

LIBROS ANESTESIA EN UROLOGÍA- TOMO V -

- LIBRO ANESTESIA EN UROLOGÍA -

-AUTOR: Prof. Dr. Enrique Barmaimon.

-

Doctor en Medicina.

Cátedras de Anestesiología

Cuidados Intensivos

Neuroanatomía

Neurofisiología

Psicofisiología

Neuropsicología.

- 6 TOMOS -

- TOMO V -

-AÑO 2017- 1ª Edición Virtual: (15.12.2017)-

- 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-.svb.smu@org.uy.

- email: henribar1@multi.com.uy.; henribar204@gmail.com.

-Montevideo, 15 de diciembre de 2017.

- Biblioteca Virtual de Salud del S. M.U.

- TOMO V -

- TOMO I -

- ÍNDICE-

-PRÓLOGO.

-DEDICATORIA.

-ÍNDICE.

- INTRODUCCIÓN.

- CAPÍTULO I -

1)-HISTORIA DE LA MEDICINA.

-1.1)- [Orígenes De La Medicina](#) .

-1.1.1)-[MEDICINA EN LA PREHISTORIA Y LA PROTOHISTORIA](#).

-1.1.1.1)- [Fuentes](#) .

-1.1.1.1.1)- [Paleopatología](#)

-1.1.1.1.2)- [Etnología](#).

-1.1.1.1.3)- [La Trepanación](#).

-1.1.1.2)- [Medicina, Religión y Folclore](#) .

-1.1.1.2.1)- [Meteoritos](#).

-1.1.1.3)- [Estimaciones De La Esperanza De Vida Media De Los Hombres Prehistóricos](#).

-1.1.1.4)- [Noción De Cuidados Médicos y Nacimiento De La Medicina](#).

-1.1.1.5)- [Cirugía](#) .

-1.1.1.5.1)- [Trepanaciones](#).

-1.1.1.5.2)- [Amputaciones De Los Dedos](#).

-1.1.1.6)- [Véase También](#).

-1.1.1.2)- [Mesopotamia](#).

-1.1.1.3)- [Antiguo Egipto](#).

-1.1.1.4)- [Medicina Hebrea](#).

-1.1.1.5)- [India](#).

-1.1.1.6)- [China](#).

-1.1.1.7)- [América Precolombina](#).

-1.2)- [La Antigüedad Clásica](#) .

-1.2.1)- [Grecia](#).

-1.2.2)- [Roma](#).

-1.2.3)- [Bizancio](#).

-1.3)- [Edad Media](#).

-1.3.1)- [Medicina Árabe](#).

-1.3.2)- [Europa](#).

-1.4)- [Medicina Renacentista](#).

-1.5)- [El Siglo XVII y La Ilustración](#).

-1.6)- [El Siglo XVIII](#).

-1.7)- [El Siglo XIX](#).

-1.8)- [El Siglo XX](#).

-1.8.1)- [Los Principales Avances Médicos en La Historia](#).

-1.8.2)- [MEDICINA BASADA EN LA EVIDENCIA](#).

-1.8.2.1)- [El Término Medicina Basada En La evidencia](#).

-1.8.2.2)- [Origen](#).

-1.8.2.3)- [El Proceso](#).

-1.8.2.4)- [Críticas](#).

-1.8.2.5)- [Véase También](#).

- 1.8.2.6) [Referencias.](#)
- 1.8.2.7)- [Bibliografía.](#)
- 1.8.2.8)- [Enlaces Externos.](#)

- 1.9)- Véase También.
- 1.10)- [Notas y Referencias.](#)
- 1.11)- [Bibliografía.](#)
- 1.12)- [Enlaces Externos.](#)

-CAPÍTULO II -

- 2)- GENERALIDADES.
- 2.1)- Expectativa De Vida.
- 2.2)- Definiciones Del Envejecimiento.
- 2.3)- Teoría Del Envejecimiento.
- 2.4)- Variedades Funcionales De Los Órganos.
- 2.5)- Epidemiología.
- 2.6)- Censos Profesionales.
- 2.7)- LEY Nº 18591 (16 octubre 2009)- Ley Colegiación Médica.

-CAPÍTULO III -

-3)- CARACTERÍSTICAS UROLÓGICAS.

- 3.1 -[Historia](#)
- 3.2) [Áreas](#)
- 3.2.1)- [Andrología.](#)
- 3.2.2)- [Laparatología](#)
- 3.2.2.1)- [Historia.](#)
- 3.2.2.2)- [Indicaciones.](#)
- 3.2.2.3)- [Técnica.](#)
- 3.2.2.4)- [Complicaciones.](#)
- 3.2.2.5)- [Véase También.](#)
- 3.2.2.6)-[Referencias.](#)
- 3.2.2.7)- [Enlaces Externos.](#)
- 3.2.3)- [Oncología urológica](#)
- 3.2.3.1)-[Concepto](#)
- 3.2.3.2) [Subespecialidades](#)
- 3.2.3.3)- [Etiología del Cáncer](#)
- 3.2.3.4)- [Véase también](#)
- 3.2.3.5)- [Referencias](#)
- 3.2.3.6)- [Enlaces externos](#)
- 3.2.4- [Neurourología](#)
- 3.2.5 [Endourología](#)
- 3.2.6)- [Urología Pediátrica o infantil](#)
- 3.2.6.1)- [Historia](#)
- 3.2.6.2)- [Definición de recién nacido o neonato](#)
- 3.2.6.3)- [Clasificación Según Edad Gestacional del Recién Nacido y Clasificación Según el Peso.](#)
- 3.2.6.4)- [Véase También](#)
- 3.2.6.4.1)- [Personajes Relevantes.](#)
- 3.2.6.4.2)- [Instituciones.](#)
- 3.2.6.4.3) [Sociedades Científicas](#)

- 3.2.6.[4.4\)- Publicaciones](#)
- 3.2.6.[4.5\)- Otros](#)
- 3.2.6.[4.6\)- Bibliografía](#)
- 3.2.6.[5\)- Referencias](#)
- 3.2.6.[6\)- Enlaces Externos-](#)
- 3.[2.7\)- UROLOGÍA GERIÁTRICA-](#)
- 3.2.7.[1\)- Campo De Actuación.](#)
- 3.2.7.[2\)- Ejercicio Profesional](#)
- 3.2.7.[3\)- Véase También.](#)
- 3.2.7.[4\)- Referencias.](#)
- 3.2.7.[5\)- Enlaces Externos](#)
- 3.2.7.5.[1\)- Terminología](#)
- 3.2.7.5.1.[1\) Aparato genital masculino](#)
- 3.2.7.5.1.[2\) Aparato genital femenino](#)
- 3.2.7.5.2.)- [Véase también](#)
- 3.2.7.5.3)- [Referencias](#)
- 3.2.7.5.4.)- [Enlaces externos](#)
- 3.[2.8 -Urolitiasis](#)
- 3.2.9)-UROGINECOLOGÍA.
- 3.2.9.1)-[Objetivo](#) .
- .3.2.9.2).[Antecedentes](#) .
- 3.2.9.3)-[Importancia](#) ,
- 3.2.9.4.)-[Patología](#) .
- 3.2.9.5)- [Países](#) .
- 3.2.9.6)-[Referencias](#) .
- 3.2.10)- Vasectomía.
- 3.2.10.1)-[Procedimiento](#) ;
- 3.2.10.2)-[Complicaciones](#) ;
- 3.2.10.3)- [Otras Consideraciones](#),
- 3.2.10.4)- [La Vasectomía Como Método Anticonceptivo.](#)
- 3.2.10.5)- [Véase También](#) .
- 3.2.10.6)- [Referencias](#) .
- 3.2.10.7)- [Enlaces externos](#) .
- 3.[2.11\)- Trasplante Renal.](#)
- 3.2.11.[1\)- Historia.](#)
- 3.2.11.[2\)- Indicaciones.](#)
- 3.2.11.[3\)- Contraindicaciones.](#)
- 3.2.11.[4\)- Fuentes de Riñones](#)
- 3.2.11.[4.1\)- Donantes Vivos.](#)
- 3.2.11.[4.2\)- Donantes fallecidos.](#)
- 3.2.11.[5 \)-Compatibilidad.](#)
- 3.2.11.[6\)- Procedimiento.](#)
- 3.2.11.[7\)- Trasplante de Riñón y Páncreas](#)
- 3.2.11.[8\)- Post operación.](#)
- 3.2.11.[9\)- Complicaciones.](#)
- 3.2.11.[10\)- Pronóstico.](#)
- 3.2.[11.11\)- Requisitos Del Trasplante de Riñón](#)
- 3.2.11.[12\)-Estadísticas del Trasplante de Riñón](#)
- 3.2.11.[13\)- Véase También.](#)
- 3.2.11.[14\)- Referencias](#)
- 3.2.11.[14.1\)- Notas.](#)

-3.2.11.[15\)](#)- [Enlaces Externos](#).

- TOMO II .

-CAPÍTULO IV -

- 4)- CARACTERÍSTICAS ANESTESIOLÓGICAS.

-De Wikipedia, la enciclopedia libre

-4.[1\)](#) [Historia](#)

-4.[2\)](#)- [Tipos De Anestesia](#)

-4.[3](#) [Fármacos Empleados](#)

-4.[4\)](#)- [Intraoperatorio](#)

-4.[4.1\)](#)- [Despertar Intraoperatorio](#)

-4.5)- [Postoperatorio](#).

-4.[6 \)](#)- [Véase También](#).

-4.[7\)](#)- [Referencias](#).

-4.[8\)](#)- [Bibliografía](#)

-4.[9 \)](#)- [Enlaces externos](#).

-TOMO II -

.CAPÍTULO V-

-5)- CARACTERÍSTICAS DE COAGULACIÓN.

-5.[1\)](#)- [Fisiología](#)

-5.[1.1\)](#)- [Activación Plaquetaria](#).

-5.[1.2\)](#)- [La Cascada De Coagulación](#) .

-5.1.[2.1\)](#)- [Mecanismo Básico](#).

-5.1.[2.2 \)](#)-[Etapas De La Cascada De Coagulación](#)

-5.[1.2.3\)](#)- [Vía del Factor tTsular \(Extrínseca\)](#)

-5.1.[2.4\)](#)-[Vía de Activación Por Contacto \(Intrínseca\)](#)

-5.[1.2.5\)](#)- [Vía Final Común](#).

-5.[1.3\)](#)- [Cofactores](#).

-5.1.[4\)](#)- [Reguladores](#)-

-5.[1.5\)](#)- [Fibrinólisis](#).

-5.[1.6\)](#)- [Papel en el Sistema Inmune](#)

-5.[2\)](#)- [Evaluación](#)

-5.[3\)](#)- [Papel En La Enfermedad](#).

-5.3.[1\)](#)- [Desórdenes Plaquetarios](#).

-5.[3.2\)](#)- [Enfermedades e Importancia Clínica de la Trombosis](#).

-5.[4\)](#)- [Farmacología](#) .

-5.[4.1\)](#)- [Procoagulantes](#).

-5.[4.2\)](#)- [Anticoagulantes](#)

-5.[4.2.1](#) [Anticoagulantes para uso *in vitro*](#)

[5-5\) Factores de Coagulación](#)

-5.[6\)](#)-[Historia](#) .

-5.[6.1\)](#)- [Descubrimientos Iniciales](#)

-5.6.[2\)](#)- [Descubrimiento de los factores de coagulación](#)

-5.7)- [Nomenclatura](#).

-5.[8\)](#)- [Véase también](#)

-5.9)- [Bibliografía](#)

-5.[10\)](#)- [Referencias](#)

-5.11)- [Lecturas adicionales](#)

-5.[12\)](#)- [Enlaces esxternos](#)

-5.[12.1\)- Estructuras Tridimensionales.](#)

-TOMO II -

-CAPÍTULO VI -

6)- COAGULACIÓN INTRAVASCULAR DISEMINADA

-6.[1 \)-Historia](#)

-6.[2\)- Fisiopatología](#)

-6.[3 \)-Síntomas](#)

-6.[4 \)-Tipos de CID.](#)

-6.5)- [Causas](#)

6.[6\)- Diagnóstico y Pruebas De Laboratorio.](#)

-6.[7\)- Tratamiento](#)

-6.[8\)- Bibliografía](#)

-6.[9\)- Enlaces externos.](#)

-TOMO II -

-CAPÍTULO VII -

-7)-DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE CIAGULOPATÍAS.

-7.1)- Generalidades.

-7.2)- Plaquetas.

-7.3)- Déficit Antitrombina III.

-7.4)- Déficit Proteína C.

-7.5)- Resistencia A La Ptroteína C Activada.

-7.6)- Déficit De Proteína S.

-7.7)-Déficit De Cofactor II De Heparina.

-7.8)- Anticuerpos Antifosfolípidos.

-7.9)- Diagnóstico De Laboratorio.

-7.10)- Tratamiento.

-7.11)- Trombocitopenia Inducida Por Heparina.

-7.12)- Alteraciones De Los Factores De La Coagulación.

-7.13)- Bibliografía.

-TOMO II -

- CAPÍTULO VIII -

-8)- ÉMBOLO.

-8.[1\)- Definición.](#)

-8.[2\)- Clasificación.](#)

-8.3)- [Patología](#)

-8.[3.1\)- Embolismo Graso.](#)

-8.[3.2\)- Embolismo Aéreo.](#)

-8.[3.3\)- Otros Embolismos.](#)

-8.[3.3.1\)- Complicaciones.](#)

[3.4 Émbolos cardíacos](#)

-8.[4 \)-Tratamientos.](#)

-8.[5\)- Prevención.](#)

-8.[6\)- Referencias.](#)

-TOMO II -

-CAPÍTULO IX -

-9)- TROMBOEMBOLISMO PULMONAR.

-9.1)- [Epidemiología](#)

- 9.2)- [Signos y Síntomas](#) .
- 9.3)- [Diagnóstico](#) .
- 9.4)- [Etiología](#) .
- 9.5)- [Tratamiento](#)
- 9.6)- [Véase También](#) .
- 9.7)- [Referencias](#) .
- 9.8)- [Bibliografía](#) .
- 9.9)- [Enlaces Externos](#) .

-TOMO II -

-CAPÍTULO X -

-10)- SISTEMAS DE INTEGRACIÓN.

-10.1)-PLASTICIDAD NEURONAL.

-10.1.1)- [Generalidades](#).

-10.1.2)- [Transmisión de la Señal en la Sinápsis Química](#).

-10.1.2.1)- [Acción Ionotrópica](#) .

-10.1.2.1.1)- [Potencial Excitador Postsináptico \(PEPS\)](#).

-10.1.2.1.2)- [Potencial Inhibidor PostSináptico \(PIPS\)](#).

-10.1.2.2)- [Acción Metabotrópica](#).

-10.1.2.3)- [Neurotransmisión Primaria y Secundaria](#).

-10.1.3)- [Integración de la Información](#) .

-10.1.3.1)- [Suma Espacial](#).

-10.1.3.2)- [Suma Temporal](#).

-10.1.4)- [Aprendizaje y Memoria](#).

-10.1.5)- [Modelos de Aprendizaje en Invertebrados](#) .

-10.1.5.1)- [Habitación y Sensibilización Sináptica](#) .

-10.1.5.1.1)- [Transmisión Glutamatérgica Durante la Sensibilización a Corto Plazo](#).

-10.1.5.1.2)- [Transmisión Glutamatérgica Durante la Sensibilización Prolongada](#).

-10.1.6)- [Plasticidad Sináptica a Corto Plazo en Vertebrados](#).

-10.1.7)- [Plasticidad Sináptica a Largo Plazo en Vertebrados](#) .

-10.1.7.1)- [Potenciación a Largo Plazo de la Sinapsis del Hipocampo](#) .

-10.1.7.1.1)- [Mecanismos Moleculares de la Potenciación a Largo Plazo en el Hipocampo](#).

-10.1.7.2)- [Depresión Sináptica a Largo Plazo en el Hipocampo y en el Cerebelo](#).

-10.1.7.2.1)- [Depresión a Largo Plazo en la Corteza Cerebelosa](#).

-10.1.8)- [Potenciación a Largo Plazo, Depresión a Largo Plazo y Memoria](#).

-10.1.9) [Bibliografía](#).

-10.1.10)- [Otras Fuentes Consultadas](#).

-10.1.11)- [Véase También](#).

-10.1.12)- [Enlaces Externos](#).

-10.2)- CANALES

-10.2.1)- CANAL IÓNICO.

-10.2.1.1)-Historia.

-10.2.1.2)- [Descripción Básica](#).

-10.2.1.3)- [Mecanismos para la Apertura o Cierre de los Canales Iónicos](#).

-10.2.1.3.1)- [Canales Regulados por Voltaje](#).

-10.2.1.3.1.1)- [Canales de Sodio \(Na⁺\)](#).

-10.2.1.3.1.2)-Canales de Potasio (K)-

-10.2.1.3.1.3)- [Canales de calcio \(Ca²⁺\)](#).

-10.2.1.3.1.4)- [Canales de cloruro \(Cl⁻\)](#).

- 10.2.1.3.2)- [Canales Regulados por Ligandos.](#)
- 10.2.2.3.3)- [Canales Mecanosensibles.](#)
- 10.2.1.4)- [Rol Biológico.](#)
- 10.2.1.5)- [Propiedades de los Canales Iónicos Relevantes para su Función.](#)
- 10.2.1.6)- [Enfermedades Relacionadas con Canales Iónicos \(Canalopatías\).](#)
- 10.2.1.7)- [Método del Patch-clamp.](#)
- 10.2.1.8)- [El Canal Iónico en las Artes Plásticas.](#)
- 10.2.1.9)- [Véase También.](#)
- 10.2.1.10)- [Referencias.](#)
- 10.2.1.11)- [Enlaces externos.](#)

- 10.2.2)- CANAL DE SODIO.
- 10.2.2.1)- [Genes.](#)
- 10.2.2.2)- [Estructura Proteica.](#)
- 10.2.2.3)- [Apertura \(Gating\).](#)
- 10.2.2.4)- [Permeabilidad.](#)
- 10.2.2.5)- [Diversidad.](#)
- 10.2.2.6)- [Subunidades Alfa.](#)
- 10.2.2.7)- [Subunidad Beta.](#)
- 10.2.2.8)- [Modulación.](#)
- 10.2.2.9)- [Funciones.](#)
- 10.2.2.10)- [Referencias.](#)

- 10.2.3)- BOMBA SODIO-POTASIO.
- 10.2.3.1)- [Descubrimiento.](#)
- 10.2.3.2)- [Funcionamiento y Estructura.](#)
- 10.2.3.2.1)- [Estructura Proteica.](#)
- 10,2,3,2.2)- [Funcionamiento.](#)
- 10.2.3.3)- [Funciones](#)
- 10.2.3.3.1)- [Mantenimiento de la Osmolaridad y del Volumen Celular.](#)
- 10.2.3.3.2)- [Absorción y Reabsorción de Moléculas.](#)
- 10.2.3.3.3)- [Potencial Eléctrico de Membrana.](#)
- 10.2.3.3.4)- [Mantenimiento de los Gradientes de Sodio y Potasio.](#)
- 10.2.3.3.4.1)- [Impulsos Nerviosos.](#)
- 10.2.3.3.5)- [Transducción de Señales.](#)
- 10.2.3.4)- [Farmacología.](#)
- 10.2.3.5)- [Véase También.](#)
- 10.2.3.6)- [Notas.](#)
- 10.2.3.7)- [Referencias.](#)

- 10.2.4)- CANAL DE CALCIO.
- 10.2.4.2)- [Referencias.](#)
- 10.2.4.3)- [Véase También.](#)

- 10.2.5)- BLOQUEADOR DE LOS CANALES DE CALCIO.
- 10.2.5.1)- [Antecedentes Históricos.](#)
- 10.2.5.2)- [Importancia Biomédica en el Tratamiento de la Hipertensión.](#)
- 10.2.5.3)- [Efectos.](#)
- 10.2.5.4)- [Modo de Acción.](#)

-10.2.5.5)- [Información Adicional](#).

-10.2.5.6)- [Referencias](#).

10.2.6)- DESPOLARIZACION.

-10.2.6.1)- Generalidades.

-10.2.6.2)- Referencias.

-10.2.7)- POTENCIAL DE ACCIÓN CARDÍACO.

-10.2.7.1)- [Vista General](#)-

-10.2.7.2)- [Principales Canales Iónicos y Corrientes Cardíacas](#).

-10.2.7.3)- [El Potencial de Reposo de la Membrana Celular](#).

-10.2.7.4)- [Fases del Potencial de Acción Cardíaco](#).

-10.2.7.4.1)- [Fase 0](#).

-10.2.7.4.2)- [Fase 1](#).

-10.2.7.4.3)- [Fase 2](#).

-10.2.7.4.4)- [Fase 3](#).

-10.2.7.4.5)- [Fase 4](#).

