).

Pregunta de opción múltiple.

Prueba de Aptitud Académica.

Prueba de Selección Universitaria.

Prueba genealógica de ADN.

Resultados en España por CCAA.

SAT Reasoning Test.

Selectividad (examen).

Sistema de examen imperial chino.

Sistema de Ingreso a la Educación Superior.

Sistema de Medición de la Calidad de la Educación.

Test.

Test de inteligencia.

Test estandarizado.

TOEFL.

USMLE.

► Certificaciones profesionales .

► Certificación de idiomas .

► Competiciones académicas .

-Enlaces externos:Contraste de hipótesis . Obtenido de

«https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Categoría:Exámenes_y_pruebas&oldid=65767335»

.Categorías: Educación; Evaluación.

-20.5)- Diagnóstico Médico. - Diagnósticos en medicina .

-En medicina, el diagnóstico es el procedimiento con el que se identifica una enfermedad:

Métodos diagnósticos en medicina .

► Semiología clínica .

► Síntomas .

► Trastornos mentales.

-Son:

Adenitis.

Alfa 1-antitripsina.

Amniocentesis.

Análisis clínico.

Angiocardiógrafía.

Angiografía con fluoresceína de la retina.

Angiografía.

Angiografía con fluoresceína.

Angiografía por tomografía computarizada.

Anticuerpos anticardiolipinas.

Artefacto (error de observación).

Artroscopia.

Auscultación.

Autoexploración mamaria.

Automedida de la presión arterial (AMPA).

Biología celular.

Biopsia.

Broncoscopia.

Broncoscopia flexible diagnóstica.

Capnografía.

Carga viral.

Cartografía de la actividad electroencefalográfica.

Cateterismo.

Cateterismo cardíaco.

Cateterismo cardíaco derecho.

Cefalometría.

Cineangiocoronariografía.

Cistoscopia.

Cociente de Espectro Autista.

Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica.

Colonoscopia.

Colposcopia.

Colposcopio.

Contraste radiológico.

Coordimetría.

Cooximetría.

Coronariografía.

Criterios de McDonald.

CURB-65.

Densidad mineral ósea.

Densitometría ósea.

Diagnóstico de la enfermedad celíaca.

Diagnóstico del cáncer de mama.

Diagnóstico del cáncer de próstata.

Diagnóstico del cáncer de pulmón.

Diagnóstico genético preimplantacional.

Diagnóstico virológico.

Dímero-D.

Ecocardiograma.

Efecto booster.

Efecto cascada.

Electrorretinografía.

Electrovestibulografía.

Endoscopia.

Endoscopia digestiva.

Enema opaco.

Entrevista clínica.

Ergometría.

ESalud.

Escala Child-Pugh.
Escala de Apgar.
Escala de Coma de Glasgow.
Escala de Valoración Clínico Geriátrica de Sandoz (SCAG).
Esofagogastroduodenoscopia.
Esofagograma.
Espermiograma.
Espinograma.
Espirometría.
Espujo.
Espéculo (medicina).
Estadificación.
Estereología.
Examen genético.
Experimentación.
Exploración complementaria.
Exploración física.
Exudado faríngeo.
Fibroscopio.
Fondo de ojo.
Galactografía.
Gammagrafía.
Gasometría arterial.
Guayaco (prueba médica).
Hemocultivo.
Histeroscopia.
Identificación bacteriana.
Idiopático.
Imagen por resonancia magnética.
Imagen por resonancia magnética funcional.
Incertidumbre médica.
Índice tobillo-brazo.
Índice de líquido amniótico.
Inmunoelectroforesis.
Inmunoensayo.
Inmunoensayo de polarización fluorescente.
Inspección (medicina).
Juicio clínico.
Laboratorio clínico.
Lanugo.
Linfografía.
Linfoma de células T.
MAPA.
Medio de contraste.
Mini-mental state examination.
Monitor Holter.
Reflejo de Moro.
Motivo de consulta médica.
Muestra de vellosidades coriónicas.
Método clínico.