-10.2.7.5)- [Automatismo Cardíaco](#).

-10.2.7.5.1)- [Localización de las Células Marcapasos](#).

-10.2.7.5.2)- [Canales Iónicos Marcapasos](#).

-1.2.7.5.3)- [Variaciones del Automatismo](#).

-10.2.7.6)- [Referencias](#).

-10.2.7.7)- [Véase También](#).

-10.2.7.8)- [Enlaces Externos](#).

-10.2.8)- CANAL DE SODIO EPITELIAL.

-10.2.8.1)- [Estructura](#).

-10.2.8.1.1)- [Subunidad \$\delta\$](#) .

-10.2.8.2)- [Ubicación y Función](#).

-10.2.8.3)- [Genes](#).

-10.2.8.4)- [Referencias](#).

-10.2.9)- CANALOPATÍAS.

-10.2.9.1)- [Manifestaciones Clínicas](#).

-10.2.9.1.1)- [Tipos](#).

-10.2.9.1.2)- [Canalopatías del Músculo Esquelético](#).

-10.2.9.1.3)- [Canalopatías del Sistema Nervioso Central](#).

-10.2.9.1.4)- [Canalopatías de Sodio](#).

-10.2.9.2)- [Referencias](#).

-10.2.9.3)- [Enlaces Externos](#).

-10.3)- INFLAMACIÓN.

-10.3.1)- [Agentes Inflamatorios](#).

-10.3.2)- [Evolución histórica](#).

-10.3.3)- [Inflamación aguda](#).

-10.3.3.1)- [Cambios Hemodinámicos en el Calibre y en el Flujo](#).

-10.3.3.2)- [Alteración de la Permeabilidad Vascular](#).

-10.3.3.2.1)- [Contracción de las Células Endoteliales](#).

-10.3.3.2.2)- [Daño Endotelial](#).

-10.3.3.2.3)- [Aumento de la Transcitos](#).

-10.3.3.2.4)- [Respuestas de los Vasos Linfáticos](#).

- 10.3.3.3)- [Modificaciones Leucocitarias.](#)
- 10.3.3.4)- [Mediadores de la Inflamación .](#)
- 10.3.3.4.1)- [Metabolitos del Ácido Araquidónico.](#)
- 10.3.3.4.2)- [Aminas Vasoactivas: Histamina y Serotonina.](#)
- 10.3.3.4.3)- [Citoquinas.](#)
- 10.3.3.4.4)- [Factor Activador de las Plaquetas.](#)
- 10.3.3.4.5)- [Óxido Nítrico.](#)
- 10.3.3.4.6)- [Radicales Libres de Oxígeno \(RLO\).](#)
- 10.3.3.4.7)- [Constituyentes de los Lisosomas de los Leucocitos.](#)
- 10.3.3.4.8)- [Neuropéptidos.](#)
- 10.3.3.4.9)- [Mediadores Derivados de Proteínas Plasmáticas.](#)
- 10.3.3.5)- [Efectos Generales de la Inflamación.](#)
- 10.3.3.6)- [Detención de la Respuesta Inflamatoria Aguda.](#)
- 10.3.4)- [Inflamación Crónica .](#)
- 10.3.4.1)- [Causas .](#)
- 10.3.4.1.1)- [Infecciones Persistentes.](#)
- 10.3.4.1.2)- [Enfermedades Mediadas por el Sistema Inmune.](#)
- 10.3.4.1.3)- [Exposición Prolongada a Agentes Tóxicos.](#)
- 10.3.4.2)- [Características.](#)
- 10.3.4.3)- [Células Implicadas en la Inflamación Crónica .](#)
- 10.3.4.3.1)- [Macrófagos.](#)
- 10.3.4.3.2)- [Linfocitos.](#)
- 10.3.4.3.3)- [Células Plasmáticas.](#)
- 10.3.4.3.4)- [Eosinófilos.](#)
- 10.3.4.3.5)- [Mastocitos.](#)
- 10.3.4.3.6)- [Neutrófilos.](#)
- 10.3.4.4)- [Inflamación Granulomatosa.](#)
- 10.3.5)- [Véase También.](#)
- 10.3.6)- [Referencias.](#)

- 10.4)- [CÁNCER \(NEOPLASIAS\).](#)
- 10.4.1)- [Historia.](#)
- 10.4.2)- [Clasificación](#)
- 10.4.2.1)- [Nomenclatura](#)
- 10.4.2.2)- [Conceptos semejantes.](#)
- 10.4.3)- [Epidemiología.](#)
- 10.4.4)- [Etiología .](#)
- 10.4.4.1)- [Productos Químicos.](#)
- 10.4.4.2)- [Factores Dietéticos y Ejercicio.](#)
- 10.4.4.3)- [Infección.](#)
- 10.4.4.4)- [Radiación.](#)
- 10.4.4.5)- [Genética.](#)
- 10.4.4.6)- [Agentes Físicos.](#)
- 10.4.4.7)- [Hormonas.](#)
- 10.4.4.8)- [Autoinmunidad e Inflamación.](#)
- 10.4.4.9)- [Permeabilidad Intestinal Aumentada.](#)
- 10.4.5)- [Patogenia -](#)
- 10.4.5.1)- [Mecanismos Supresores de Tumores.](#)
- 10.4.5.2)- [Morfología y Crecimiento Tumoral.](#)
- 10.4.5.3)- [Genética.](#)
- 10.4.6)- [Diagnóstico .](#)

- 10.4.6.1)- [Biomarcadores.](#)
- 10.4.6.2)- [Gradación y Estadificación.](#)
- 10.4.7)- [Tratamiento .](#)
- 10.4.7.1)- [Cirugía-](#)
- 10.4.7.2)- [Radioterapia.](#)
- 10.4.7.3)- [Quimioterapia.](#)
- 10.4.7.4) [Inmunoterapia o Terapia Biológica.](#)
- 10.4.7.5)- [Hormonoterapia.](#)
- 10.4.7.6)- [Trasplante de Médula Ósea.](#)
- 1.4.7.7)- [Terapia Génica.](#)
- 1.4.7.8)- [Aspectos Psicológicos.](#)
- 10.4.7.9)- [Cuidados Paliativos.](#)
- 10.4.8-Pronóstico.
- 10.4.8.1)- [Profilaxis.](#)
- 10.4.8.2)- [Screening.](#)
- 10.4.9)- [El Cáncer en el Mundo Animal.](#)
- 10.4.10)- [Tumores en el Mundo Vegetal.](#)
- 10.4.11)- [Terminología.](#)
- 10.4.12)- [Referencias.](#)
- 10.4.13)- [Enlaces Externos.](#)

TOMO III-

- CAPÍTULO XI -LAS BASES NEUROANATÓMICAS FUNCIONALES DEL COGNITIVO-

-11)- LAS BASES NEUROANATÓMICAS FUNCIONALES DEL COGNITIVO-

-11.1)- GENERALIDADES.

-11.2)- Regularización.

-11.3)- HISTORIA.DE LA CIENCIA.

-11.3.1)- Antigua.

-11.3.2)-China.

-11.3.3)- India.

-11.3.4)- Mesopotamia.

-11.3.5)- Egipto.

-11.3.6)-América.

-11.3.7)- Grecia.

-11.3.8)- Escuela Alejandría.

-11.3.9)- Época Romana.

-11.3.10)- Noche Científica.

-11.3.11)- Siglo XIV:

-11.3.12)- El Humanismo.

-11.3.13)- La Reforma.

-11.3.14)- Siglos XVII y XVIII.

-11.3.15)- Biología Contemporánea.

-11.3.16)- Siglo XX

-11.3.17)- Escuela Reflexológica.

-11.3.18)- Ciencias Cognitivas.

-11.3.19)- Últimos Años. Tiempo Actual y Futuro.

-11.4)- ORGANIZACIÓN GENERAL NERVIOSA.

- 11.4.1)- [Consideraciones Generales](#).
- 11.4.2)- Neuroembriología Evolutiva..
- 11.4.3)- [Neurohistología](#) .
- 11.4.3.1 [Células gliales](#)
- 11.4.3.1.1)- [Clasificación Topográfica](#).
- 11.4.3.1.2)- [Clasificación Morfo-funcional](#).
- 11.4.3.2 [Neuronas](#) .
- 11.4.3.2.1)- [Clasificación Morfológica](#).
- 11.4.3.2.2)- [Clasificación Fisiológica](#).
- 11.4.3.3)- [Señales Neuronales](#).
- 11.4.4)- [Sistema Nervioso en los Animales](#) .
- 11.4.4.1)- [Animales Doblásticos](#).
- 11.4.4.2)- [Animales Protóstomos](#).
- 11.4.4.3)- [Animales Deuteróstomos](#)
- 11.4.5)- [Sistema Nervioso Humano](#) .
- 11.4.5.1)- [Sistema Nervioso Central](#).
- 11.4.5.2)- [Sistema Nervioso Periférico](#).
- 11.4.5.3)- [Clasificación Funcional](#).
- 11.4.6)- [Neurofarmacología](#).
- 11.4.7)- [Véase también](#).
- 11.4.8)- [Notas](#).
- 11.4.9)- [Referencias](#).
- 11.4.10)- [Bibliografía](#).
- 11.4.11)- [Enlaces Externos](#).

-11.5)- NEUROANATOMÍA.

- 11.5.1)- [División Neuroanatómica Estructural](#).
- 11.5.2)- [División Neuroanatómica Funcional](#).
- 11.5.3)- [Recursos para la investigación neurofuncional](#).
- 11.5.4)- [Arquitectura de la Médula Espinal](#).
- 11.5.5)- [Encéfalo](#).
- 11.5.6)- [Neuroanatomía Celular](#).
- 11.5.7)- [Recursos para la Investigación Neurocelular](#) .
- 11.5.7.1)- [Materia de estudio](#)
- 11.5.8)- [Referencias](#).
- 11.5.9)- [Bibliografía](#).
- 11.5.10)- [Enlaces Externos](#).

-11.6)-CAMBIOS ANATOMOFUNCIONALES.

- 11.6.1)- Generalidades.
- 11.6.2)- Sistemas de Integración. Sistema Nervioso Central.
- 11.6.3.-) Sistemas Nervioso Periférico, Autónomo, Hormonal y Enzimático.
- 11.6.4) Los Cambios Producidos.
- 11.6.5)- . Estatura, Hábitos y Composición Corporal, y Hepática.
- 11.6.6)- . Función Renal, Sanguínea, Medio Interno y Capacidad de Reserva.
- 11.6.7)- . Sistema Cardiovascular.
- 11.6.8)- . Aparato Respiratorio.

-11.7) - CAMBIOS PSÍQUICOS, SOCIALES, NUTRICIONALES Y AMBIENTALES.

- 11.7.1)- Generalidades.

- 11.7.2)- Factores Nutricionales.
- 11.7.3)- Factores Físicos Predisponentes.
- 11.7.4)- Factores Psíquicos.
- 11.7.5)- Factores sociales.
- 11.7.6)- Factores Económicos.
- 11.7.7)- Factores Comunitarios y Ambientales.
- 11.7.8)- Teorías Explicativas de la Decadencia Senil.
- 11.7.9)- .Paliativos y Consuelos del Envejecimiento.
- 11.7.10)- Bibliografía.

- 11.8)-DIVERSAS PARTES NERVIOSAS.
- 11.8.1)- Sinapsis y Funciones Mentales.
- 11.8.2)- Circulación Cerebral.
- 11.8.3)- Insuficiencia Cerebral.
- 11.8.3.1)- Insuficiencia Cerebrovascular.
- 11.8.3.2)- Insuficiencia Cerebrometabólica.
- 11.8.4)- Barrera Hematoencefálica.
- 11.8.5)- Metabolismo Neuronal.
- 11.8.5.1)- Características.
- 11.8.5.2)- Función del ATP y del AMPc.
- 11.8.5.3)- Alteraciones del Metabolismo Energético.
- 11.8.5.4)- Neurotransmisores y Envejecimiento Cerebral.
- 11.8.5.4.1)- Envejecimiento.
- 11.8.5.4.2)- Demencia Senil.
- 11.8.5.4.3)- Isquemia Cerebral.
- 11.8.5.4.4)- Síndromes Extrapiramidas.
- 11.8.5.4.5. Deficiencias Funcionales.
- 11.8.6)- Bibliografía.

- CAPÍTULO XII .
- 12)- REACCIÓN DE LUCHA O HUIDA.
- 12.1.)- [Fisiología](#)
- 12.1.1.)- [Sistema Nervioso Autónomo](#)
- 12.1.1.1.)- [Sistema Nervioso Simpático.](#)
- 12.1.1.2)- [Sistema Nervioso Parasimpático.](#)
- 12.1.2)- [Respuesta.](#)
- 12.1.3)- [Función de los Cambios Fisiológicos.](#)
- 12.1.4)- [Perspectiva Evolutiva.](#)
- 12.1.5)- [Ejemplos.](#)
- 12.1.6)- Variedad de Reacciones.
- 12.2)- [Componentes Emocionales .](#)
- 12.2.1)- [Regulación Emocional.](#)
- 12.2.2)- [Reactividad Emocional.](#)
- 12.3)- [Componentes Cognitivos .](#)
- 12.3.1)- [Especificidad del Contenido.](#)
- 12.3.2)- [Percepción de Control.](#)
- 12.3.3)- [Procesamiento de Información Social](#)
- 12.4)- [Efectos Negativos de la Reacción de Estrés en Humanos.](#)
- 12.4.1)- Efectos Fisiológicos.
- 12.4.2)- Efectos Psicológicos.
- 12.4.3)- Efectos En El Comportamiento.

- 12.5)- Véase También.
- 12.6)- Notas.
- 12.7)- Enlaces Externos.
- CAPÍTULO XIII-
- 13)- INTOXICACIONES.

-CAPÍTULO XIV-

- 14.1)- DOPAMINA.
- 14.1.1)- [Historia](#) .
- 14.1.2)- [Bioquímica](#)
- 14.1.2.1)- [Nombre y familia](#).
- 14.1.2.2)- [Biosíntesis](#).
- 14.1.2.3)- [Inactivación y Degradación](#).
- 14.1.3)- [Funciones en el Sistema Nervioso](#) .
- 14.1.3.1)- [Anatomía](#).
- 14.1.3.2)- [Movimiento](#).
- 14.1.3.3)- [Cognición y Corteza Frontal](#).
- 14.1.3.4)- [Regulación de la Secreción de Prolactina](#).
- 14.1.3.5)- [Motivación y Placer](#) .
- 14.1.3.5.1)- [Refuerzo](#).
- 14.1.3.5.2)- [Inhibición de la Recaptación, Expulsión](#).
- 14.1.3.5.3)- [Estudios en Animales](#).
- 14.1.3.5.4)- [Drogas Reductoras de Dopamina en Seres Humanos](#).
- 14.1.3.5.5)- [Transmisión Cannabinoide y Opiode](#).
- 14.1.3.5.6)- [Socialización](#).
- 14.1.3.5.7)- [Saliencia](#).
- 14.1.4)- [Desórdenes del Comportamiento](#) .
- 14.1.4.1)- [Inhibición Latente y Creatividad](#).
- 14.1.5)- [Relación con la Psicosis](#).
- 14.1.6)- [Uso Terapéutico](#).
- 14.1.7)- [La Dopamina y la Oxidación de la Fruta](#).
- 14.1.8)- [Otros Datos](#).
- 14.1.9)- [Véase También](#).
- 14.1.10)- [Referencias](#).
- 14.1.11)- [Enlaces Externos](#).
- 14.2)- CATECOLAMINAS.
- 14.2.1)- [Estructura](#).
- 14.2.2)- [Metabolismo](#) .
- 14.2.2.1)- [Formación de Catecolaminas](#).
- 14.2.2.2)- [Rutas Metabólicas Relacionadas](#).
- 14.2.2.3)- [Inactivación](#).
- 14.2.2.4)- [Receptores](#)
- 14.2.3)- [Funciones](#) .
- 14.2.3.1)- [Disfunciones](#).
- 14.2.3.2)- [Funciones Motrices](#).
- 14.2.4)- [Catecolaminas Sobre el Sistema Inmunitario](#) .
- 14.2.4.1)- [Efecto "in vitro" de las Catecolaminas Sobre los Macrófagos](#).
- 14.2.4.2)- [Quimiotaxis de los Linfocitos en los Órganos Inmunocompetentes](#).
- 14.2.4.3)- [Efectos "in vitro" de las Catecolaminas en las Células NK](#).
- 14.2.4.4)- [Modelo de Actuación de Catecolaminas "in vivo" en Respuesta a Linfocitos](#).

- 14.2.5)- [Véase También.](#)
- 14.2.6)- [Bibliografía.](#)
- 14.2.7)- [Enlaces Externos.](#)

-14.3)- SISEMAS GABAERGICOS.

- 14.3.1)- [Función .](#)
- 14.3.1.1)- [Neurotransmisor.](#)
- 14.3.1.2)- [Desarrollo Cerebral.](#)
- 14.3.1.3)- [Más Allá del Sistema Nervioso.](#)
- 14.3.2)- [Estructura y Conformación.](#)
- 14.3.3)- [Historia.](#)
- 14.3.4)- [Biosíntesis.](#)
- 14.3.5)- [Catabolismo.](#)
- 14.3.6)- [Farmacología.](#)
- 14.3.7)- [Medicamentos GABAérgicos.](#)
- 14.3.8)- [GABA Como Suplemento.](#)
- 14.3.9)- [En Plantas.](#)
- 14.3.10)- [Referencias.](#)
- 14.3.11)- [Enlaces externos.](#)

-14.4)-SEROTONINA.

- 14.4. 1 [Historia](#)
- 14.4.2)- [Neurotransmisión.](#)
- 14.4.2.1)- [La Neurona](#)
- 14.4.2.2)- [Criterios Para Establecer Si Una Sustancia Es Un Neurotransmisor](#)
- 14.4.2.3)- [Principales Neurotransmisores](#)
- 14.4.2.4)[Eventos Químicos Asociados Con la Neurotransmisión.](#)
- 14.4.3)- [Relación Anatómica.](#)
- 14.4.4)- [Microanatomía .](#)
- 14.4.4.1)- [Receptores.](#)
- 14.4.4.2)- [Factores Genéticos.](#)
- 14.4.4.3)- [Terminación.](#)
- 14.4.5)- [Implicaciones Funcionales.](#)
- 14.4.6)- [Síntesis.](#)
- 14.4.7 [Las Propiedades Afrodisíacas de la Serotonina](#)
- 14.4.8)- [Referencias](#)
- 14.4.9)- [Enlaces Externos.](#)

- CAPÍTULO XV -

- 15.)- SISTEMA LÍMBICO.
- 15.1)- [Historia.](#)
- 15.2)- [Evolución, Filogenia.](#)
- 15.3)- [Esbozo Desde la Perspectiva Fisiológica.](#)
- 15.4)- [Partes .](#)
- 15.4.1)- [Hipotálamo.](#)
- 15.4.2)- [Hipocampo.](#)
- 15.4.3)- [Amígdala Cerebral.](#)
- 15.4.4)- [Zonas relacionadas.](#)
- 15.5)- [Véase También.](#)

-15.6)- Referencias.

-15.7)- Enlaces Externos.

-CAPÍTULO XVI -

-16)- HOMEOSTASIS.

-16.1)- [Interacción Entre Ser Vivo y Ambiente: Respuestas a los Cambios.](#)

-16.2)- [Homeostasis y Sistemas de Control](#) .

-16.2.1)- [Homeostasis de la Glucemia.](#)

-16.3)- [Homeostasis Psicológica.](#)

-16.4)- [Homeostasis Cibernética.](#)

-16.5)- [Véase También.](#)

-16.6)- Referencias.

-16.7)- [Enlaces Externos.](#)

-CAPÍTULO XVII -

-17)- NECESIDADES.

-17.1)- [Características.](#)

-17.2)- [Microeconomía.](#)

-17.3)- [Derecho.](#)

-17.4)- [Véase También.](#)

-17.5)- [Referencias.](#)

-17.6)- [Enlaces Externos.](#)

-CAPÍTULO XVIII -

-18)- COMPORTAMIENTO o CONDUCTA.

-18.1)- [Delimitación del Término.](#)

-18.2)- [Comportamiento en Psicología](#) .

-18.2.1)- [Conducta.](#)

-18.2.2)- [Aspectos Psico-sociales.](#)

-18.3)- [Comportamiento de los Sistemas Sociales](#) .

-18.4)- [Agrupaciones y Sociedades.](#)

-18.5)- [Costes y Beneficios de Vivir en Grupo.](#)

-18.6)- [Las Adaptaciones a la Vida en Grupo.](#)

-18.7)- [Conducta Formal.](#)

-18.8)- [Realización Voluntaria.](#)

-18.9)- [Comportamiento del Consumidor.](#)

-18.10)- [Véase También.](#)

-18.11)- [Referencias](#) .

-18.12)- [Bibliografía.](#)

-18.13)- [Enlaces Externos](#) .

- CAPÍTULO XIX -

-19)- REALIMENTACIÓN.

-19.1)- [Historia](#)

-19.1.1)- [Aspecto Social.](#)

-19.1.2)- [Aspecto Tecnológico.](#)

-19.1.3)- [Aspecto Político-económico.](#)

-19.2)- [Lazo Abierto y Cerrado.](#)

-19.3)- [Visión General.](#)

-19.4)- [Realimentación Positiva y Realimentación Negativa.](#)

-19.4.1)- [Sistemas Abiertos y Sistemas Cerrados.](#)

- 19.5)- [Tipos de Realimentación](#)
- 19.5.1)- [Realimentación Negativa](#)
- 19.5.2) [Realimentación Positiva.](#)
- 19.6)- [Norbert Wiener.](#)
- 19.7)- [Principales Aportes de la Realimentación.](#)
- 19.8)- [Véase También.](#)
- 19.9)- [Referencias.](#)

- TOMO IV -

-CAPÍTULO XX -

- 20)- SISTEMA AUTOINMUNE.
- 20.1)- SISTEMA INMUNITARIO.
- 20.1.1)- [Terminología.](#)
- 20.1.2)- [Historia de la inmunología.](#)
- 20.1.3)- [Órganos Primarios y Secundarios.](#)
- 20.1.4- [Líneas Inmunitarias de Defensa.](#)
- 20.1.5)- [Características Del Sistema Inmunitario.](#)
- 20.1.6)- [Barreras Superficiales y Químicas.](#)
- 20.1.7)- [Inmunidad Innata .](#)
- 20.1.7.1)- [Barreras Humorales y Químicas .](#)
- 20.1.7.1.1) [Fiebre.](#)
- 20.1.7.1.2) [Inflamación.](#)
- 20.1.7.1.3)- [Sistema del Complemento.](#)
- 20.1.7.2)- [Barreras Celulares del Sistema Innato.](#)
- 20.1.8)- [Inmunidad Adaptativa o Adquirida .](#)
- 20.1.8.1)- [Linfocitos .](#)
- 20.1.8.1.1)- [Linfocitos T citotóxicos.](#)
- 20.1.8.1.2)- [Linfocitos T colaboradores](#)
- 20.1.8.1.3)- [Células T y \$\delta\$.](#)
- 20.1.8.1.4)- [Anticuerpos y linfocitos B.](#)
- 20.1.8.1.5)- [Sistema Inmunitario Adaptativo Alternativo.](#)
- 20.1.8.2)- [Memoria Inmunitaria .](#)
- 20.1.8.2.1)- [Inmunidad Pasiva.](#)
- 20.1.8.2.2)- [Inmunidad Activa e Inmunización.](#)
- 20.1.9)- [Trastornos de la Inmunidad Humana .](#)
- 20.1.9.1)- [Inmunodeficiencias.](#)
- 20.1.9.2)- [Autoinmunidad.](#)
- 20.1.9.3)- [Hipersensibilidad.](#)
- 20.1.10)- [Otros Mecanismos de Defensa del Huésped.](#)
- 20.1.11)- [Inmunología de Tumores.](#)
- 20.1.12)- [Regulación Fisiológica.](#)
- 20.1.13)- [Manipulación en la Medicina.](#)
- 20.1.14)- [Manipulación por los Patógenos.](#)
- 20.1.15)- [Véase También.](#)
- 20.1.16) [Referencias.](#)
- 20.1.17)- [Enlaces externos.](#)
- 20.2)- ENFERMEDAD AUTOINMUNE.
- 20.2.1)- [Clasificación](#)

- 20.2.1.1)- [Específicas de Órgano.](#)
- 20.2.1.2)- [Multiorgánicas o Sistémicas](#)
- 20.2.2)- [Etiología .](#)
- 20.2.2.1)- [Teorías Antiguas.](#)
- 20.2.2.2)- [Teorías Nuevas: Permeabilidad Intestinal Aumentada.](#)
- 20.2.3)- [Síntomas.](#)
- 20.2.4)- [Tratamiento.](#)
- 20.2.5)- [Pronóstico.](#)
- 20.2.6)- [Referencias.](#)
- 20.2.7)- [Bibliografía.](#)
- 20.2.8)- [Enlaces Externos.](#)

-20.3)- [ESCLEROSIS MÚLTIPLE.](#)

- 20.3.1)- [Descripción.](#)
- 20.3.2)- [Historia.](#)
- 20.3.3)- [Epidemiología.](#)
- 20.3.3.1)- [Factores Ambientales.](#)
- 20.3.3.2)- [Factores Genéticos.](#)
- 20.3.4)- [Etiología.](#)
- 20.3.5)- [Fisiopatología .](#)
- 20.3.5.1)- [Tipos de Lesiones.](#)
- 20.3.5.2)- [Desmielinización.](#)
- 20.3.5.3)- [Daño a los Axones.](#)
- 20.3.5.4)- [Remielinización.](#)
- 20.3.5.5)- [Resultado.](#)
- 20.3.6)- [Factores Que Provocan una Recaída](#)
- 20.3.7)- [Cuadro Clínico .](#)
- 20.3.7.1)- [Síntomatología Cognitiva.](#)
- 20.3.7.2)- [Aspectos Emocionales.](#)
- 20.3.8)- [Curso y Formas de la Enfermedad.](#)
- 20.3.9)- [Diagnóstico.](#)
- 20.3.10)- [Tratamiento.](#)
- 20.3.11)- [Pronóstico.](#)
- 20.3.12)- [Véase También.](#)
- 20.3.13)- [Referencias](#)
- 20.3.14)- [Bibliografía.](#)
- 20.3.15)- [Enlaces Externos.](#)

-20.4)- [LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO.](#)

- 20.4.1)- [Etimología](#)
- 20.4.2)- [Historia](#)
- 20.4.3)- [Epidemiología](#)
- 20.4.4)- [Etiología .](#)
- 20.4.4.1)- [Factores Genéticos.](#)
- 20.4.4.2)- [Factores Hormonales.](#)
- 20.4.4.3)- [Factores Ambientales.](#)
- 20.4.5)- [Patogenia](#)
- 20.4.6)- [Cuadro Clínico .](#)
- 20.4.6.1)- [Manifestaciones Generales.](#)
- 20.4.6.2)- [Manifestaciones Músculo-esqueléticas.](#)
- 20.4.6.3)- [Manifestaciones Dermatológicas.](#)

- 20.4.[6.4](#))- [Manifestaciones Renales](#).-
- 20.4.[6.5](#))- [Manifestaciones Neurológicas](#).
- 20.4.[6.6](#))- [Manifestaciones Pulmonares](#).
- 20.4.[6.7](#))- [Manifestaciones Cardíacas](#).
- 20.4.[6.8](#))- [Manifestaciones Gastrointestinales](#)
- 20.4.[6.9](#))- [Manifestaciones Hematológicas](#).
- 20.4.[6.10](#))- [Otras alteraciones](#)
- 20.4.[7](#))- [Diagnóstico](#)
- 20.4.[7.1](#))- [Pruebas de Laboratorio](#).
- 20.4.[7.2](#))- [Criterios de Clasificación del LES](#)
- 20.4.[8](#))- [Comorbilidad](#)
- 20.4.[8.1](#))- [Infecciones](#)
- 20.4.[9](#))- [Tratamiento](#).
- 20.4.[9.1](#))- [Medidas Generales](#).
- 20.4.[9.2](#))- [Tratamientos Específicos](#).
- 20.4.[10](#))- [Pronóstico](#).
- 20.4.[11](#))- [Véase También](#).
- 20.4.[12](#))- [Referencias](#)
- 20.4.[13](#))- [Bibliografía](#).

- 20.4.[14](#))- [Enlaces Externos](#) •

- 20.5)- DIABETES MELLITUS TIPO 1.
- 20.5.[1](#))- [Epidemiología](#).
- 20.5.[2](#))- [Etiología](#) .
- 20.5.[2.1](#))- [Causas Genéticas](#).
- 20.5.[2.2](#))- [Factores Ambientales](#) .
- 20.5.[2.2.1](#))- [Infecciones](#).
- 20.5.[2.2.2](#))- [Dieta](#).
- 20.5.[2.2.3](#))- [Productos Químicos](#).
- 20.5.[2.3](#))- [Otras Causas](#).
- 20.5.[3](#))- [Fisiopatología](#).
- 20.5.[4](#))- [Cuadro Clínico](#).
- 20.5.[5](#))- [Diagnóstico](#).
- 20.5.[6](#))- [Tratamiento](#)
- 20.5.[6.1](#))- [Insulina](#)
- 20.5.[6.2](#))- [Dieta](#)
- 20.5.[6.3](#))- [Actividad Física](#).
- 20.5.[6.4](#))- [Autoexamen](#).
- 20.5.[6.5](#))- [Cuidado de los Pies](#).
- 20.5.[6.6](#))- [Tratamiento de la Hipoglucemia](#).
- 20.5.[6.7](#))- [Tratamientos de Niveles Altos de Cetonas](#).
- 20.5.[6.8](#))- [Apoyo Psicológico](#).
- 20.5.[7](#))- [Seguimiento](#).
- 20.5.[8](#))- [Complicaciones](#).
- 20.5.[9](#))- [Pronóstico](#).
- 20.5.[10](#))- [Véase También](#).
- 20.5.[11](#))- [Referencias](#).
- 20.5.[12](#))- [Enlaces Externos](#).

- 20.6)-SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDOS.

- 20.6.[1](#))- [Mecanismo](#).
- 20.6.[2](#))- [Signos y Síntomas](#).
- 20.6.[3](#))- [Factores de Riesgo](#).
- 20.6.[4](#))- [Diagnóstico](#).
- 20.6.[4.1](#))- [Anticoagulante Lúpico](#).
- 20.6.[4.2](#))- [Anticuerpos Anticardiolipinas](#).
- 20.6.[5](#))- [Criterios](#).
- 20.6.[6](#))- [Tratamiento](#).
- 20.6.[7](#))- [Pronóstico](#).
- 20.6.[8](#))- [Historia](#).
- 20.6.[9](#))- [Véase También](#).
- 20.6.[10](#))- [Referencias](#).
- 20.6.[11](#))- [Bibliografía](#).
- 20.6.[12](#))- [Enlaces Externos](#).

- 20.7)- ANTICUERPOS ANTIFOSFOLÍPIDOS.
- 20.7.[1](#))- [Historia](#).
- 20.7.[2](#))- [Naturaleza y Clasificación](#).
- 20.7.[3](#))- [Anticuerpos Anticardiolipinas \(aCL\)](#).
- 20.7.[4](#))- [Anticoagulante Lúpico \(AL\)](#).
- 20.7.[5](#))- [Anti \$\beta_2\$ glicoproteína I \(a \$\beta_2\$ GPI\)](#).
- 20.7.[6](#))- [Anticuerpos Antiprotrombina \(aPT\)](#).
- 20.7.[7](#))- [Otras Especificidades](#).
- 20.7.[8](#))- [Véase También](#).
- 20.7.[9](#))- [Referencias](#).

- 20.8)- ANTICUERPOS ANTICARDIOLIPINAS
- 20.8.[1](#))- [Historia](#).
- 20.8.[2](#))- [Ensayos de los Anticuerpos Anticardiolipinas](#).
- 20.8.[3](#))- [Utilidad Clínica](#).
- 20.8.[4](#))- [Véase También](#).
- 20.8.[5](#))- [Referencias](#).

- 20.9)- ANTICOAGULANTES LÚPICOS.
- 20.9.1)- Generalidades.
- 20.9.2)- Véase También.
- 20.9.3)- Referencias.

- 20.10)- AUTOANTICUERPO.
- 20.10.[1](#))- [Producción](#).
- 20.10.[2](#))- [Causa y Origen Genético](#).
- 20.10.[3](#))- [Tipos](#).
- 20.10.[3.1](#))- [Factor Reumatoide](#).
- 20.10.[3.2](#))- [Anticuerpos Anti péptidos Cíclicos Citrulinados \(ACCP\)](#).
- 20.10.[3.3](#))- [Anticuerpos Antifosfolípidos \(AFL\)](#).
- 20.10.[3.3.1](#))- [Anticuerpos Anticardiolipinas \(ACL\)](#).
- 20.10.[3.3.2](#))- [Anticoagulante Lúpico \(AL\)](#).
- 20.10.[3.4](#))- [Anticuerpos Antimitocondriales \(AMA\)](#).
- 20.10.[3.5](#))- [Anticuerpos Anticitoplasma de Neutrófilos \(ANCA\)](#).
- 20.10.[3.6](#))- [Anticuerpos Antinucleares \(ANA\)](#).

- 20.10.3.6.1)- [Anti-ADN.](#)
- 20.10.3.6.2)- [Anti-ENA.](#)
- 20.10.4)- [Lista de Algunos Autoanticuerpos y Enfermedades Más Comúnmente Asociadas.](#)
- 20.10.5)- [Bibliografía.](#)
- 20.10.6)- [Referencias.](#)
- 20.10.7)- [Véase También.](#)
- 20.10.8)- [Enlaces Externos.](#)

- 20.11)- ENFERMEDAD AUTOINMUNE.
- 20.11.1)- [Clasificación](#)
- 20.11.1.1)- [Específicas de Órgano](#)
- 20.11.1.2)- [Multiorgánicas o sistémicas](#)
- 20.11.2)- [Etiología .](#)
- 20.11.2.1)- [Teorías Antiguas.](#)
- 20.11.2.2)- [Teorías Nuevas: Permeabilidad Intestinal Aumentada](#)
- 20.11.3)- [Pronóstico](#)
- 20.11.4)- [Referencias](#)
- 20.11.5)- [Bibliografía.](#)

- 20.12)- -ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR Y SINDROME ANTIFOSFOLIPIDOS-
- 20.12.1)- [Epidemiología .](#)
- 20.12.1.1)- [Factores de Riesgo.](#)
- 20.12.2)- [Clasificación.](#)
- 20.12.3)- [Etiología.](#)
- 20.12.4)- [Fisiopatología.](#)
- 20.12.4.1)- [Penumbra Isquémica.](#)
- 20.12.4.2)- [Vulnerabilidad Celular.](#)
- 20.12.4.3)- [Factores de Influencia.](#)
- 20.12.5)- [Cuadro Clínico.](#)
- 20.12.6)- [Diagnóstico.](#)
- 20.12.7)- [Tratamiento](#)
- 20.12.7.1)- [Evaluación Inicial.](#)
- 20.12.7.2)- [Terapia Farmacológica .](#)
- 20.12.7.2.1)- [Control de la Tensión Arterial.](#)
- 20.12.8)- [Pronóstico.](#)
- 20.12.9)- [Véase También.](#)
- 20.12.10)- [Referencias.](#)

- 20.13)- -DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LAS COAGULOPATIAS-
- 20.13.1)- Generalidades.
- 20.13.2)- Elementos Actuantes.
- 20.13.2.1)- Plaquetas.
- 20.13.2.2)- Déficit de Antitrombina III.
- 20.13.2.3)- Déficit de Proteína C.
- 20.13.2.4)- Resistencia a la Proteína C Activada.
- 20.13.2.5)- Deficit de Proteína S.
- 20.13.2.6)- Déficit de Cofactor II de Heparina.
- 20.13.2.7)- [Anticuerpos Antifosfolipidos.](#)
- 20.13.3)- Formas Clínicas.
- 20.13.3.1)- Síndrome AFL.
- 20.13.3.2)- [Trombocitopenia Inducida por Heparina.](#)

- 20.13.3.3)- Alteraciones de los Factores de la Coagulación.
- 20.13.3.3.1)- Alteración en el Factor V.
- 20.13.3.3.2)- Alteración Déficit de Factor VII.
- 20.13.3.3.3)- Hemofilia A .
- 20.13.3.3.4)- Enfermedad de Von Willebrand .
- 20.13.3.3.5)- Déficit de Factor XI.
- 20.13.3.3.6)- Déficit de Factor XII.
- 20.13.3.3.7)- Déficit de Factor XIII.
- 20.13.3.3.8)- Déficit de Vitamina K.
- 20.13.3.3.9)- Aumento del Factor VIII
- 20.13.3.3.10)- Alteración Protrombina.
- 20.13.3.3.11)- Homocistinemia.
- 20.13.3.3.12)- Alteración Fibrinógeno.
- 20.13.3.3.13)- Antígeno t-PA Alto.
- 20.13.4)- Bibliografía.

- 20.14)- ANTICUERPOS (INMUNOGLOBULINAS).
- 20.14.1)- [Anticuerpos, Inmunoglobulinas y Gammaglobulinas](#)
- 20.14.2)- [Formas de Anticuerpos.](#)
- 20.14.2.1)- [Forma Soluble.](#)
- 20.14.2.2)- [Forma Anclada a Membrana.](#)
- 20.14.3)- [Isotipos, Alotipos e Idiotipos.](#)
- 20.14.3.1)- [Alotipos.](#)
- 20.14.3.2)- [Idiotipo.](#)
- 20.14.4)- [Estructura .](#)
- 20.14.4.1)- [Primeros Trabajos.](#)
- 20.14.4.2)- [Dominios de Inmunoglobulina.](#)
- 20.14.4.3)- [Cadena Pesada.](#)
- 20.14.4.4)- [Cadena Ligera.](#)
- 20.14.4.5)- [Regiones Fab y Fc.](#)
- 20.14.5)- [Función .](#)
- 20.14.5.1)- [Activación del Complemento.](#)
- 20.14.5.2)- [Activación de Células Efectoras.](#)
- 20.14.6)- [Diversidad de las Inmunoglobulinas.](#)
- 20.14.6.1)- [Variabilidad de Dominios.](#)
- 20.14.6.2)- [Recombinación V \(D\) J](#)
- 20.14.6.3)- [Hipermutación Somática y Maduración de la Afinidad.](#)
- 20.14.6.4)- [Cambio de Clase.](#)
- 20.14.6.5)- [Conversión Génica.](#)
- 20.14.6.6)- [Fases Finales de la Síntesis de Inmunoglobulinas.](#)
- 20.14.7)- [Evolución de las Inmunoglobulinas .](#)
- 20.14.7.1)- [Animales Pluricelulares](#)
- 20.14.7.2)- [Deuteróstomos.](#)
- 20.14.7.3)- [Gnatostomados.](#)
- 20.14.8)- [Aplicaciones Médicas.](#)
- 20.14.8.1)- [Diagnóstico de Enfermedades.](#)
- 20.14.8.2)- [Tratamientos Terapéuticos.](#)
- 20.14.8.3)- [Terapia Prenatal.](#)
- 20.14.9)- [Aplicaciones en la Investigación Científica.](#)
- 20.14.10)- [Variantes de Anticuerpos en Medicina e Investigación.](#)
- 20.14.11)- [Véase También.](#)

- 20.14.[12](#))- [Referencias](#).
- 20.14.[13](#))- [Bibliografía](#).
- 20.14.[14](#))- [Enlaces Externos](#).

- 20.15)- CÉLULA MADRE.
- 20.15.[1](#))- [Generalidades](#).
- 20.15.[2](#))- [Tipos de Células Madre](#) .-20.15.[2.1](#))- [Las Células Madre Totipotentes](#).
- 20.15.[2.2](#))- [Las células Madre Pluripotentes](#).
- 20.15.[2.3](#))- [Las células Madre germinales](#)
- 20.15.[2.4](#))- [Las células Madre Multipotentes](#).
- 20.15.[2.5](#))- [Las células Madre Unipotentes](#).
- 20.15.[3](#))- [Métodos de Obtención de Células Madre](#).
- 20.15.[4](#))- [Reprogramación de Células Somáticas](#).
- 20.15.[5](#))- [Células Madre del Cordón Umbilical](#).
- 20.15.[6](#))- [Células Madre del Líquido Amniótico](#).
- 20.15.[7](#))- [Tratamientos con Células Madre](#) .-20.15.[7.1](#))- [Tratamientos del Cáncer](#)-20.15.[7.2](#))- [Inmunohematología](#).
- 20.15.[8](#))- [Clonación](#).
- 20.15.[9](#))- [Controversia Sobre las Células Madre](#).
- 20.15.[10](#))- [Puntos de Vista](#)
- 20.15.[11](#))- [Políticas Sobre Células Madre y Clonación Por Países](#).
- 20.15.[12](#) Véase También
- 20.15.[13](#) [Referencias](#)
- 20.15.[14](#))- [Bibliografía](#).
- 20.15.[15](#))- [Enlaces Externos](#).

-TOMO V -

-CAPÍTULO XXI -

-21)- CIENCIAS COGNITIVAS.