Método de Fowler.
Nefelometría.
Neumoencefalografía.
Neumooncografía.
Neumoquistografía.
Palpación.
Penescopía.
Percusión (medicina).
Perfil biofísico fetal.
Perfil lipídico.
Perfil TORCH.
Peso al nacer.
PET.
Polisomnografía.
Problema de salud.
Pronóstico (medicina).
Propedéutica.
Proteína de Bence Jones.
Prueba de Bruckner.
Prueba de compresión de Apley.
Prueba de la mesa inclinada.
Prueba de la supresión de la dexametasona.
Prueba de Lachman.
Prueba de Montenegro.
Prueba de Papanicolaou.
Prueba de productos.
Prueba de Schellong.
Prueba de Schick.
Prueba de Schiller.
Prueba de Schilling.
Prueba de Silverman y Anderson.
Prueba de software.
Prueba de Turing.
Prueba del cajón.
Prueba genealógica de ADN.
Pruebas nucleares.
Pruebas químicas.
Pulsioximetría.
Pulso.
Pulso de Corrigan.
Punto de McBurney.
Radiografía.
Reconocimiento médico.
Reflejo de marcha automática.
Reflejo de prensión.
Reflejo de succión.
Signo de Rovsing.
Sitio/estado.
Sobrediagnóstico.
Tacto rectal.

Técnica de Schiff.
Telepatología.
Test de Apgar.
Test de Ballard.
Test de Graham.
Test de Lancaster.
Test de Mantoux.
Test de Schirmer.
Test de sobrecarga hídrica.
Test de Usher.
Tinción de Feulgen.
Tinción de Giemsa.
Tomografía.
Tomografía computarizada de emisión monofotónica.
Translucencia nual.
Troponina.
Valor pronóstico del oncogén K-ras en el cáncer colorrectal.
Valores predictivos.
VDRL.
Velocidad de sedimentación globular.
Video-oculografía.
-Enlaces externos:
<imgsrc="//es.wikipedia.org/wiki/Special:CentralAutoLogin/start?type=1x1" alt="" title="" width="1" height="1" style="border: none; position: absolute;" />Obtenido de
«https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Categoría:Diagnósticos_en_medicina&oldid=65401859»
Categorías:
Medicina.
Tecnologías sanitarias.
Exámenes y pruebas.
Esta página fue modificada por última vez el 18 mar 2013 a las 08:30.

-20.6)- Pruebas Psicológicas.

(De Wikipedia, la enciclopedia libre).

-La siguiente lista presenta algunas de los test psicológicos y psicométricos más utilizados en distintas áreas como: inteligencia, personalidad o aptitudes; la mayoría de ellas se implementan tanto en el área clínica como en Recursos Humanos:

Tests Personalidad.

Test de Afasia de Bostón.

Test de Allport (valores).

Test de Apercepción Temática (personalidad).

Pruebas psicológicas para adolescente.

Cleaver (patrones de conducta).

Conners' Performance Test II (atención).

Test de Barsit.

Inventario del Desarrollo Battelle.

Escala Bayley.

Beta III.

Inventario de Depresión de Beck.

Test de Bender.