- 21.1) -PATOLOGÍA.
- 21.[1.1](#))- [Concepto](#).
- 21.1.[2](#))- [Proceso patológico](#).
- 21.1.[2.1](#))- [Etiología](#).
- 21.1.[2.2](#))- [Patogenia](#).
- 21.1.[2.3](#))- [Cambios Morfológicos](#).
- 21.1.[2.4](#))- [Manifestaciones Clínicas](#).
- 21.1.[3](#))- [Diagnóstico Patológico](#).
- 21.1.[4](#))- [Véase También](#).
- 21.1.[5](#))- [Notas](#).
- 21.1.[6](#))- [Referencias](#).
- 21.1.[7](#))- [Enlaces Externos](#).

[-21. 2\)- ANATOMÍA PATOLÓGICA.](#)

- 21.2.[1](#) [Historia](#).
- 21.2.[2](#))- [Etimología](#).
- 21.2.[3](#) [Respuestas Patológicas](#).
- 21.2.[4](#))- [Aspectos de la Enfermedad](#).
- 21.2.[5](#))- [Patología Celular y de los Espacios Intersticiales](#)

- 21.2.5.1)- [Lesión Celular](#) .
- 21.2.5.1.1)- [Causas de Lesión](#).
- 21.2.5.1.2)- [Adaptación Celular](#).
- 21.2.5.1.3)- [Muerte Celular](#).
- 21.2.5.2 [Enfermedades de Depósito: Tumorismos](#).
- 21.2.6)- [Inflamación](#).
- 21.2.7)- [Patología Vascular](#).
- 21.2.8)- [Referencias](#).

- 21.3)- RESERVA COGNITIVA.
- 21.3.1)- [Reserva Cognitiva y Reserva Cerebral](#).
- 21.3.2)- [Tipos de Reserva Cognitiva y Reserva Cerebral](#).
- 21.3.3)- [Reserva Cognitivas y Enfermedades Neurológicas Asociadas](#).
- 21.3.4)- [Alzheimer y Reserva Cognitiva](#).
- 21.3.5)- [Referencias](#).
- 21.3.6)- [Enlaces Externos](#).

- 21.4)- HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD.
- 21.4.1)- [Etapas de las Enfermedades](#) .
- 21.4.1.1)- [Período Prepatogénico](#) .
- 21.4.1.2)- [Período Patogénico](#) .
- 21.4.1.2.1)- [Período Subclínico o de Incubación o de Latencia](#) .
- 21.4.1.2.2)- [Período Clínico](#) .
- 21.4.2)- [Tipos de Prevención](#) .
- 21.4.2.1)- [Prevención Primaria](#) .
- 21.4.2.2)- [Prevención Secundaria](#) .
- 21.4.2.3)- [Prevención Terciaria](#) .
- 21.4.2.4)- [Prevención Cuaternaria](#).
- 21.4.3)- [Véase También](#).
- 21.4.4)- [Referencias](#).
- 21.4.5)- [Bibliografía](#).

- 21.5)- TELEPATOLOGÍA.
- 21.5.1)- [Historia](#) .
- 21.5.1.1)- [Advenimiento del Siglo XXI](#).
- 21.5.1.2)- [Actualidad](#).
- 21.5.2)- [Características Técnicas](#) .
- 21.5.2.1)- [Estándares Informáticos](#).
- 21.5.2.2)- [Equipos](#).
- 21.5.2.3)- [Manejo de Imágenes y Color](#).
- 21.5.3)- [Véase También](#).
- 21.5.4)- [Referencias](#) .
- 21.5.5)- [Bibliografía](#).
- 21.5.6)- [Enlaces Externos](#).

- 21.6)- MEDIO AMBIENTE.
- 21.6.1)- [Origen Etimológico](#) .
- 21.6.1.1)- [Medio Ambiente](#).
- 21.6.2)- [Concepto de Ambiente](#).
- 21.6.3)- [Desarrollo Histórico del Concepto Ambiental](#).
- 21.6.4)- [Factores Naturales](#) .

- 21.6.4.1)- [Organismos Vivos.](#)
- 21.6.4.2)- [Clima.](#)
- 21.6.4.3)- [Relieve.](#)
- 21.6.4.4)- [Deforestación.](#)
- 21.6.4.5)- [Sobreforestación.](#)
- 21.6.4.6)- [Incendios Forestales.](#)
- 21.6.5)- [Día Mundial del Medio Ambiente.](#)
- 21.6.6)- [Véase También.](#)
- 21.6.7)- [Referencias.](#)
- 21.6.8)- [Bibliografía.](#)
- 21.6.9)- [Enlaces Externos](#)
- 21.6.9.1)- [Medios de Comunicación Especializados en Medio Ambiente.](#)

- 21.7)- SECUELA SALUD.
- 21.7.1)- [Clasificación.](#)
- 21.7.2)- [Valoración.](#)
- 21.7.3)- [Véase También.](#)
- 21.7.4)- [Referencias.](#)

- 21.8)- TRATAMIENTO : MEDICINA O SALUD
- 21.8.1)- [Tipos de Tratamiento.](#)
- 21.8.2)- [Formas de Aplicar Tratamientos.](#)
- 21.8.3)- [Problemas del Tratamiento.](#)
- 21.8.4)- [Véase También.](#)
- 21.8.5)- [Referencias.](#)
- 21.8.6)- [Bibliografía.](#)
- 21.8.7)- [Enlaces Externos.](#)

- 21.9)- MEDICALIZACIÓN.
- 21.9.1)- [Causas.](#)
- 21.9.2)- [Protagonistas](#)
- 21.9.3)- [Áreas de medicalización](#)
- 21.9.3.1)- [Desviación de la Normalidad.](#)
- 21.9.3.2)- [Riesgos Para la Salud.](#)
- 21.9.4)- [Resistencia a la Medicalización.](#)
- 21.9.5)- [Véase También.](#)
- 21.9.6)- [Referencias](#)
- 21.9.7)- [Bibliografía](#)
- 21.9.8)- [Enlaces Externos.](#)

- 21.10)- TELEMEDICINA.
- 21.10.1)- [Definición](#)
- 21.10.2)- [Aplicaciones en Telemedicina.](#)
- 21.10.3)- [Conceptos.](#)
- 21.10.4)- [Funcionamiento de un Sistema de Telemedicina](#)
- 21.10.5)- [Estándares Informáticos.](#)
- 21.10.6)- [Historia de la Telemedicina .](#)
- 21.10.6.1)- [Cronología de Hitos a Nivel Mundial.](#)
- 21.10.7)- [Véase También.](#)
- 21.10.8)- [Bobliografía. ____.](#)

-21.10.9)- [Enlaces Externos.](#)

-21.11)- RESULTADO SANITARIO

-21.11.1)- [Cambio de la Salud.](#)

-21.11.2)- [Medición.](#)

-21.11.3)- [Resultados en Atención Primaria](#)

-21.11.4)- [Véase También.](#)

-21.11.5)- [Referencias](#)

-21.11.6)- [Enlaces Externos.](#)

-21.12)- PSICOTERAPIA.

-21.12.1)- [Escuelas de Psicoterapia](#)

-21.12.2)- [Escuelas y Enfoques.](#)

-21.12.3)- [Lista de Modalidades Psicoterapéuticas.](#)

-21.12.4)- [Objetivos de las Psicoterapias.](#)

-21.12.5)- [Eficacia de la Psicoterapia .](#)

-21.12.5.1)- [Estudios Comparativos de Eficacia.](#)

-21.12.5.2)- [Tratamientos Científicamente Validados.](#)

-21.12.6)- [Véase También.](#)

-21.12.7)- [Referencias.](#)

-21.12.8)- [Bibliografía .](#)

-21.12.8.1)- [Escuelas Psicodinámicas.](#)

-21.12.8.2)- [Escuelas Humanistas](#)

-21.12.8.3)- [Escuelas Conductistas.](#)

-21.12.8.4)- [Psicoterapia En General.](#)

-21.12.9)- [Enlaces Externos.](#)

-21.13)- CIBERPSICOTERAPIA.

-21.13.1)- [La Entrevista.](#)

-21.13.2)- [Principio, Desarrollo y Trayectoria de la Ciberpsicoterapia.](#)

-21.13.3)- [Terapias de Conducta de Tercera Generación](#)

-21.13.4)- [Véase También.](#)

-21.14)- PERSONALIDAD.

-21.14.1)- [Historia del Concepto.](#)

-21.14.2)- [Definición](#)

-21.14.2.1)- [Teoría de Enfoques Cognitivos-sociales de la Personalidad Bandura.](#)

-21.14.2.2)- [Definiciones Aditivas e Integradoras.](#)

-21.14.2.3)- [Definiciones Jerárquicas.](#)

-21.14.2.4)- [Definiciones de Ajuste al Medio.](#)

-21.14.2.5)- [Definiciones Diferenciales.](#)

-21.14.2.6)- [Otras Definiciones.](#)

-21.14.3)- [Estudios.](#)

-21.14.4)- [Un modelo de Factores Primarios.](#)

-21.14.5)- [Un modelo de Tipos.](#)

-21.14.6)- [Modelo de los Cinco Grandes.](#)

-21.14.7)- [Influencias del Ambiente en la Personalidad.](#)

-21.14.8)- [Véase También.](#)

-21.14.9)- [Referencias.](#)

-21.14.10)- [Bibliografía.](#)

-21.14.11)- [Enlaces Externos.](#)

-21.15)- PSICOLOGÍA DE LA PERSONALIDAD.

-21.16)-TRASTORNO DE PERSONALIDAD.

-21.16.1)- [Fundamentación](#)

-21.16.2)- [Clasificación](#)

-21.16.2.1)- [Lista de trastornos de personalidad definidos en el DSM.](#)

-21.16.2.2)- [Grupo A : Trastornos Raros o Excéntricos](#)

-21.16.2.3)- [Grupo B : Trastornos Dramáticos, Emocionales o Erráticos.](#)

-21.16.2.4)- [Grupo C: Trastornos Ansiosos o Temerosos.](#)

-21.16.3)- [Diagnóstico](#) .

-21.16.3.1)- [DSM-IV.](#)

-21.16.3.2)- [CIE-10.](#)

-21.16.4)- [Trastorno de Personalidad Versus Personalidad Sana.](#)

-21.16.5)- [Véase También.](#)

-21.16.6)- [Referencias-](#)

-21.16.7)- [Bibliografía.](#)

-21.17)- TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD.

-21.17.1)- [Epidemiología](#)

-21.17.2)- [Etiología](#) .

-21.17.2.1 [Factores Biológicos.](#)

-21.17.2.2)- [Problemas De Tipo Fisiológico.](#)

-21.17.3)- [Patogenia.](#)

-21.17.4)- [Diagnóstico](#) .

-21.17.4.1)- [Evaluación Inicial](#)

-21.17.4.2)- [Semiología Adicional del TLP y Biomarcadores.](#)

-21.17.4.3)- [Criterios del DSM-IV-TR.](#)

-21.17.4.4)- [Otros Sistemas Diagnósticos Distintos Al DSM.](#)

-21.17.5)- [Diagnóstico Diferencial](#) .

-21.17.5.1)- [Con Trastornos de la Afectividad.](#)

-21.17.5.2)- [Con el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad.](#)

-21.17.5.3)- [Con Otros Trastornos de Personalidad.](#)

-21.17.6)- [Cuadro Clínico](#) .

-21.17.6.1)- [Características Según el Sexo.](#)

-21.17.6.2)- [Psicopatología I: Características Generales de las Personas con TLP](#)

-21.17.6.3)- [Psicopatología II: Formas \(tipología\) de la Personalidad Límite](#)

-21.17.6.4)- [Comorbilidad.](#)

-21.17.6.5)- [Curso](#)

-21.17.7)- [Pronóstico](#)

-21.17.7.1)- [El riesgo de Suicidio en el TLP.](#)

-21.17.8)- [Tratamiento](#)

-21.17.8.1)- [Psicoterapia](#) .

-21.17.8.1.1)- [Terapia Cognitivo conductual.](#)

-21.17.8.1.2)- [Terapia Dialéctica conductual.](#)

-21.17.8.1.3)- [Terapia Cognitiva Focal de esquemas](#)

-21.17.8.1.4)- [Terapia Cognitivo-analítica.](#)

-21.17.8.1.5)- [Psicoanálisis.](#)

-21.17.8.1.6)- [Psicoterapia Enfocada a la Transferencia.](#)

-21.17.8.1.7)- [Psicoterapia Basada en la Mentalización.](#)

-21.17.8.1.8)- [Terapia de Pareja, Conyugal o de Familia.](#)

-21.17.8.2)- [Medicación](#)

- 21.17.[8.2.1\)- Antidepresivos.](#)
- 21.17.[8.2.2\)- Antipsicóticos.](#)
- 21.17.[8.2.3\)- Otros.](#)
- 21.17.[9\)- Servicios Mentales de Salud y Recuperación.](#)
- 21.17.[9.1\)- Combinar la Farmacoterapia y la Psicoterapia.](#)
- 21.17.[9.2\)- Dificultades en la Terapia .](#)
- 21.17.[9.2.1\)- Otras Estrategias.](#)
- 21.17.[10\)- Aspectos Sociológicos y Culturales .](#)
- 21.17.[10.1\)- Coste Social del TLP.](#)
- 21.17.[10.2\)- Referencias Culturales.](#)
- 21.17.[11\)- Véase También.](#)
- 21.17.[12\)- Referencias](#)
- 21.17.[13\)- Bibliografía -](#)
 - [13.1 En español](#)
 - [13.2 En alemán](#)
 - [13.3 En inglés](#)
- 21.17.[14\)- Enlaces Externos .](#)
 - [14.1 En español](#)
 - [14.2 En inglés.](#)
- 21.18)- TRASTORNO HISTRIÓNICO DE LA PERSONALIDAD.
- 21.18.[1\)- Descripción.](#)
- 21.18.[2\)- Causas.](#)
- 21.18.[3\)- Características.](#)
- 21.18.[4\)- Véase También.](#)
- 21.18.[5\)- Referencias.](#)
- 21.18.[6\)- Bibliografía .](#)
- 21.19)-TRASTORNO ANTISOCIAL DE LA PERSONALIDAD.
- 21.19.[1\)- Definición e Identificación de la Conducta.](#)
- 21.19.[2\)- Características de la Conducta Antisocial.](#)
- 21.19.[3\)- Causas.](#)
- 21.19.[4\)- Síntomas y Síndrome Antisocial.](#)
- 21.19.[5\)- Factores Influyentes a la Conducta Antisocial en Niños y Adolescentes.](#)
- 21.19.[6\)- Tratamiento.](#)
- 21.19.[7\)- Véase También.](#)
- 21.19.[8\)- Referencias.](#)
- 21.19.[9\)- Bibliografía .](#)
- 21.20)- PERSONALIDAD AUTORITARIA.
- 21.20.[1\)- La teoría Original.](#)
- 21.20.[2\)- Validez.](#)
- 21.20.[3\)- Reinterpretaciones Actuales.](#)
- 21.20.[4\)- Experimentos.](#)
- 21.20.[5\)- Véase También.](#)
- 21.20.[6\)- Referencias](#)
- 21.21)- TRASTORNO ESQUIZOIDE DE LA PERSONALIDAD.
- 21.21.[1\)- Diagnóstico según DSM IV.](#)

- 21.21.[2\)- Relaciones Sociales.](#)
- 21.21.[3\)- Diagnóstico Diferencial.](#)
- 21.21.[4\)- Perfil Fenomenológico de Akhtar.](#)
- 21.21.[5\)- Véase También.](#)
- 21.21.[6\)- Referencias.](#)
- 21.21.[7\)- Bibliografía.](#)

- 21.21.[8\)- Enlaces Externos.](#)

- 21.22)- COMPORTAMIENTO.
- 21.22.[1\)- Delimitación del Término.](#)
- 21.22.[2\)- Comportamiento en Psicología.](#)
- 21.22.[2.1\)- Conducta.](#)
- 21.22.[2.2\)- Aspectos Psico-sociales.](#)
- 21.22.[3\)- Comportamiento de los Sistemas Sociales .](#)
- 21.22.[3.1\)- Agrupaciones y Sociedades.](#)
- 21.22.[3.2\)- Costes y Beneficios de Vivir en Grupo.](#)
- 21.22.[3.3\)- Las Adaptaciones a la Vida en Grupo.](#)
- 21.22.[3.4\)- Conducta Formal.](#)
- 21.22.[3.5\)- Realización Voluntaria.](#)
- 21.22.[4\)- Comportamiento del Consumidor.](#)
- 21.22.[5\)- Véase También.](#)
- 21.22.[6\)- Referencias](#)
- 21.22.[7\)- Bibliografía.](#)
- 21.22.[8\)- Enlaces Externos](#)

- 21.23)- PENSAMIENTO.
- 21.23.[1\)- Definiciones.](#)
- 21.23.[2\)- Características.](#)
- 21.23.[3\)- Clasificación.](#)
- 21.23.[4\)- Relación entre el Pensamiento y el Lenguaje.](#)
- 21.23.[5\)- Operaciones Racionales.](#)
- 21.23.[6\)- El Pensamiento en la Tipología Psicológica.](#)
- 21.23.[7\)- Enfermedades .](#)
- 21.23.[7.1\)- Trastornos Del Curso Del Pensamiento .](#)
- 21.23.[7.1.1\)- Trastornos de la Velocidad.](#)
- 21.23.[7.1.2\)- Trastornos de la Forma.](#)
- 21.23.[7.2\)- Trastornos del Contenido del Pensamiento.](#)
- 21.23.[8\)- Véase También.](#)
- 21.23.[9\)- Referencias .](#)
- 21.23.[10\)- Bibliografía.](#)
- 21.23.[11\)- Enlaces Externos.](#)

- 21.24)- SENTIMIENTO.
- 21.24.[1\)- Introducción](#)
- 21.24.[1.1\)- Psicodinámica.](#)
- 21.24.[1.2\)- Memoria y Motivación.](#)
- 21.24.[2\)- Tipología Psicológica.](#)
- 21.24.[3\)- Referencias .](#)
- 21.24.[4\)- Bibliografía.](#)
- 21.24.[5\)- Enlaces Externos](#)

- 21.25)- IDENTIDAD.
- 21.25.1)- [En Filosofía.](#)
- 21.25.2)- [En Matemática.](#)
- 21.25.3)- [En Ciencias Sociales : principalmente Psicología, Sociología y Ciencia Política](#)
- 21.25.4)- [En Sexualidad.](#)
- 21.25.5)- [Grupos o Movimientos Políticos o Sociales.](#)
- 21.25.6)- [En Arte.](#)
- 21.25.7)- [Anatomía y Fisiología.](#)
- 21.25.8)- [Economía.](#)
- 21.25.9)- [Identificación Documental e Informática.](#)
- 21.25.10)- [Enlaces Externos.](#)

- 21.26)- INTELIGENCIA.
- 21.26.1)- [Etimología.](#)
- 21.26.2)- [Definición de la Inteligencia.](#)
- 21.26.3)- [Tipos de Inteligencia .](#)
- 21.26.3.1)- [Capacidades, Aptitudes y Habilidades.](#)
- 21.26.4)- [Ámbito Psicológico .](#)
- 21.26.4.1)- [Definiciones .](#)
- 21.26.4.1.1)- [Definición Diferencial de la American Psychological Association.](#)
- 21.26.4.1.2)- [Definición general del *Mainstream Science on Intelligence*](#)
- 21.26.4.2)- [Diversos Modelos Sobre la Estructura de la Inteligencia.](#)
- 21.26.4.2.1)- [Modelos Factoriales .](#)
- 21.26.4.2.1.1)- [Spearman y el factor G.](#)
- 21.26.4.2.1.2)- [Las Capacidades Mentales Primarias de Thurstone](#)
- 21.26.4.2.1.3)- [Modelos Jerárquicos de la Inteligencia.](#)
- 21.26.4.2.2)- [Modelos Múltiples No Factoriales](#)
- 21.26.4.2.2.1)- [Inteligencias múltiples.](#)
- 21.26.4.2.2.2)- [Teoría Triárquica de la Inteligencia.](#)
- 21.26.4.2.2.3)- [Inteligencia Emocional.](#)
- 21.26.5)- [Intentos de Medir la Inteligencia .](#)
- 21.26.5.1)- [Cociente Intelectual.](#)
- 21.26.5.2)- [Controversias.](#)
- 21.26.6)- [La Inteligencia Dentro de la Evolución Biológica .](#)
- 21.26.6.1)- [Grados.](#)
- 21.26.6.2)- [Inteligencia Primaria.](#)
- 21.26.6.3)- [Inteligencia Humana.](#)
- 21.26.7)- [Desarrollo de la Inteligencia.](#)
- 21.26.7.1)- [Principio de Lateralidad.](#)
- 21.26.7.2)- [El efecto Flynn.](#)
- 21.26.8)- [Véase También.](#)
- 21.26.9)- [Notas y Referencias.](#)
- 21.26.10)- [Bibliografía.](#)
- 21.26.11)- [Enlaces Externos.](#)

- 21.27). SENSACIÓN.
- 21.27.1)- [Diferencias Entre Sensación y Percepción.](#)
- 21.27.2)- [La Sensación en la Tipología Psicológica.](#)
- 21.27.3)- [Sentidos.](#)

-21.27.4)- [Véase También](#).

-21.27.5)- [Bibliografía](#).

-21.28)- INTUICIÓN.

-21.28.1)- [Enfoques Racionales de la Intuición](#).

-21.28.2)- [Desde la Psicología Cognitiva y la Psicología Analítica](#).

-21.28.2.1 [La intuición en la tipología psicológica](#)

-21.28.3)- [Aspectos Cognitivos](#).

-21.28.4)- [Esoterismo](#).

-21.28.5)- [Referencias](#).

-21.28.6)- [Bibliografía](#).

-21.28.7)- [Véase También](#).

-21.29)- MANUAL DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES.

-21.29.1)- [Prejuicios Relativos](#).

-21.29.2)- [Consideraciones Éticas Profesionales](#).

-21.29.3)- [Definición de Trastorno](#).

-21.29.4)- [Historia y Contexto](#).

-21.29.5)- [Diagnóstico a Través Del DSM-IV](#).

-21.29.6)- [Clasificación de los Diferentes Trastornos](#).

-21.29.6.1)- [Trastornos de Inicio en la Infancia, la Niñez o la Adolescencia](#)

-21.29.6.2)- [Trastornos Específicos](#).

-21.29.6.3)- [Delirium, Demencia, Trastornos Amnésicos y Otros Trastornos Cognoscitivos](#)

-21.29.6.4)- [Trastornos Mentales Debidos a Enfermedad Médica](#).

-21.29.6.5)- [Trastornos Relacionados con Sustancias](#).

-21.29.6.6)- [Esquizofrenia y Otros Trastornos Psicóticos](#).

-21.29.6.7)- [Trastornos del Estado de Ánimo](#).

-21.29.6.8)- [Trastornos de Ansiedad](#).

-21.29.6.9)- [Trastornos Somatomorfos](#).

-21.29.6.10)- [Trastornos Facticios](#).

-21.29.6.11)- [Trastornos Disociativos](#).

-21.29.6.12)- [Trastornos Sexuales y de la Identidad Sexual](#).

-21.29.6.13)- [Trastornos de la Conducta Alimentaria](#).

-21.29.6.14)- [Trastornos del Sueño](#).

-21.29.6.15)- [Trastornos del Control de Impulsos No Clasificados en Otros Apartados](#)

-21.29.6.16)- [Trastornos Adaptativos](#).

-21.29.6.17)- [Trastornos de la Personalidad](#).

-21.29.6.18)- [Otros Problemas Que Pueden Ser Objeto de Atención Clínica](#).

-21.29.6.19)- [Propuestas Excluidas](#).

-21.29.7)- [DSM-5](#)

-21.29.7.1)- [Nuevas categorías](#)

-21.29.8)- [Críticas](#).

-21.29.8.1)- [Limitaciones del Sistema Categorical](#).

-21.29.8.2)- [Redacción Deficiente e Inconsistente](#).

-21.29.8.3)- [Tasas Más Altas de Trastornos mentales](#).

-21.29.8.4)- [Umbrales Diagnósticos Más Bajos Para Muchos Desórdenes Existentes](#).

-21.29.8.5)- [Consecuencias Imprevistas](#).

-21.29.8.6)- [Alta Prevalencia de Comorbilidades](#).

-21.29.9)- [Véase También](#),

- 21.29.10)- [Referencias](#).
- 21.29.11)- [Bibliografía](#).
- 21.29.12)- [Enlaces Externos](#).

-TOMO VI -

-CAPÍTULO XXII -

-22)- VARIAS PATOLOGÍAS COGNITIVAS.

-22.1)- CATEGORÍA: "TRASTORNOS NEURODEGENERATIVOS".

22.2)- CATEGORÍA:"TRASTORNOS COGNITIVOS".

-22.3)- AMNESIA.

- 6.5.1)- [Tipos de Amnesia](#).
- 6.5.1.1)- [Según su Clasificación Cronológica](#).
- 6.5.1.2)- [Según su Clasificación Etiológica](#)
- 6.5.2)- [La Amnesia en la Ficción](#).
- 6.5.3)- [Véase También](#).
- 6.5.4)- [Enlaces Externos](#).

22.4)- DEMENCIA

- 6.6.1)- [Déficit Cognitivo](#).
- 6.6.2)- [Evolución de la Enfermedad](#).
- 6.6.3)- [Tipos de Demencia Según Etiología](#) .
- 6.6.3.1)- [Demencias Degenerativas o Primarias](#).
- 6.6.3.2)- [Demencias Secundarias](#).
- 6.6.4)- [Importancia de las Demencias Degenerativas](#).
- 6.6.5)- [Referencias](#).
- 6.6.6)- [Véase También](#).
- 6.6.7)- [Enlaces Externos](#).

-22.5)- DELÍRIUM.

- 6.7.1)- [Descripción](#).
- 6.7.2)- [Epidemiología](#)
- 6.7.3)- [Factores de Riesgo](#).
- 6.7.4)- [Incubación](#).
- 6.7.5)- [Medicación](#).
- 6.7.6)- [Síntomas](#).
- 6.7.7)- [Recomendaciones Para Reconocer un S.C.A.](#)
- 6.7.8)- [Tratamiento](#) .
- 6.7.8.1)- [Prevención](#).
- 6.7.8.2)- [Tratamiento Específico](#).
- 6.7.8.3)- [Tratamiento de Soporte](#).
- 6.7.9)- [Véase También](#).

-22.6)- TRASTORNO DE ANSIEDAD.

- 6.8.1)- [Clasificación](#).
- 6.8.1.1)- [Trastorno de Ansiedad Generalizada](#).

- 6.8.[1.2\)](#)- [Trastorno de Pánico.](#)
- 6.8.[1.3\)](#)- [Trastorno de Pánico con Agorafobia.](#)
- 6.8.[1.4\)](#)- [Trastorno Fóbico.](#)
- 6.8.[1.5\)](#)- [Trastorno de Ansiedad Social.](#)
- 6.8.[1.6\)](#)- [Trastorno Obsesivo-compulsivo.](#)
- 6.8.[1.7\)](#)- [Trastorno de Estrés Post-traumático.](#)
- 6.8.[1.8\)](#)- [Trastorno de Ansiedad por Separación.](#)
- 6.8.[1.9\)](#)- [Trastornos de Ansiedad en la Infancia.](#)
- 6.8.[2\)](#)- [Causas .](#)
- 6.8.[2.1\)](#)- [Biológicas .](#)
- 6.8.[2.1.1\)](#)- [Amígdala.](#)
- 6.8.[2.1.2\)](#)- [Hipocampo.](#)
- 6.8.[2.2\)](#)- [Estresores.](#)
- 6.8.[3\)](#)- [Epidemiología.](#)
- 6.8.[4\)](#)- [Patogenia .](#)
- 6.8.[4.1\)](#)- [Psicoterapia.](#)
- 6.8.[4.2\)](#)- [Farmacoterapia.](#)
- 6.8.[4.3\)](#)- [Biblioterapia.](#)
- 6.8.[5\)](#)- [Pronóstico.](#)
- 6.8.[6\)](#)- [Referencias.](#)
- 6.8.[7\)](#)- [Enlaces Externos.](#)

[-22.7\)- FOBIAS.](#)

- 6.9.[1\)](#)- [Historia y Datos Estadísticos.](#)
- 6.9.[2\)](#)- [Tratamiento.](#)
- 6.9.[3\)](#)- [Componentes de la Respuesta Fóbica.](#)
- 6.9.[4\)](#)- [Casos No Psicológicos.](#)
- 6.9.[5\)](#)- [Clases de Fobias.](#)
- 6.9.[6\)](#)- [Fobia Escolar.](#)
- 6.9.[7\)](#)- [Usos No Clínicos del Término.](#)
- 6.9.[8\)](#)- [Véase También.](#)
- 6.9.[9\)](#)- [Referencias.](#)
- 6.9.[10\)](#)- [Bibliografía.](#)
- 6.9.[11\)](#)- [Enlaces Externos.](#)

[-22.8\)- PÁNICO.](#)

[-22.9\)- TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO.](#)

- 6.11.[1\)](#)- [Definición.](#)
- 6.11.[2\)](#)- [Tipos de TOC y Obsesiones Recurrentes .](#)
- 6.11.[2.1\)](#)- [Tipos de TOC.](#)
- 6.11.[2.2\)](#)- [Obsesiones y Compulsiones Recurrentes.](#)
- 6.11.[3\)](#)- [Variables Cognitivas.](#)
- 6.11.[4\)](#)- [Causas de los Síntomas del TOC.](#)
- 6.11.[5\)](#)- [Diagnóstico .](#)
- 6.11.[5.1\)](#)- [DSM-V.](#)
- 6.11.[5.2\)](#)- [CIE-10 .](#)
- 6.11.[5.2.1\)](#)- [F42.0.](#)
- 6.11.[5.2.2\)](#)- [F42.1.](#)
- 6.11.[5.2.3\)](#)- [F42.2.](#)
- 6.11.[5.2.4\)](#)- [F42.8 y F42.9.](#)

- [-6.11.6\)- Comorbilidad .](#)
- [-6.11.6.1\)- Depresión.](#)
- [-6.11.6.2\)- Trastornos del Espectro Obsesivo-compulsivo.](#)
- [-6.11.7\)- Tratamientos del TOC .](#)
- [-6.11.7.1\)- Psicofármacos.](#)
- [-6.11.7.2\)- Psicoterapia Conductual \(Exposición con Prevención de Respuesta, EPR\).](#)
- [-6.11.7.3\)- Psicoterapia Cognitiva.](#)
- [-6.11.7.4\)- Psicoterapia de Orientación Psicoanalítica.](#)
- [-6.11.8\)- Prevalencia.](#)
- [-6.11.9 \)- Véase También.](#)
- [-6.11.10\)- Referencias.](#)
- [-6.11.11\)- Bibliografía Adicional.](#)
- [-6.11.12\)- Enlaces Externos.](#)

-22.10)- TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO.

- [-6.12.1\)- Introducción.](#)
- [-6.12.2\)- Síntomas y Diagnóstico .](#)
- [-6.12.2.1\)- Trastorno de Estrés Postraumático \[309.81\] \(F43.10\) según DSM-V.](#)
- [-6.12.2.2 \)- Trastorno de Estrés Postraumático en Niños Menores de 6 Años.](#)
- [-6.12.3\)- Epidemiología.](#)
- [-6.12.4\)- Etiología.](#)
- [-6.12.5 \)- Tratamiento.](#)
- [-6.12.6 \)- Véase También.](#)
- [-6.12.7\)- Referencias.](#)
- [-6.12.8\)- Enlaces Externos.](#)

-22.11)- TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO

- [-6.13.1\)- Historia .](#)
- [-6.13.2\)- Epidemiología.](#)
- [-6.13.3 \)- Clasificación .](#)
- [-6.13.3.1\)- Trastornos Depresivos.](#)
- [-6.13.3.2\)- Trastornos Bipolares.](#)
- [-6.13.3.3\)- Trastornos del Estado del Ánimo Inducidos por Sustancias .](#)
- [-6.13.3.3.1\)- Inducidos por el Alcohol.](#)
- [-6.13.3.3.2\)- Inducidos por las Benzodiacepinas.](#)
- [-6.13.3.4\)- Trastorno del Estado de Ánimo No Especificado.](#)
- [-6.13.4\)- Véase También.](#)
- [-6.13.5\)- Referencias.](#)
- [-6.13.6\)- Bibliografía.](#)

- CAPÍTULO XXIII)-

-23)- DIVERSAS PATOLOGÍAS NEUROLÓGICAS.

-23.1)- CATEGORÍA ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS TIPO A.

- 7.1.1)- Enfermedades Inflamatorias del Sistema Nervioso Central.
- 7.1.2)- Atrofias Sistémicas con Afección Primaria del Sistema Nervioso Central.
- 7.1.3)- Trastornos Extrapiramidales y del Movimiento.
- 7.1.4)- Demencias.
- 7.1.5)- Enfermedades Desmielinizantes.
- 7.1.6)- Trastornos Episódicos y Paroxísticos.
- 7.1.7)- Trastornos de los Nervios, de las Raíces y de los Plexos Nerviosos.

- 7.1.8)- Polineuropatías.
- 7.1.9)- Enfermedades Musculares y de la Unión Neuromuscular.
- 7.1.10)- Parálisis Cerebral y otros Síndromes Paralíticos.
- 7.1.11)- Otras Enfermedades del Sistema Nervioso.
- 7.1.12)- Neoplasias del Sistema Nervioso.
- 7.1.13)- Patología Vascular.
- 7.1.14)- Síntomas Neurológicos.

- 23.2)- SUBGATEGORIA ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS TIPO B. (Por orden Alfabético).

- CAPÍTULO XXIV-
- 24)- SITUACIONES COGNITIVAS.

- 24.1)-ESTRÉS.
- 7.3.[1\)- Información General.](#)
- 7.3.[2\)- Historia.](#)
- 7.3.[3\)- Eustrés y Distrés.](#)
- 7.3.[4\)- Eustrés.](#)
- 7.3.[5\)- Distrés.](#)
- 7.3.[6\)- Fisiopatología.](#)
- 7.3.[7\)- Reacciones Psicológicas.](#)
- 7.3.[8\)- Factores Desencadenantes.](#)
- 7.3.[9\)- Endocrinología.](#)
- 7.3.[10\)- Cuadro clínico](#)
- 7.3.[10.1\)- Estados de Adaptación](#)
- 7.3.[10.2\)- Estrés Postraumático.](#)
- 7.3.[10.3\)- Estrés en el Magisterio.](#)
- 7.3.[10.4\)- Adicciones Causadas por el Estrés ,](#)
- 7.3.[10.4.1\)- Adicciones.](#)
- 7.3.[11\)- El Estrés en la Empresa.](#)
- 7.3.[12\)- Tratamiento .](#)
- 7.3.[12.1\)- La resistencia al Estrés.](#)
- 7.3.[13\)- Véase también.](#)
- 7.3.[14\)- Referencias.](#)
- 7.3.[15\)- Enlaces Externos.](#)

- 24.2)- ENZIMAS.
- 7.4.[1\)- Etimología e Historia.](#)
- 7.4.[2\)- Estructuras y Mecanismos.](#)
- 7.4.[2.1\)- Especificidad .](#)
- 7.4.[2.1.1\)- Modelo de la "llave-cerradura".](#)
- 7.4.[2.1.2\) Modelo del Encaje Inducido.](#)
- 7.4.[2.2 \)- Mecanismos .](#)
- 7.4.[2.2.1\)- Estabilización del Estado de Transición.](#)
- 7.4.[2.2.2\)- Dinámica y Función.](#)
- 7.4.[2.3\)- Modulación Alostérica.](#)
- 7.4.[3\)- Cofactores y Coenzimas.](#)
- 7.4.[3.1\)- Cofactores.](#)
- 7.4.[3.2\)- Coenzimas.](#)
- 7.4.[4\)- Termodinámica.](#)
- 7.4.[5\)- Cinética.](#)

- 7.4.[6\)- Inhibición.](#)
- 7.4.[7\)- Función Biológica.](#)
- 7.4.[8 \)- Control de la Actividad.](#)
- 7.4.[9\)- Implicaciones en Enfermedades.](#)
- 7.4.[10\)- Clasificación y Nomenclatura de Enzimas.](#)
- 7.4.[11\)- Aplicaciones Industriales.](#)
- 7.4.[12\)- Véase También.](#)
- 7.4.[13\)- Referencias.](#)
- 7.4.[14\)- Lecturas Complementarias.](#)
- 7.4.[15\)- Enlaces Externos.](#)

- 24.3)- TOMA DE DECISIONES.
- 7.5.[1\)- Clasificación de las Decisiones .](#)
- 7.5.[1.1\)- Decisiones Programadas.](#)
- 7.5.[1.2 \)- Decisiones No Programadas.](#)
- 7.5.[2\)- Indecisión .](#)
- 7.5.[2.1\)- ¿En Qué Etapa Son Más Frecuentes Las Indecisiones?.](#)
- 7.5.[2.2\)- ¿A Qué Se Debe La Indecisión?.](#)
- 7.5.[3\)- Análisis de la Indecisión.](#)
- 7.5.[3.1\)- El Estado de Ánimo.](#)
- 7.5.[3.2\)- La Importancia de la Situación.](#)
- 7.5.[3.3\)- El Miedo al Cambio.](#)
- 7.5.[3.4\)- Múltiples Opciones a Tomar.](#)
- 7.5.[3.5\)- Baja Autoestima.](#)
- 7.5.[4 \)- Las Decisiones en el Contexto Empresarial .](#)
- 7.5.[4.1\)- Modelo Racional.](#)
- 7.5.[4.2\)- Modelo de Racionalidad Limitada.](#)
- 7.5.[4.3\)- Modelo Político.](#)
- 7.5.[5\)- Estilo de Toma de Decisiones.](#)
- 7.5.[5.1\)- Estilo Directivo.](#)
- 7.5.[5.2\)- Estilo Analítico.](#)
- 7.5.[5.3\)- Estilo Conceptual.](#)
- 7.5.[5.4\)- Estilo Conductual.](#)
- 7.5.[6 \)- Situaciones o Contextos de Decisión .](#)
- 7.5.[6.1\)- Ambiente de Certeza.](#)
- 7.5.[6.2\)- Ambiente de Riesgo.](#)
- 7.5.[6.3\)- Ambiente de Incertidumbre.](#)
- 7.5.[7\)- Proceso de Toma de Decisiones .](#)
- 7.5.[7.1\)- Identificar y Analizar el Problema.](#)
- 7.5.[7.2\)- Identificar los Criterios de Decisión y Ponderarlos.](#)
- 7.5.[7.3\)- Definir la Prioridad Para Atender el Problema.](#)
- 7.5.[7.4\)- Generar las Opciones de Solución.](#)
- 7.5.[7.5\)- Evaluar las Opciones.](#)
- 7.5.[7.6\)- Elección de la Mejor Opción.](#)
- 7.5.[7.7\)- Aplicación de la Decisión.](#)
- 7.5.[7.8\)- Evaluación de los Resultados.](#)
- 7.5.[7.9 \)-Procesos Cognitivos Implicados en la Toma de Decisiones.](#)
- 7.5.[8\)- La Información Como Materia Prima.](#)
- 7.5.[9 \)- Sesgos Cognitivos en la Toma de Decisiones.](#)
- 7.5.[10\)- Véase También.](#)
- 7.5.[11\)- Referencias.](#)

-24.4)- CERTEZA Y OPINIÓN.

-7.6.1)- [Introducción](#)

-7.6.2)- [Dos Modos de Concebir el Conocimiento y Su Relación Con la Verdad](#)

-7.6.2.1)- [El Realismo](#).

-7.6.2.2)- [El Escepticismo](#).

-7.6.3)- [El Problema del Conocimiento y la Afirmación Como Certeza u Opinión](#) .

-7.6.3.1)- [En la Filosofía Tradicional](#).

-7.6.3.2)- [En la Edad Moderna](#) .

-7.6.3.2.1)- [El Subjetivismo](#).

-7.6.3.2.2)- [Las Ideologías](#).

-7.6.3.2.3)- [El Cientifismo y la Crisis de la Ciencia Como Conocimiento Ciertó](#).

-7.6.4)- [La Situación Actual: ¿Conocimiento de la verdad o valor performativo del conocimiento?](#).

-7.6.5)- [Conclusión](#).

-7.6.6)- [Véase También](#).

-7.6.7)- [Notas y Referencias](#).

-7.6.8)- [Bibliografía](#)-

-24.5)- INCONSCIENTE.

-7.7.1)- [Historia del Término](#).

-7.7.2)- [Procesos Inconscientes y La Mente Inconsciente](#).

-7.7.3)- [Psicoanálisis](#) .

-7.7.3.1)- [El Inconsciente en la Obra de Sigmund Freud](#).

-7.7.3.2)- [Lo Inconsciente Colectivo en Carl Gustav Jung](#).

-7.7.3.3)- [El Inconsciente en Jacques Lacan](#).

-7.7.4)- [Mente Inconsciente en Psicología Cognitiva Contemporánea](#) .

-7.7.4.1)- [Investigación](#).

-7.7.4.2)- [Procesamiento Inconsciente de la Información Sobre Frecuencia](#).

-7.7.4.3)- [Gramáticas Artificiales](#).

-7.7.4.4)- [Adquisición Inconsciente de Conocimiento Procedural](#).

-7.7.4.5)- [Inconsciencia Versus No Conciencia](#).

-7.7.5)- [Controversia](#).

-7.7.6)- [Véase También](#).

-7.7.7)- [Notas y Referencias](#).

-7.7.8)- [Bibliografía](#).

-7.7.9)- [Enlaces Externos](#) .

-7.7.9.1)- [Documentales](#).