Test de Brazelton.
Test de atención d2.
DISC (Comportamiento).
Test de Dominós.
Test de Emparejamiento de Figuras Familiares.
Inventario de personalidades de Eysenck.
Test de la Figura Humana de Machover (personalidad).
Test de Frases Incompletas de Sacks (personalidad).
Test HTP de personalidad.
Iowa gambling task.
IPV (Inventario para vendedores).
pruebas psicológicas para infantes.
Test de inteligencia.
Test breve de inteligencia de Kaufman (K-BIT).
Test Kostick (Personalidad).
Test Kolb (Estilo de Aprendizaje).
Test psicométrico de Lüscher.
Test de Matrices Progresivas (Raven).
MFF-20.
Indicador Myers-Briggs.
Inventario Multifásico de Personalidad Minnesota (MMPI).
Prueba de aptitud para lenguas extranjeras MLAT-ES.
pruebas de personalidad.
Otis sencillo (inteligencia).
Otis Gamma.
Test de Raven (inteligencia).
Test de Rorschach.
Test TRF (inteligencia).
Escala Wechsler de Inteligencia para Adultos o WAIS (inteligencia).
Escala Wechsler de Inteligencia para Niños (WISC) (inteligencia).
Test de Wartegg (personalidad).
Test Wonderlic (inteligencia).
Test de Zivic, test psicométrico usado por empresas de recursos humanos que evalúa valores e intereses.
-Enlaces: Obtenido de «https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Anexo:Pruebas_psicológicas&oldid=86572505»
Categoría: Tests psicológicos.
Esta página fue modificada por última vez el 7 nov 2015 a las 08:17.

-20.7)- Evaluación Psicológica
-(De Wikipedia, la enciclopedia libre).

-Una evaluación psicológica es una evaluación efectuada por un profesional de la salud mental, como puede ser un psicólogo para determinar el estado de la salud mental de una persona.
Una evaluación psicológica puede tener como resultado un diagnóstico de una enfermedad mental. Es el equivalente mental de un examen físico.

-Esta evaluación generalmente incluye una entrevista preliminar y la aplicación de tests: Test de Rorschach, Test de Apercepción Temática (T.A.T), tests de inteligencia (cociente intelectual), etc. También puede incluir pruebas neuropsicológicas, para evaluar, establecer, localizar y medir alguna irregularidad psico-orgánica. El examen psicológico no es un proceso terapéutico en sí mismo, sino que pretende precisar un diagnóstico, indicar un tratamiento, una psicoterapia o una reeducación neuropsicológica. También puede ser parte de un peritaje de seguros o judicial, sea civil o penal. La evaluación concluye con un informe escrito, que deberá poder ser comunicado al paciente quien deberá conocer sus implicancias.

-También es considerada como una disciplina psicológica, que se ocupa del estudio científico del comportamiento, a los niveles de complejidad necesarios de un sujeto con el fin de describir, predecir o explicar una conducta. (según: Fernández Ballesteros, 1999)

-Etapas: Una evaluación psicológica consta de las siguientes etapas:

una entrevista clínica;

la aplicación de batería de test psicológico;

el análisis de los resultados a nivel cualitativo y cuantitativo;

el dictamen del análisis que comprende los aspectos desprendidos, así como su ponderación con los elementos clínicos pertinentes, en el marco del examen;

la conclusión y su comunicación a la persona examinada.

-Situaciones en que se requiere una evaluación psicológica:

.Los empleos sensibles, tales como trabajos de inteligencia o que implican el manejo de información clasificada, pueden tener como requisito una evaluación psicológica, antes de emplear a alguna persona; aunque usualmente es también muy importante, la evaluación de los antecedentes de la persona en cuestión.

.Un tribunal de justicia puede ordenar una evaluación psicológica de un procesado, a fin de determinar su competencia para su enjuiciamiento. Asimismo, cuando se utiliza la condición de insania como defensa, donde usualmente se exige que la parte demandada se someta a una evaluación psicológica que establezca su imputabilidad.

-Bibliografía:

-  - 2017. - Barmaimon, Enrique. 2017. Libro Con Ciencias de la Salud. 4 Tomos:
-Tomo I : Índice; Introducción: Técnica, Protocolos, Tecnología, Metodología, Test Estandarizados, Caso Clínico; PARTE I: Generalidades: Ciencias, Filosofía, Atención Primaria de Salud, Ciencias de la Salud, Psicología, Otras Especialidades, Ciencias Sociales. -PARTE II: Medicina; PARTE III: Psicología.
-Tomo II : PARTE IV: 38 Especialidades Médicas, Bibliografía.
-Tomo III: PARTE V: 20 Especialidades Psicológicas;
-Tomo IV: PARTE VI: 12 Especialidades de Ciencias de la Salud; PARTE VII: Especialidades de Ciencias Sociales Relacionadas: 9 con Interacción Social, 3 con Sistema Cognitivo Humano, y 8 con Evolución Sociedades ; PARTE VIII: Bibliografía; Curricula Prof. Dr. Enrique Barmaimon.
. 1ª Ed. Virtual. Montevideo, Uruguay. BVS.SMU.(<http://www.bvssmu.org.uy/>). (libros); (barmaimon).(OR).(buscar);(Elegir libro entre 41 : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra).

-Colette Duflot (1999). L'expertise psychologique: procédures et méthodes, Dunod, ISBN 210004222X.

-Colette Duflot-Favori (1988). Le psychologue expert en justice, PUF, ISBN 2130414125.

-Jean Bergeret (2003). "La personnalité normale et pathologique" Langue: Éd: Dunod, ISBN 2100030078

-Jean Bergeret (2008). Abrégé de psychologie pathologique, Ed.: Masson; Coll.: Abrégés, ISBN 2294701747

-René Roussillon, C. Chabert, A. Ciccone, A. Ferrant, N. Georgieff, P. Roman (2007). Manuel de psychologie et psychopathologie clinique générale, ISBN 9782294049569
Dana Castro (2006). Pratique de l'examen psychologique en clinique adulte. WAIS-III, MMPI-2, Rorschach, TAT, Dunod, ISBN 2100074555.

-Enlaces externos:

<imgsrc="//es.wikipedia.org/wiki/Special:CentralAutoLogin/start?type=1x1" alt="" title="" width="1" height="1" style="border: none; position: absolute;" />Obtenido de
«https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Evaluación_psicológica&oldid=80908230»

Categorías:

Psicología clínica.

Psiquiatría.

-Esta página fue modificada por última vez el 21 mar 2015 a las 02:11..

-20.8)- Psicometría

-(De Wikipedia, la enciclopedia libre).

-Psicometría (adivinación).

-La psicometría es la disciplina que se encarga del conjunto de métodos, técnicas y teorías implicadas, en medir y cuantificar las variables psicológicas del psiquismo humano.

-Validez y confiabilidad de las mediciones de variables psicológicas:

.La psicometría, engloba la teoría y la construcción de pruebas, test y otros procedimientos de medición válidos y confiables.

. Incluye la elaboración y aplicación de procedimientos estadísticos, que permitan determinar si una prueba o test, es válido o no, para la medición de una variable o conducta psicológica previamente definida.

.Los contenidos de la psicometría se articulan, fundamentalmente, en dos grandes bloques: teoría de los tests, que hace referencia a la construcción, validación y aplicación de los test; y escalamiento, que incluye los métodos para la elaboración de escalas psicofísicas y psicológicas.

.Los conceptos clave de la teoría clásica de los tests son: confiabilidad y validez. Un test es "confiable" si lo mide siempre de igual manera, es decir, si la aplicación del instrumento da medidas estables y consistentes, mientras que es "válido", si mide realmente el atributo que pretende medir;.

.Ambas propiedades, validez y confiabilidad, admiten un tratamiento matemático.

-Véase también:

Fiabilidad

Validez

Anexo:Pruebas psicológicas.

-Referencias: Obtenido de
«<https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Psicometría&oldid=85601825>» .

.Categorías: Tests cognitivos; Psicometría.

-Esta página fue modificada por última vez el 25 noviembre del 2016 a las 18:52.

-El texto está disponible bajo la Licencia Creative Commons Atribución Compartir Igual 3.0; podrían ser aplicables cláusulas adicionales. Léanse los términos de uso para más información.

Wikipedia® es una marca registrada de la Fundación Wikimedia, Inc., una organización sin ánimo de lucro.

0 0 0 0 0 0