-24.6)- PSICONEUROINMUNOLOGÍA.

-7.8.1)- [Definición](#).

-7.8.2)- [Historia](#) .

-7.8.2.1)- [Antecedentes](#).

-7.8.2.2)- [Nacimiento y Desarrollo](#).

-7.8.3)- [Estrés](#).

-7.8.4)- [Relaciones Entre Sistemas](#).

-7.8.5)- [Estudios](#) .

-7.8.5.1)- [Sugestión](#)

-7.8.5.1.1)- [Efecto Placebo](#).

-7.8.5.1.2)- [Efecto Nocebo](#).

-7.8.6)- [Véase También](#).

-7.8.7)- [Referencias-](#)

-7.8.8)- [Bibliografía.](#)

-7.8.9)- [Enlaces Externos.](#)

-24.7)- SUEÑO.

-7.9.1)- [Etapas del Sueño .](#)

-7.9.1.1)- [Necesidades de Sueño y Edad.](#)

-7.9.2)- [Función Biológica del Sueño .](#)

-7.9.2.1)- [Eliminación de Residuos Celulares del Cerebro.](#)

-7.9.3)- [Efectos del Sueño .](#)

-7.9.3.1)- [Consolidación de la Memoria .](#)

-7.9.3.1.1)- [Procesamiento de la Memoria.](#)

-7.9.3.2)- [La Privación del Sueño Aumenta la Eficacia del Sueño.](#)

-7.9.4)- [Áreas del Encéfalo Implicadas en el Sueño .](#)

-7.9.4.1)- [Fármacos Que Afectan Al Sueño.](#)

-7.9.4.2)- [Enfermedades del Sueño.](#)

-7.9.5)- [El Sueño en los Animales.](#)

-7.9.6)- [Véase También.](#)

-7.9.7)- [Referencias.](#)

-7.9.8)- [Bibliografía.](#)

-7.9.9)- [Enlaces Externos.](#)

-24.8)- RITMO CIRCADIANO.

-7.10.1)- [Características.](#)

-7.10.2)- [Historia.](#)

-7.10.3)- [Orígenes.](#)

-7.10.4)- [Ritmos Circadianos Animales .](#)

-7.10.4.1)- [El Núcleo Supraquiasmático.](#)

-7.10.4.2)- [Hormonas Afectadas por el Ciclo Circadiano.](#)

-7.10.4.3)- [Más Allá del "Reloj Maestro".](#)

-7.10.5)- [Interrupción de Ritmos Circadianos.](#)

-7.10.6)- [Control Celular del Ciclo Circadiano.](#)

-7.10.7)- [Véase También.](#)

-7.10.8)- [Referencias,](#)

-24.9)- EL YO.

-7.11.1)- [El Yo en la Lingüística.](#)

-7.11.2)- [El Yo en la Antropología.](#)

-7.11.3)- [El Yo en Filosofía.](#)

-7.11.4)- [El Yo en Psicología .](#)

-7.11.4.1)- [El Yo Según el Psicoanálisis.](#)

-7.11.4.2)- [El Yo Según la Psicología Analítica.](#)

-7.11.4.3)- [El Yo Según el Posracionalismo \(Cognitivo-constructivista\)](#)

-7.11.5)- [El Yo en la Filosofías Místicas Orientales.](#)

-7.11.6)- [Debates en Torno a la Idea del Yo.](#)

-7.11.7)- [Formas Adjetivas: Yoico, Yoica.](#)

-7.11.8)- [Véase También.](#)

-7.11.9)- [Referencias.](#)

-24.10)- DROGODEPENDENCIA.

-7.12.1)- [Criterios Diagnósticos.](#)

- 7.12.2)- [Circuitos Neurales Implicados en la Dependencia](#).
- 7.12.3)- [Aspectos Relacionados con la Drogodependencia](#) .
- 7.12.3.1)- [Causas de la Adicción](#).
- 7.12.3.2)- [Perfil Psicosocial del Drogadicto, Consecuencias y Centros de Apoyo](#).
- 7.12.3.3)- [Efectos](#).
- 7.12.3.4)- [El Deporte en la Lucha Contra las Adicciones](#).
- 7.12.4)- [La Drogadicción en la Infancia; Causas y Prevención](#).
- 7.12.5)- [Abuso en el Consumo de Sustancias Controladas](#) .
- 7.12.5.1)- [Antecedentes](#).
- 7.12.5.2)- [Consumo de Sustancias Controladas en las Escuelas](#).
- 7.12.5.3)- [Actualidad](#).
- 7.12.5.4)- [Acciones Internacionales](#).
- 7.12.6)- [Referencias](#).
- 7.12.7)- [Bibliografía](#).
- 7.12.8)- [Enlaces Externos](#).

- 24.11)- ALCOHOLISMO.
- 7.13.1)- [El Alcoholismo como Enfermedad Incurable, Progresiva y Mortal](#).
- 7.13.2)- [Tipos de Alcoholismo](#).
- 7.13.3)- [Efectos Crónicos en el Embarazo](#).
- 7.13.4)- [Impacto Social](#).
- 7.13.5)- [Adolescencia: Etapa Vulnerable](#).
- 7.13.6)- [Datos y Cifras](#) .
- 7.13.6.1)- [País por País](#).
- 7.13.7)- [Tratamiento](#).
- 7.13.8)- [Ayuda Para la Recuperación](#).
- 7.13.9)- [Véase También](#).
- 7.13.10)- [Referencias](#).
- 7.13.11)- [Enlaces Externos](#).

- 24.12)- MEMORIA (PROCESO) .
- 7.14.1)- [Historia](#).
- 7.14.2)- [Fases](#).
- 7.14.3)- [Memoria Sensorial](#).
- 7.14.4)- [Memoria a Corto Plazo](#) .
- 7.14.4.1)- [Subsistemas](#).
- 7.14.4.2)- [Consecuencias de la Limitación de Recursos](#).
- 7.14.5)- [Memoria a Largo Plazo](#) .
- 7.14.5.1)- [Clasificación por Tipo de Información](#) .
- 7.14.5.1.1)- [Memoria Procedimental \(Implícita\)](#).
- 7.14.5.1.2)- [Memoria Declarativa \(Explícita\)](#).
- 7.14.6)- [Los Recuerdos](#).
- 7.14.7)- [Patologías](#) .
- 7.14.7.1)- [Alteraciones Cuantitativas](#) .
- 7.14.7.1.1)- [Amnesias](#).
- 7.14.7.1.2)- [Hipomnesia](#).
- 7.14.7.1.3)- [Hipermnesia](#).
- 7.14.7.1.4)- [Dismnesia](#).
- 7.14.7.2)- [Alteraciones Cualitativas](#).
- 7.14.7.3)- [Tratamientos Contra la Pérdida de la Memoria](#).
- 7.14.8)- [Mecanismos de Olvido](#).

- 7.14.9)- [Los 7 Pecados de la Memoria : Según Schacter.](#)
- 7.14.10) [Véase También.](#)
- 7.14.11)- [Referencias.](#)
- 7.14.12)- [Bibliografía.](#)
- 7.14.13)- [Enlaces Externos.](#)

- 24.13)- OPTIMISMO.
- 7.15.1)- [Concepto.](#)
- 7.15.2)- [Historia.](#)
- 7.15.3)- [Referencias](#)
- 7.15.4)- [Bibliografía](#)
- 7.15.5)- [Enlaces Externos.](#)

- 24.14)- ANSIEDAD.
- 7.16.1)- [Descripción General.](#)
- 7.16.2)- [Ansiedad Patológica .](#)
- 7.16.2.1)- [Diferencia Entre Ansiedad Normal y Patológica.](#)
- 7.16.3)- [Síntomas .](#)
- 7.16.3.1)- [Escala de Ansiedad Hamilton.](#)
- 7.16.3.2)- [Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg.](#)
- 7.16.4)- [Diagnóstico Diferencial.](#)
- 7.16.5)- [Pronóstico.](#)
- 7.16.6)- [Véase También.](#)
- 7.16.7)- [Referencias.](#)
- 7.16.8)- [Enlaces Externos.](#)

- 24.15)- POSMODERNISMO.
- 7.17.1)- [Dónde y Cuándo Surgió la Posmodernidad.](#)
- 7.17.2)- [Como Periodo Histórico.](#)
- 7.17.2.1)- [Características Histórico Sociales.](#)
- 7.17.2.2)- [Características Sociopsicológicas.](#)
- 7.17.3)- [Como Actitud Filosófica .](#)
- 7.17.3.1)- [Crítica Posmoderna.](#)
- 7.17.3.2)- [Posmodernidad e Historiografía.](#)
- 7.17.3.2.1)- [La Introducción de la Posmodernidad en la Historia.](#)
- 7.17.3.2.2)- [Consecuencias Para la Historiografía.](#)
- 7.17.4)- [Como Movimiento Artístico .](#)
- 7.17.4.1)- [Arquitectura.](#)
- 7.17.4.2)- [Artes Plásticas. Música.](#)
- 7.17.4.3)- [Cine.](#)
- 7.17.4.4)- [Literatura.](#)
- 7.17.5)- [Definiciones y Críticas de Posmodernidad Según Autores.](#)
- 7.17.6)- [Véase También.](#)
- 7.17.7)- [Referencias](#)
- 7.17.8)- [Bibliografía.](#)

-TOMO V -

-CAPÍTULO XXI -

-21)- CIENCIAS COGNITIVAS-

-21.1)- PATOLOGÍA.

-De Wikipedia, la enciclopedia libre..

Patología

Parte de [Medicina](#)



Ciencia [médica](#) encargada del estudio de las [enfermedades](#).



-Carcinoma en la mama.

-La patología humana es la rama de la [medicina](#) encargada del estudio de las [enfermedades](#) en las personas. De forma más específica, esta disciplina se encarga del estudio de los cambios estructurales bioquímicos y funcionales, que subyacen a la enfermedad en células, tejidos y órganos.

.La patología usa herramientas: moleculares, [microbiológicas](#), [inmunológicas](#) y [morfológicas](#), para tratar de explicar la [etiología](#) y manifestaciones clínicas : [signo](#) y [síntoma](#), que presentan los pacientes; al tiempo que propone bases racionales para el tratamiento y [profilaxis](#).

.Suele considerarse como el enlace entre las [ciencias básicas](#) y las [ciencias clínicas](#).¹.

-La patología se divide para su estudio en dos grandes ramas: la patología general, que se ocupa de las reacciones de las células y tejidos frente a estímulos anormales y defectos [genéticos](#); y la patología sistémica, que analiza las alteraciones de órganos y tejidos especializados.

-Índice.

-21.1)- PATOLOGÍA.

-21.1.1)- [Concepto](#)

-21.1.2)- [Historia](#) .

-21.1.2.1) [Etapa Humoral](#).

-21.1.2.2)- [Etapa Orgánica](#).

-21.1.2.3)- [Etapa tisular](#).

-21.1.2.4)- [Etapa Molecular](#).

-21.1.3)- [Proceso patológico](#)

- 21.1.3.1)- [Etiología](#)
- 21.1.3.2)- [Patogenia](#)
- 21.1.3.3)- [Cambios Morfológicos](#)
- 21.1.3.4)- [Manifestaciones Clínicas](#)
- 21.1.4)- [Diagnóstico Patológico](#)
- 21.1.5)- [Véase También](#)
- 21.1.6)- [Notas](#).
- 21.1.7)- [Referencias](#)
- 21.1.8)- [Enlaces externos](#)

-21.1)- Concepto.

-La palabra patología significa 'estudio de la enfermedad', y se origina del [griego](#), específicamente de las [raíces etimológicas](#) πάθος (*pathos*), que significa 'enfermedad' y λογία (*loguía*), que significa 'estudio' o 'tratado'. El término [MeSH](#) lo define como:²:

A specialty concerned with the nature and cause of disease as expressed by changes in cellular or tissue structure and function caused by the disease process.

Una especialidad que trata acerca de la naturaleza^{nota 1} y causa de la enfermedad tal como se expresa por los cambios en la estructura celular o tejido y la función causada por el proceso de la enfermedad.

-La patología no debe confundirse con la [nosología](#), que es la descripción y sistematización de las enfermedades.

-Las palabras "patología" o "patologías", no son sinónimos de "[enfermedad](#)" o "enfermedades", ya que hacen referencia a una ciencia, y no al nombre de las enfermedades.³ Ejemplos: es incorrecto "patologías inflamatorias", lo correcto es "enfermedades inflamatorias"; es incorrecto "patología neuronal", lo correcto es "enfermedad neuronal".

-21.1.2)- Historia.

- [Historia de la patología](#).

-El conocimiento de la patología : *pathos* o *πάθος* = dolor, dolencia o enfermedad) procede de muy antiguo. Desde el principio quedó englobado en el concepto de medicina (*mederis* = curar).⁴.

.Al principio los procesos morbosos, se atribuían a causas o influjos sobrenaturales, y se *curaba* mediante la magia, correspondiendo ejercitarla a los sacerdotes, entre los [babilonios](#), [persas](#), [egipcios](#), [indios](#), [israelitas](#), [griegos](#) y [romanos](#).⁵.

.Los conceptos de patología y de terapéutica, se englobaban en el de medicina. La medicina animal, por su parte, era practicada empíricamente por los [pastores](#).⁵.

-21.1.2.1)- Etapa Humoral.

.Posteriormente, la patología empezó a apoyarse en bases biológicas y filosóficas. [Aristóteles](#) e [Hipócrates](#), adquirieron sus conocimientos básicos de patología, estudiando sobre los animales y sobre sus enfermedades.

.Hipócrates de Cos, formuló el primer concepto de enfermedad, al exponer sus ideas de crisis y discrasia, en la mezcla de los cuatro humores cardinales, componentes del organismo vivo : doctrina de los cuaterniones: sangre, pituitaria, bilis y atrabilis.⁶⁷.

.Entre los griegos, los [buiatras](#) e [hipiatras](#), estaban solo dedicados a la patología animal. De enfermedades de los animales trataron: [Jenofonte](#), [Catón el Viejo](#) (*De Agri Cultura*), [Virgilio](#) y [Columela](#). Este último, Columela, fue el primero en usar la palabra "veterinario".⁸.

.En Roma, en patología animal, destacaron [Aspirtos](#)⁹ y [Vegetius](#) (*Digesta Artis Mulomedicinae*: Tratado de veterinaria sobre las enfermedades de caballos y mulos.⁸⁵). [Galeno](#), en el siglo II, crea la Medicina como cuerpo de doctrina, la sistematiza y la divide en:⁸

- *Physiologicon*: conocimiento de las cosas naturales (*res naturales*).
- *Ethiologicon*: noticias de las causas.
- *Pathologicon*: consideración de las dolencias (*res proeter naturales*).
- *Higienon*: estudio de la conservación de la salud.
- *Semioticon*: observación e interpretación de los signos.
- *Therapeuticon*: modo de curar las enfermedades.

-Este enfoque se mantendría durante toda la Edad Media.

-Entre los [árabes](#) el nombre para la medicina animal, que perduró en la [península ibérica](#) hasta el siglo XIX, era "albeitería"¹⁰ y el de "albéitar" para "veterinario".⁸⁵

-21.1.2.2)- Etapa Orgánica.

-Nace durante el [Renacimiento](#), gracias a los trabajos de exploración y descripción del organismo humano, realizados por anatomistas como: [Andreas Vesalius](#), [Antonio Benivieni](#), pionero de la anatomía patológica, y otros.⁷

.[Francisco de la Reyna](#), S. XVI),¹¹ protoalbéitar español, descubrió la circulación de la sangre, antes que [Servet](#) la [circulación pulmonar](#), y que [Harvey](#) la [gran circulación](#).⁵

.Al irrumpir la filosofía en la patología : vitalistas y mecanicistas, se originan abstracciones que dan lugar al concepto actual de "Patología General".⁸

-21.1.2.3)- Etapa Tisular.

-Se inicia con la invención del [microscopio](#). Uno de los primeros exponentes de esta etapa fue [Xavier Bichat](#).⁷

.Aparece la "Patología Clínica", basada en la observación de los hechos; esta se divide en:⁸⁵

- Morfopatología o Patología celular : creada por [Virchow](#).
- Fisiopatología experimental, cuyas bases fueron creadas por [Claude Bernard](#).

-Ambas tienden a fundirse actualmente en la "Fisiología constitucional", que considera como unidad vital al individuo entero.

-21.1.2.4)- Etapa Molecular.

-Desde el punto de vista físico-químico, [Heinrich Schade](#), creó su "Patología molecular" (*Molekularpathologie* 1935).¹²

.Hay una "Patología comparada", que estudia, de modo comparativo, la patología en las distintas especies animales no humanos¹³ y en el hombre.⁸

.La práctica de la "Patología Veterinaria" se ha extendido a todas las especies domésticas: vacuno, pequeños rumiantes, équidos, cerdo, carnívoros, roedores, aves, peces y, también, a insectos, anfibios y reptiles, tanto desde el punto de vista económico, como del de lujo, compañía, deportivo, conservacionista o del educativo.⁵

-Los conceptos actuales de "patología"⁸ pueden tener un enfoque:

- Doctrinal: Es la ciencia que trata de todas las alteraciones de lo normal (*res proeternaturales* de Galeno), de todo aquello que produce dolor o padecimiento.
- Docente: Divide la patología en "general" y "especial". La patología especial queda dividida en "médica o interna" y "quirúrgica o externa", divisiones arbitrarias pero

didácticas. La "patología interna especial", divide, a su vez, a las enfermedades, atendiendo a criterios [etiológicos](#), en: esporádicas, parasitarias e infecciosas.

-21.1.3)- Proceso Patológico.

-El proceso patológico está compuesto de cuatro aspectos principales: [etiología](#), [patogenia](#), [cambios morfológicos](#) : alteraciones morfológicas, y manifestaciones clínicas :alteraciones funcionales.¹ .La base de este razonamiento fue introducida por [Rudolf Virchow](#), el padre de la patología moderna, en el siglo XIX, quien afirmaba que: *Todas las formas de la enfermedad, son el resultado final de las alteraciones moleculares o estructurales de la célula.*

-21.1.3.1)- Etiología.

-La [etiología](#) se refiere a las causas de la enfermedad. El concepto de que ciertos síntomas o enfermedades son *causados*, tiene una antigüedad reconocible.¹ Los acadios, hace más de 2500 años, consideraban que la enfermedad era el resultado de los [pecados](#) del paciente.¹⁴ .
-Las causas etiológicas suelen dividirse en genéticas y adquiridas. En la [historia de la medicina](#) han existido varios modelos acerca de las causas de la enfermedad, entre los que destacan los modelos unifactoriales : un solo agente causal, y los multifactoriales : varias condiciones favorecen el desarrollo de la enfermedad.¹

-21.1.3.2)- Patogenia.

-La [patogenia](#) es la secuencia de acontecimientos, que constituyen la respuesta de las células o los tejidos ante un agente etiológico, desde el estímulo inicial, hasta la expresión final de la enfermedad.¹ .
Este aspecto de la patología suele considerarse el más importante, ya que estudia las relaciones entre los agentes etiológicos y la fisiología.

-21.1.3.3)- Cambios Morfológicos.

-Los cambios morfológicos son las alteraciones estructurales de tejidos o células ,que caracterizan a una enfermedad, o permiten diagnosticar un proceso etiológico.¹

-21.1.3.4)- Manifestaciones Clínicas.

-Las manifestaciones clínicas son la expresión de las alteraciones genéticas, bioquímicas y estructurales de las células y tejidos, y que condicionan su evolución.¹

-21.1.4)- Diagnóstico Patológico.

.Los patólogos pueden ser anatomopatólogos o patólogos clínicos. Los anatomopatólogos se dedican al diagnóstico, basado en la observación morfológica de lesiones, principalmente a través de la microscopía de luz, utilizando diversos tipos de tinciones.

.Los patólogos clínicos se dedican al diagnóstico a través de los análisis propios del [laboratorio clínico](#), e incluye: [hematología](#) analítica, [inmunología](#) diagnóstica, [microbiología](#) diagnóstica, [bioquímica](#) o química clínica, [citogenética](#), y [genética molecular](#).

-21.1.5)- Véase También.

- [Anatomía patológica](#);

- [Enfermedad rara](#);
- [Morfofisiopatología humana](#);
- [Síndrome](#);
- [Telepatología](#).

-21.1.6)- Notas.

1. [Volver arriba ↑](#) Se refiere a la [historia natural de la enfermedad](#)

-21.1.7)-Referencias.

1. [↑ Salta a: a b c d e f g](#) Vinay Kumar; Abul K. Abbas; Nelson Fausto; Jon C. Aster (2010). «Respuestas celulares ante el estrés y las agresiones por tóxicos: adaptación, lesión y muerte». *Robins y Cotran. Patología estructural y funcional* (8a edición). España: Elsevier. pp. 3-42. ISBN 978-84-8086-660-6. «Revisión científica: J Fariña González, Jesús Fernández-Aceñero».
2. [Volver arriba ↑](#) Término MeSH para Patología (Pathology): [MeSH: 68010336](#) (en inglés)
3. [Volver arriba ↑](#) Real Academia Nacional de Medicina. [Diccionario de Términos Médicos](#). Madrid: Panamericana; 2012.
4. [Volver arriba ↑](#) Mayans i Siscar, Gregorio (1771). Joseph i Thomas de Orga (Valencia), ed. [Gramática de la Lengua Latina](#). Libro primero, parte tercera (*De las conjugaciones de los verbos*). p. 203.. «Medor, mederis, o, medere, mederi. Curar».
5. [↑ Salta a: a b c d e f g](#) Carda Aparici, Pedro (1974). «Patología General. Facultad de Veterinaria. Universidad Complutense». *Apuntes de la cátedra* (Inédito).
6. [Volver arriba ↑](#) Jazmín, Agustina (16 de junio de 2011). [«Eucrasia y discrasia. La enfermedad para los antiguos»](#). *mancia.org, profesionales de la salud*. «Hipócrates de Cos es el bastión de la idea racional de salud como equilibrio, eucrasia (el prefijo 'eu' indica 'bueno, la mejor cualidad', mientras que 'crasis' refiere a la salud y al temperamento), y la enfermedad como su antípoda, la discrasia.»
7. [↑ Salta a: a b c](#) [«Patología médica»](#). <http://patologiaunahvs.wikispaces.com>. Universidad Nacional Autónoma de Honduras. 10 de agosto de 2012.
8. [↑ Salta a: a b c d e f g h](#) Carda Aparici, Pedro (1989). *Patología General Veterinaria 1: Nosología*. Acribia. ISBN 9788420006703.
9. [Volver arriba ↑](#) Hideki Koshiyama, Marcell. [«História da Medicina Veterinária»](#). *vetcario.50webs.com* (en portugués). «... por volta do ano 300 da era Cristã, se registre um certo movimento renovador, mormente com Theomnesta e Aspiertos de quem herdamos uma grande coleção de escritos, mais tarde reunidos aos registos dos "Hippiatras" para formar a "Hippiatrika"».
10. [Volver arriba ↑](#) Real Academia Española y Asociación de Academias de la Lengua Española (2014). [«albéitar»](#). *Diccionario de la lengua española* (23.ª edición). Madrid: Espasa. ISBN 978-84-670-4189-7.
11. [Volver arriba ↑](#) Balaguer Perigüell, Emili. [«Reina, Francisco de la \(s. XVI\)»](#). *La web de las Biografías*.
12. [Volver arriba ↑](#) Gómez Gutiérrez, Alberto (2002). [«Epílogo»](#). En Ministerio de Educación Nacional. Colombia. *Del macroscopio al microscopio. Historia de la medicina científica* (1ª edición). Instituto de Genética Humana. Facultad de Medicina Pontificia, Universidad Javeriana. Academia Nacional de Medicina. p. 387. ISBN 958-683-494-8. «... este concepto [enfermedad molecular] surgió de síntesis como la del médico alemán Heinrich Schade (1876-1935), autor del libro *Molekularpathologie* (1935), tan original y premonitorio ...»
13. [Volver arriba ↑](#) Bekoff Ph.D., Marc (10 de agosto de 2012). [«Scientists Conclude Nonhuman Animals Are Conscious Beings»](#). *Psychology Today* (en inglés).

14. [Volver arriba ↑](#) Majno G: The Healing Hand: Mand and Wound in the Ancient World. Cambridge, [Harvard University Press](#), 1975, p.43.
- 15-Barmaimon Enrique, Tratado de Neuroanatomía Funcional. 3 volúmenes. Ed. EDUSMP.(1984).Lima, Perú.
- 16.- Barmaimon Enrique. Envejecimiento. Ed. Virtual. (2011).1ªEd. Montevideo Uruguay.
- 17- Barmaimon Enrique. Libro Historia de la Anestesia, la Reanimación y los Cuidados Intensivos. 4 Tomos.(1984).1ªEd. Virtual. Montevideo, Uruguay.
- 18.-Barmaimon Enrique. Historia Medicina, Psiquiatría, Gerontología, Envejecimiento y Geriatria. (2015). 1ª Ed. Virtual. Montevideo, Uruguay. .
- 19 -Barmaimon,Enrique.(2015).Historia Ciencias Cognitivas.3 Tomos. 1ªEd. Virtual, . Montevideo, Uruguay .
- 20.-Barmaimon, Enrique.(2016).Libro Historia, Patología, Clínica y Terapéutica Ciencias Cognitivas. 3 Tomos. 1ª Ed. Virtual. Montevideo, Uruguay. (<http://www.bvssmu.org.uy/>).
- 21-Barmaimon, Enrique.2017- Medicina Perioperatoria. 6 Tomos. 1ª Ed. Virtual.
- 22.- Barmaimon, Enrique.2017- Anestesia Locoregional- 6 Tomos.. 1ª Ed. Virtual.
- 23-Barmaimon, Enrique- 2017- Libros Anestesia en Urología- 6 Tomos- 1ª.Ed. Virtual.
- 24- [Biblioteca Virtual en Salud](#) (BVS).

-21.1.8)-Enlaces Externos.

-  [Wikimedia Commons](#) alberga contenido multimedia sobre [Patología](#).

Obtenido de «<https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Patología&oldid=103072526>»
[Categorías:](#)

- [Patología](#).
- [Términos médicos](#).
- Se editó esta página por última vez el 1º noviembre 2017, a las 16:51.

-21.2)- ANATOMÍA PATOLÓGICA.

-De Wikipedia, la enciclopedia libre.

-La anatomía patológica (AP) es la rama de la [medicina](#), que se ocupa del estudio, por medio de técnicas morfológicas, de las causas, el desarrollo y las consecuencias de las enfermedades. El fin último de esta especialidad, es el diagnóstico correcto de: biopsias, piezas quirúrgicas, citologías y autopsias. En el caso de la medicina, el ámbito fundamental es el de las enfermedades humanas.

-La anatomía patológica es una especialidad médica, que posee un cuerpo doctrinal de carácter básico, que determina que sea, por una parte, una disciplina académica autónoma, y, por otra, una unidad funcional en la asistencia médica. Se consigue a través de un [MIR](#) de cuatro años de duración.

-Índice.

-21.2)- ANATOMÍA PATOLÓGICA.

-21.2.1)- [Etimología](#)

-21.2.2)- [Historia](#)

- 21.2.3)- [Respuestas Patológicas](#).
- 21.2.4)- [Aspectos de la Enfermedad](#).
- 21.2.5)- [Patología Celular y de los Espacios Intersticiales](#) .
- 21.2.5.1)- [Lesión Celular](#) .
- 21.2.5.1.1)- [Causas de Lesión](#).
- 21.2.5.1.2)- [Adaptación Celular](#).
- 21.2.5.1.3)- [Muerte Celular](#).
- 21.2.5.2)- [Enfermedades de Depósito: Tumorismos](#).
- 21.2.6)- [Inflamación](#).
- 21.2.7)- [Patología Vascular](#).
- 21.2.8)- [Referencias](#).

-21.2.1)- Etimología.

-La palabra patología procede del [griego](#), y es el estudio (*logos*) del sufrimiento o daño (*pathos*).

.La anatomía patológica es uno de los pilares fundamentales de la medicina, y una disciplina básica imprescindible para: médicos, [veterinarios](#) y otros profesionales de la salud.

.La interpretación de los [síntomas](#) de las distintas [enfermedades](#), o alteraciones que se encuentran en la exploración de los pacientes, exige el conocimiento de todo el espectro de lesiones, que se presentan en cada uno de los [tejidos](#) u [órganos](#).

.La anatomía patológica comprende todos los aspectos de la enfermedad, fundamentalmente a nivel celular morfológico. Las alteraciones se estudian con diversos métodos, que abarcan desde la patología molecular, hasta la macroscópica, que se traducen en los cambios observados en la microscopia : microscopia óptica o convencional y microscopia electrónica; y la macroscopia; se utilizan técnicas diversas, que van desde la histoquímica y la inmunohistoquímica, hasta la ultraestructura y las técnicas de patología molecular ([FISH](#), [PCR](#)).

-21.2.2)- Historia.

- [Historia de la medicina](#).

-Fue [Hipócrates](#), el primero en reconocer que la patología, se basaba en una alteración de los [humores](#) y de la relación de éstos, basándose en la filosofía naturalista de [Empédocles](#), que ya había descrito esos humores: [sangre](#), [linfa](#), [bilis](#) negra y bilis amarilla.

.[Galeno](#) mantuvo vigentes las teorías de Hipócrates, durante toda la época medieval, convirtiéndolas en [dogmas](#).

-Paulatinamente empezaron a surgir autores, que no veían las teorías de Hipócrates, como verdades absolutas. A partir del [Renacimiento](#), se empezaron a hacer las primeras autopsias, comenzó una nueva corriente de autores, que creían sólo lo que podían ver, alejándose definitivamente de las ideas dogmáticas, que hasta ese momento prevalecían.

-Se considera a [Antonio Benivieni](#), como el padre de la Anatomía patológica; solicitado el permiso a los familiares, para realizar exámenes post-mortem en los casos enigmáticos.

.Mantuvo expedientes cuidadosos, y esto fueron publicados por su hermano en 1507, como las causas ocultas de las enfermedades. Incluido en los 111 cortos capítulos de este tratado, son descripciones de 20 autopsias. Sin embargo, Benivieni sólo incidió, más que diseccionar los cadáveres, y los resultados son superficiales.

-[Vesalio](#) basó su estudio de la enfermedad, en los aspectos morfológicos, dejando de lado el dogmatismo impuesto en la época.¹.

-Nace así la anatomía organicista, que relaciona directamente la morfología, con las alteraciones y [síntomas](#) que acompañan a la [enfermedad](#).

-Los autores que iban apareciendo en la época, y que descubrían lo valioso que resultaba la [autopsia](#) para el estudio de la [medicina](#), como por ejemplo [Morgagni](#), fueron entendiendo que la observación y el estudio de las alteraciones morfológicas, eran la base fundamental para entender las enfermedades.

-A finales del [siglo XVIII](#), Bichat introdujo el concepto de tejido. Trataba de encontrar unidades simples, que conformaran los órganos; el mundo de la [patología](#) entró de esa forma en la época tisular.

-Ya en el [siglo XIX](#), gracias al desarrollo del [microscopio óptico](#), se introdujo la [teoría celular](#), que aportaba un nivel más en la organización de los seres vivos. [Robert Hooke](#) fue el primero en hablar de las células del corcho. En [Alemania](#), comenzaron a relacionar a las células y sus alteraciones con las patologías.

-[Claude Bernard](#), añadió, además, que las características físicas y químicas de la célula y sus alteraciones, están igualmente relacionadas con la enfermedad.

-En los últimos tiempos, la anatomía patológica ha experimentado un desarrollo extraordinario, gracias a los avances en el campo de la [tecnología](#), [medicina](#), [biología](#), etcétera. Asimismo, se puede afirmar que la anatomía patológica se encuentra en continuo desarrollo.

-21.2.3)- Respuestas Patológicas.

-La anatomía patológica general, se ocupa del estudio de los fundamentos y del desarrollo de los procesos de respuestas patológicas básicas, que van desde la adaptación celular, a las modificaciones del entorno, las lesiones y la muerte celular; sus causas y sus consecuencias; los trastornos del crecimiento de las [células](#), de los tejidos y de los órganos; así como las respuestas del individuo, a las diversas lesiones causadas por agentes externos e internos, y de los mecanismos de reparación de esas lesiones.

-Según la patología, existen tres causas básicas que originan las enfermedades que son:

• [Inflamación](#): Son las enfermedades que terminan en -itis, como apendicitis;

• [Degeneración](#): Son las enfermedades que acaban en -osis, como artrosis. y

• [Crecimiento celular descontrolado](#): Son las enfermedades que acaban en -oma, como melanoma.

-La anatomía patológica especial, se encarga del estudio de las respuestas específicas de cada tejido u órgano.².

• Las anomalías teratológicas son aquellas, que provocan deformaciones anatómicas, pero que, en general, no llegan a involucrar la estructura total del organismo.

-21.2.4)- Aspectos de la Enfermedad.

-Los cuatro aspectos de una enfermedad, que forman el núcleo de la patología son:

1. [Etiología](#): Son las causas de la enfermedad.
2. Patogenia: Son los mecanismos por los que se desarrolla la enfermedad.
3. Cambios morfológicos: Son las alteraciones estructurales, que se producen en las células y órganos.
4. Clínica: Son las consecuencias funcionales de los cambios morfológicos.

-Los [patólogos](#)/anatomopatólogos, son los especialistas en anatomía patológica y se encargan de este estudio, de los cambios morfológicos de las enfermedades. En el ámbito hospitalario, podemos distinguir *grosso modo*, entre patología quirúrgica, que analiza tejidos a partir de la biopsia o pieza quirúrgica; la patología citológica, que analiza células a partir de cepillados o líquidos, y la patología necrópsica, que analiza las causas de muerte en cadáveres.

-Hay enfermedades *sine materia*, en las que no se puede objetivar una clara alteración morfológica, como ocurre con la mayoría de las enfermedades psiquiátricas, y muchos trastornos funcionales, como, por ejemplo, el [colon irritable](#).

-21.2.5)- Patología Celular y De Los Espacios Intersticiales.

-21.2.5.1)- Lesión Celular.

-La célula tiene una extraordinaria capacidad de [adaptación](#); cuando se sobrepasa esa capacidad de adaptación celular, surge la lesión celular, que puede ser reversible o irreversible.

-21.2.5.1.1)- Causas De Lesión.

- [Isquemia](#) e [hipoxia](#);
- [Traumatismo](#);
- Sustancias químicas;
- Agentes infecciosos;
- Variaciones térmicas;
- [Radiaciones ionizantes](#);
- Agentes [inmunitarios](#);
- Alteraciones genéticas;
- Desequilibrio Nutricional;
- Acumulo de sustancias intracelulares.

-21.2.5.1.2)- Adaptación Celular.

-Ante diversos estímulos hacia la célula, ésta experimenta unos cambios, que le sirven para adecuarse a la situación. Estos cambios son:

- [Atrofia](#): disminución del tamaño del órgano por una deficiente estimulación, que es lo que le ocurre por ejemplo al cuádriceps, cuando un paciente está encamado un largo periodo de tiempo.
- [Hipertrofia](#): Situación contraria en la que aumenta el tamaño del órgano por sobreestimulación. Deriva de un aumento en el tamaño de las células que forman el tejido y no se trata de un aumento de su número. La hipertrofia puede ser fisiológica (músculos de un atleta) o patológica
- [Hiperplasia](#): En este caso sí aumenta el número de células en el órgano, haciendo que aumente su tamaño, también puede ser resultado de un proceso fisiológico hormonal (aumento del tamaño de las mamas durante la lactancia), fisiológico compensatorio (cuando se retira una sección del hígado) o de un proceso patológico (aumento del endometrio por estimulación hormonal excesiva derivada de la existencia de un [tumor](#) ovárico).
- [Metaplasia](#): Cambio de un tejido maduro, por otro también maduro. Es el resultado generalmente de una agresión, cabe destacar la metaplasia de [epitelio respiratorio](#) por otro de tipo malpighiano en las personas fumadoras. El tejido epitelial cambia para adaptarse a la agresión que supone el humo. El riesgo de la metaplasia estriba en que este tejido se hace mucho más susceptible de malignización

-21.2.5.1.3)- Muerte Celular.

- [Muerte celular](#).

-Cuando todos los mecanismos de adaptación y de resistencia, se han agotado sobreviene la [muerte celular](#). La célula puede morir de dos formas diferentes:

- **Necrosis:** Se produce por lesión aguda de la célula en condiciones patológicas, es decir, derivada de alguna situación no fisiológica, que produce la muerte celular .
.La necrosis se caracteriza por su violencia, la célula se rompe al exterior, liberando sustancias que son dañinas para el tejido en el que está. Los cambios típicos de una célula necrótica son: [picnosis](#), [cariorexis](#) y [cariolisis](#). Dependiendo del mecanismo lesional, existen varios tipos de necrosis:
 - Necrosis coagulativa: Se produce a causa de [isquemia](#) tisular que genera una coagulación de las proteínas intracelulares, haciéndola inviable : es lo que se produce por ejemplo en el [infarto agudo de miocardio](#).
.La zona de necrosis es sustituida por tejido fibroso
 - Necrosis licuefactiva: En este caso se produce una autólisis rápida, que hace que la zona necrosada quede licuada. Es típico del [sistema nervioso central](#).
 - Necrosis grasa :
 - Traumática: No es habitual, se produce por un traumatismo que sobrepasa las capacidades de adaptación celular.
 - Enzimática: Se produce cuando [enzimas](#) digestivas : [lipasas](#), [proteasas](#), etc., se liberan al medio sin control, o se activan en un lugar no apto. Ocurre esto por ejemplo en las [pancreatitis](#), dónde el "estancamiento", producido por obstrucción del conducto de Wirsung, hace que las enzimas digestivas pancreáticas, se activen dentro de él.
 - Necrosis caseificante: Es la necrosis producida típicamente en la [tuberculosis](#)
- **Apoptosis:** Muerte celular programada. En este caso una serie de acontecimientos fisiológicos o patológicos, generan unos cambios bioquímicos en la célula, y ésta "decide" su propia muerte, de una forma ordenada, disgregándose en pequeñas vesículas, que serán fagocitadas por los [macrófagos](#), y sin mayor repercusión para el tejido en cuestión .

-21.2.5.2)- Enfermedades De Depósito: [Tesaurismosis](#).

-Es un término genérico, que designa a enfermedades, que se caracterizan por una acumulación patológica de sustancias endógenas o exógenas, en los tejidos producidas por un déficit enzimático. Se trata de la expresión morfológica de un trastorno [metabólico](#), que genera una acumulación inusitada de una determinada sustancia, dentro de la célula; las más frecuentes son las glucogénicas y la cistínica.

-La lesión morfológica puede ser reversible o irreversible. Algunos de estos trastornos sólo tienen repercusión bioquímica.

-Las causas generales de estos procesos son:

1. Aumento de la [síntesis](#) de dicha sustancia.
2. Disminución de su [catabolismo](#).
3. Incapacidad para degradarla.

-Entre las enfermedades por acumulación de sustancias se encuentran:

- Tesaurismosis de triacilglicéridos: Pueden almacenarse de forma anormal en las células parenquimatosas de un órgano : [esteatosis](#); o en el tejido adiposo : [lipomatosis](#).
- 1. La esteatosis se va a producir típicamente en las células del: [hígado](#), [riñón](#), [músculo esquelético](#) y [músculo cardiaco](#). Se debe a un aumento del aporte (mayor ingesta) de grasas, a una disminución de la β -oxidación, disminución de proteínas (gracias a las proteínas se pueden transportar por la sangre, si éstas disminuyen no es posible movilizarlos, quedando almacenados), o a causa de algún [tóxico](#). Entre las esteatosis se encuentran la: [esteatosis hepática](#), [esteatosis renal](#) : debida a procesos hipóxicos

como la [insuficiencia cardíaca](#) o [glomerulonefritis](#), [esteatosis muscular](#) y [síndrome de Reye](#).

2. La lipomatosis: Puede ser un aumento generalizado del [tejido adiposo](#) : [obesidad](#), o local a nivel de un órgano. En los órganos que involucionan con la edad : [timo](#), [médula ósea](#)..., se trata de un proceso normal. Si ocurre de otro modo, como por ejemplo en el músculo esquelético, se está ante un proceso patológico : [miopatías](#) y distrofias musculares.
- Tesaurosismosis de colesterol: El [colesterol](#) es la molécula base de los [esteroides](#) y de los [ácidos biliares](#), así mismo tiene una misión estructural en las [membranas celulares](#), a las que dota de flexibilidad. En condiciones normales no es posible verlo mediante microscopia óptica, el hecho de verlo es de por sí, patológico.
.Cuando se acumula lo hace en forma de cristales, y en cantidades inadecuadas es un gran proinflamatorio.
.Los [linfocitos](#) se disponen a rodearlo, y para conseguirlo, se fusionan formando células gigantes multinucleadas de cuerpo extraño. Si el proceso es lento, los macrófagos lo van fagocitando convirtiéndose en células multivesiculadas o xantomatosas.

-21.2.6)- [Inflamación](#).

-Es una de las grandes categorías de respuesta tisular ante la enfermedad. Son las enfermedades que terminan en -itis, como apendicitis, cervicitis,...

.La inflamación se divide en aguda y crónica, aunque en realidad ambos tipos, forman con frecuencia un todo continuo.

.La inflamación aguda tiene tres componentes principales e interrelacionados:

- Dilatación vascular, • Activación endotelial, y • Activación de los neutrófilos.

-Resultados de la inflamación aguda: Si el paciente sobrevive, la inflamación aguda tiene cuatro posibilidades de evolución principales: • resolución; • curación por fibrosis; • formación de absceso; y • progresión hacia la inflamación crónica.

-La inflamación crónica se puede subdividir en los tipos siguientes:

- Inflamación crónica inespecífica: sigue a una inflamación aguda no resuelta.
- Inflamación crónica específica: en respuesta a ciertos tipos de agentes causales; e
- Inflamación granulomatosa: es una variedad de inflamación crónica específica caracterizada por la presencia de granulomas.

-El infiltrado inflamatorio crónico, en contraste con el marcado predominio de neutrófilos que caracteriza la respuesta inflamatoria aguda, está dominado por: • macrófagos tisulares, • linfocitos, y • células plasmáticas.

-La inflamación crónica suele curar por fibrosis.

-Entre los agentes capaces de provocar inflamación crónica granulomatosa, se incluyen los siguientes:

- Microorganismos de toxicidad baja como Treponema Pallidum, el agente causal de la sífilis.
- Microorganismos infecciosos que crecen dentro de las células, por ejemplo Mycobacterium Tuberculosis. • Infecciones por hongos, protozoos y parásitos. • Reacción de cuerpo extraño.
- Materiales inertes como sílice, talco, asbestos o berilio.

-La característica que define la inflamación granulomatosa es la presencia de:

- macrófagos epitelioides activados, y células gigantes multinucleadas derivadas de los macrófagos.

.Los macrófagos epitelioides deben el nombre a su aspecto histológico, que recuerda al de las células epiteliales (escamosas).

.Una inflamación crónica granulomatosa especial es la tuberculosa. La tuberculosis es una infección bacteriana contagiosa causada por el *Mycobacterium tuberculosis* (TBC) que compromete primero que todo los pulmones, pero luego puede extenderse a otros órganos.

-La lesión histológica característica es el granuloma tuberculoso. En el centro del mismo hay un área de:

- necrosis caseosa que contiene bacilos tuberculosos; estos microorganismos sólo pueden mostrarse mediante técnicas de tinción específicas para bacilos ácido-alcohol resistentes. El área caseosa está rodeada por una zona de macrófagos epitelioides con abundante citoplasma eosinófilo. Algunos macrófagos se funden entre sí para producir células gigantes multinucleadas llamadas células gigantes de Langhans. En la periferia de los macrófagos existe un reborde de Linfocitos.

-21.2.7)- Patología Vascular.

- Congestión (hiperemia): Es el aumento de la cantidad de sangre presente en los vasos de un órgano o de un tejido. Hay dos tipos de congestión: activa y pasiva.

- Hemorragia: Es la salida de sangre de los vasos sanguíneos.

- Trombosis patológica: La trombosis es la formación, durante la vida, de un coágulo sanguíneo, que recibe el nombre de trombo, en el interior del sistema cardio-vascular.

.Una colección de sangre en los tejidos, fuera del sistema cardio-vascular, es un hematoma.

- Embolia: Es la proyección de un cuerpo extraño en la corriente circulatoria, y parada en un vaso de calibre insuficiente para permitir su paso.

- Hipoxia. Isquemia. Infarto:

.Hipoxia. Es una oxigenación insuficiente de los tejidos;

.Isquemia. Es el cese o disminución extrema de la irrigación sanguínea de un órgano; e

.Infarto. Es un foco de necrosis secundario al cese brusco o disminución extrema de la irrigación sanguínea en un tejido u órgano. Es la consecuencia de una isquemia aguda. La obstrucción lenta de un vaso puede producir isquemia y no infarto.

- Edema Es el aumento patológico de líquidos en los tejidos.

- Choque (Colapso): El estado de choque, es una [insuficiencia circulatoria](#) asociada a la pérdida generalizada de perfusión : circulación tisular.

-21.2.8)- Referencias.

1. [Volver arriba ↑](#) Finkbeiner W.E., Connolly A.J., Ursell P.C. y Davis R.L, *Autopsy Pathology: A Manual and Atlas* (publicación en línea y en papel), 2ª ed., Saunders, 2009, p. 3. [ISBN 978-1-4160-5453-5](#).
2. [Volver arriba ↑](#) Robbins S., *Robbins. Patología humana*, 8ª ed. en español, Filadelfia, PA, Saunders/Elsevier, 2010. [ISBN 9781416031215](#).
- 3-Barmaimon Enrique, Tratado de Neuroanatomía Funcional. 3 volúmenes. Ed. EDUSMP.(1984).Lima, Perú.
- 4.- Barmaimon Enrique. Envejecimiento. Ed. Virtual. (2011).1ªEd. Montevideo Uruguay.
- 5- Barmaimon Enrique. Libro Historia de la Anestesia, la Reanimación y los Cuidados Intensivos. 4 Tomos.(1984).1ªEd. Virtual. Montevideo, Uruguay.
- 6.-Barmaimon Enrique. Historia Medicina, Psiquiatría, Gerontología, Envejecimiento y Geriatria. (2015). 1ª Ed. Virtual. Montevideo, Uruguay. .

- 7 -Barmaimon, Enrique.(2015). Historia Ciencias Cognitivas. 3 Tomos. 1ª Ed. Virtual, . Montevideo, Uruguay .
8. -Barmaimon, Enrique.(2016). Libro Historia, Patología, Clínica y Terapéutica Ciencias Cognitivas. 3 Tomos. 1ª Ed. Virtual. Montevideo, Uruguay.
(<http://www.bvssmu.org.uy/>).
- 9- -Barmaimon, Enrique.2017- Medicina Perioperatoria. 6 Tomos. 1ª Ed. Virtual.
- 10.- Barmaimon, Enrique.2017- Anestesia Locorregional- 6 Tomos.. 1ª Ed. Virtual.
- 11- Barmaimon, Enrique- 2017- Libros Anestesia en Urología- 6 Tomos- 1ª.Ed. Virtual.
- 12- [Biblioteca Virtual en Salud](#) (BVS).

-21.2.9)- Enlaces Externos.

-Obtenido de

«[https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Anatomía patológica&oldid=102318413](https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Anatomía_patológica&oldid=102318413)»

-Categorías:

- [Anatomía patológica](#)
- [Anatomopatólogos](#).
- Se editó esta página por última vez el 3 octubre 2017, a las 12:49.

-21.3)- RESERVA COGNITIVA.

-De Wikipedia, la enciclopedia libre.

-La reserva cognitiva es un [constructo](#) neuropsicológico, que se refiere a la tolerancia cognitiva o psíquica, frente a los cambios cerebrales fisiológicos, relacionados con la edad o alguna patología, sin presentar [síntomas](#) clínicos.¹

.La reserva cognitiva parece ser un cambio en la estructura misma del cerebro, y de su forma de procesamiento de la información.²

.Existen numerosos casos reportados de estudios post-mortem, a individuos cuya [autopsia](#), muestra una atrofia cerebral de media a moderada, pero sin haber presentado síntomas clínicos en vida. La presencia de individuos con niveles importantes de atrofia cerebral, pero con un nivel de funcionamiento cognitivo mejor a lo esperado para este nivel de patología, es lo que ha hecho a los investigadores en neurociencia, desarrollar el concepto de *reserva cognitiva*.

-Índice.

-21.3)- RESERVA COGNITIVA.

-21.3.1)- [Reserva Cognitiva, y Reserva Cerebral](#).

-21.3.2)- [Tipos de Reserva Cognitiva y Reserva Cerebral](#)

-21.3.3)- [Reserva Cognitivas y Enfermedades Neurológicas Asociadas](#).

-21.3.4)- [Alzheimer y Reserva Cognitiva](#)

-21.3.5)- [Referencias](#).

-21.3.1)- Reserva Cognitiva y Reserva Cerebral.

-La *reserva cerebral* es un concepto ligado a la reserva cognitiva, que se refiere a las capacidades de reservas, relacionadas a la estructura misma del [telencéfalo](#). Son diferencias individuales en el propio cerebro, que permiten a algunos individuos, compensar mejor la patología que a otros.

.Es de carácter cuantitativo,³ se han sugerido que características como el tamaño del cerebro mismo : [volumen intracraneal](#), un número mayor de [neuronas mielinizadas](#), mayor cantidad

de [sinapsis](#), y [neuronas piramidales](#) más grandes, se relacionan como un factor protector, contra las decadencia cognitiva de la edad ,y de sus patologías relacionadas.⁴ .

.De igual manera, las experiencias vividas pueden influir en la [neuroanatomía](#) de nuestro cerebro, contribuyendo a la [neurogénesis adulta](#) la [angiogénesis](#), haciendo nuestro cerebro más resistente a la [apoptosis](#), y regulando la [plasticidad neuronal](#).¹.

-Por otro lado, la reserva cognitiva, se refiere a una mejora funcional en lugar de simplemente estructural³, y se ha asociado con una amplia variedad de factores intelectuales, sociales y físicos, que se presentan en la vida diaria de un individuo a lo largo de su ciclo vital.

.Este concepto se relaciona con la forma, en que los individuos manejan las informaciones de su medio, y las procesan para la realización de una tarea. Las investigaciones apuntan a que factores como el nivel de educación,¹ la realización de ciertas actividades recreativas estimulantes, y el bilingüismo,⁴ están fuertemente ligados a la reserva cognitiva.

.La diferencia entre los conceptos de reserva cognitiva y reserva cerebral, es la correlación causa efecto. Normalmente es poco específico, si estas diferencias individuales son resultado de la genética o de factores puramente ambientales , una persona puede obtener un nivel avanzado de educación u ocupar su tiempo en actividades estimulantes, bien porque su cerebro esta genéticamente habilitado para ello, y le permite tener éxito en los estudios, o le da cierta predilección por la lectura, que por otras actividades, o bien porque al elegir realizar estas actividades, influimos en la estructura cerebral, cambiándola y haciéndolas más resistentes al daño patológico.

-21.3.2)- Tipos De Reserva Cognitiva y Reserva Cerebral.

-Existen dos vías de reserva cognitiva: una *de prevención* , esto es una reserva neural, producto de las diferencias individuales en el procesamiento cognitivo. Influye en las redes neuronales existentes, al hacerlas más eficientes, capaces o flexibles, haciéndolas más resistentes a ser interrumpidas, o dañadas por la presencia de una enfermedad, y un mecanismo *de compensación*, donde redes neuronales alternas podrían subsanar el daño patológico, al remplazar las redes neurales afectadas.¹²³.

-La reserva cerebral tiene dos subtipos, al igual que la anterior: pasiva : la reserva relacionada con el tamaño del cerebro, o el conteo total de neuronas con las que venimos ya predeterminados genéticamente a tener; y activa : mecanismos de compensación, que realiza el cerebro, para luchar contra los cambios realizados por la enfermedad.².

-21.3.3)- Reserva Cognitivas y Enfermedades Neurológicas Asociadas.

-Son varias las enfermedades, donde se ha encontrado que el estilo de vida pre-mórbido del paciente, puede influenciar en la manifestación clínica, y en las afectaciones funcionales presentadas. Las demencias, en especial la enfermedad de Alzheimer, son las que más se han ligado al concepto de Reserva Cognitiva, pero también se ha relacionado a la esquizofrenia, al envejecimiento no patológico, y al deterioro cognitivo leve y/o moderado.

-21.3.4)- Alzheimer y Reserva Cognitiva.

-El [alzhéimer](#) es una [enfermedad neurodegenerativa](#), de carácter crónico, que es la principal causa de demencia diagnosticada a nivel clínico. [1]. De igual manera, es el tipo de demencia más estudiado en relación a la Reserva Cognitiva.⁵.

.Son varias las investigaciones que hablan sobre la correlación de factores protectores , tanto

activos como pasivos, con una menor presencia de síntomas cognitivos, a pesar de los niveles elevados de patología cerebral. Características morfológicas del cerebro humano se han relacionado, con una disminución de presentación del cuadro clínico de la enfermedad de Alzheimer, es decir con una Reserva Cerebral.⁶.

-21.3.5)- Referencias.

1. ↑ [Saltar a: ^a ^b ^c ^d](#) Meng, X., & D'Arcy, C. (2012). Education and Dementia in the Context of the Cognitive Reserve Hypothesis: A Systematic Review with Meta-Analyses and Qualitative Analyses. PLoS ONE, 7(6), e38268. doi [10.1371/journal.pone.0038268](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0038268)
2. ↑ [Saltar a: ^a ^b ^c](#) Stern, Y. (2009). Cognitive reserve. Neuropsychologia, 47(10), 2015–2028. doi:10.1016/j.neuropsychologia.2009.03.004
3. ↑ [Saltar a: ^a ^b ^c](#) Tucker, A. M., & Stern, Y. (2011). COGNITIVE RESERVE IN AGING. Current Alzheimer research, 8(4), 354–360.
4. ↑ [Saltar a: ^a ^b](#) Schweizer, T. A., Ware, J., Fischer, C. E., Craik, F. I. M., & Bialystok, E. (2012). Bilingualism as a contributor to cognitive reserve: evidence from brain atrophy in Alzheimer's disease. Cortex; a journal devoted to the study of the nervous system and behavior, 48(8), 991–996. doi [10.1016/j.cortex.2011.04.009](https://doi.org/10.1016/j.cortex.2011.04.009)
5. [Volver arriba](#) ↑ Lau, L.-F., Brodney, M. A., & Berg, S. (2008). Alzheimer's Disease. Springer)
6. [Volver arriba](#) ↑ Arnold, S. E., Louneva, N., Cao, K., Wang, L.-S., Han, L.-Y., Wolk, D. A., ... Bennett, D. A. (2013). Cellular, synaptic, and biochemical features of resilient cognition in Alzheimer's disease. Neurobiology of aging, 34(1), 157–168. doi:10.1016/j.neurobiolaging.2012.03.004.
7. Barmaimon, Enrique.(2016).Libro Historia, Patología, Clínica y Terapéutica Ciencias Cognitivas. 3 Tomos. 1ª Ed. Virtual. Montevideo, Uruguay. (<http://www.bvssmu.org.uy/>).

-21.3.6)- Enlaces Externos.

Obtenido de

«https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Reserva_cognitiva&oldid=100503327»

[Categorías:](#)

- [Neuropsicología](#);
- [Neurociencia](#);
- [Demencias](#).
- Se editó esta página por última vez el 16 agosto 2017 a las 17:51.

-21.4)- HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD.

-De Wikipedia, la enciclopedia libre.

-La historia natural de la enfermedad es la evolución de un proceso patológico sin intervención médica. Representa el curso de acontecimientos biológicos entre la acción secuencial de las causas componentes : [etiología](#), hasta que se desarrolla la [enfermedad](#) ,y ocurre el desenlace : curación, paso a cronicidad o muerte.¹.

-El interés que tiene la [medicina](#), por conocer la evolución natural de cada enfermedad, es descubrir las diferentes etapas y componentes del proceso patológico, para intervenir lo más temprano posible, y cambiar el curso de la enfermedad, con el objetivo de evitar el deterioro de la [salud](#).².

-Hay dos perspectivas complementarias, para caracterizar la historia natural de la enfermedad: la del [médico de cabecera](#), que mediante la historia clínica, registra todo el proceso de cada paciente, y puede determinar tanto, que hay un nuevo [problema de salud](#), como sus peculiaridades; dando una visión individualizada.

.La del [epidemiólogo](#), que mediante los múltiples registros sanitarios que maneja, y el apoyo de la bioestadística, puede descubrir una nueva [enfermedad](#) y su evolución; siendo una visión poblacional.



-*Anatomía del corazón* (1890), de [Enrique Simonet](#).

-Índice.

-21.4)- HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD.

-21..4.[1](#))- [Etapas de las Enfermedades](#) .

-21.4.[1.1](#))- [Período Prepatogénico](#).

-21.4.[1.2](#))- [Período Patogénico](#) .

-21.4.[1.2.1](#))- [Período de Incubación o de Latencia](#).

-21.4.[1.2.2](#))- [Período Clínico](#).

-21.4.[2](#))- [Tipos de Prevención](#)

-21.4.[2.1](#))- [Prevención Primaria](#).

-21.4.[2.2](#))- [Prevención Secundaria](#).

-21.4.[2.3](#))- [Prevención Terciaria](#).

-21.4.[2.4](#))- [Prevención Cuaternaria](#).

-21.4.[3](#))- [Véase También](#).

-21.4.[4](#))- [Referencias](#).

-21.4.[5](#))- [Bibliografía](#) .

-21.4.1)- Etapas de las Enfermedades.

- [Etapas de la enfermedad](#).

-21.4.1.1)-Período Prepatogénico.

- [Período prepatogénico](#).

-En esta fase inicia la enfermedad, pero el ser vivo, no presenta manifestaciones clínicas, ni cambios celulares, tisulares u orgánicos. Está conformado por las condiciones del huésped, el agente y el [medio ambiente](#).

-21.4.1.2)-Período Patogénico.

-Es la etapa en la que hay cambios celulares, tisulares u orgánicos, pero el paciente aún no percibe síntomas o signos de enfermedad, es una fase subclínica.

-Se subdivide en dos etapas:

-21.4.1.2.1)- Período De Incubación o De Latencia.

- Periodo de incubación.

- Período de latencia.

-En las enfermedades transmisibles, se habla de Período de incubación, ya que los microorganismos, se están multiplicando y produciendo toxinas, es de rápida evolución, puede durar horas o días , ejemplo: gripe.

-Sin embargo, en las enfermedades de tipo degenerativo, se habla de Período de latencia, por su lenta evolución, que puede durar meses o años , ejemplo: artrosis, demencia senil, etc..

-21.4.1.2.2)- Período Clínico.

- Cuadro clínico.



-"Christian Bindslev está enfermo", (1889) óleo de [Viggo Johansen](#).

-Es cuando el ser vivo presenta [síntomas](#) o [signos](#) clínicos. Es decir, cuando se manifiesta clínicamente la enfermedad, y el afectado demanda ayuda sanitaria. Pero si el proceso patológico, siguiera evolucionando de manera espontánea, sin intervención médica, tendría un desenlace, que podría ser la curación, la incapacidad : secuelas, o la muerte. A su vez tiene 3 períodos:

1. Prodrómico: Aparecen los primeros signos o síntomas, que indica el inicio clínico de una enfermedad.³⁴
2. Clínico: Aparecen los síntomas y signos específicos, lo que permite determinar la patología, que afecta al huésped y a su vez el tratamiento a aplicar para curar al paciente y evitar secuelas.
3. De resolución: Es la etapa final. La enfermedad desaparece, se vuelve crónica o el paciente fallece.

-21.4.2)- Tipos de Prevención.

-Medicina preventiva.

-La medicina ha desarrollado diferentes actuaciones sanitarias, para diagnosticar, prevenir, tratar y rehabilitar el curso natural de las enfermedades, cambiando artificialmente su evolución, con el objetivo de: curar, mitigar las secuelas, e intentar evitar la muerte del paciente.

Tipos de prevención ⁵			Visión del médico	
			Enfermedad	
			ausente	presente
Visión del	Enfermar	ausente	Prevención primaria (enfermar ausente)	Prevención secundaria (enfermar ausente)

paciente			enfermedad ausente)	enfermedad presente)
		presente	<u>Prevención cuaternaria</u> (enfermar presente enfermedad ausente)	<u>Prevención terciaria</u> (enfermar presente enfermedad presente)

-21.4.2.1)- Prevención Primaria.

- Prevención primaria.

-Son un conjunto de actividades sanitarias que se realizan tanto por la comunidad o los gobiernos como por el personal sanitario antes de que aparezca una determinada enfermedad. Comprende:

1. La promoción de la salud, que es el fomento y defensa de la salud de la población mediante acciones, que inciden sobre los individuos de una comunidad, como por ejemplo las campañas antitabaco, para prevenir el cáncer de pulmón y otras enfermedades asociadas al tabaco.
2. La protección específica de la salud como por ejemplo la sanidad ambiental y la higiene alimentaria. Las actividades de promoción y protección de la salud, que inciden sobre el medio ambiente, no las ejecuta el personal médico ni de enfermería, sino otros profesionales de la salud pública; mientras que la vacunación, sí son llevadas a cabo por personal médico y de enfermería.
3. La quimioprofilaxis, que consiste en la administración de fármacos, para prevenir enfermedades como por ejemplo la administración de estrógenos en mujeres menopáusicas para prevenir la osteoporosis.

-Según la OMS, uno de los instrumentos de la promoción de la salud y de la acción preventiva es la educación para la salud, que aborda además de la transmisión de la información, el fomento de la motivación, las habilidades personales, y la autoestima; que son necesarias para adoptar medidas destinadas a mejorar la salud. La educación para la salud, incluye no sólo la información relativa a las condiciones sociales, económicas y ambientales subyacentes que influyen en la salud, sino también la que se refiere a los factores y comportamientos de riesgo, además del uso del sistema de asistencia sanitario.

-21.4.2.2)- Prevención Secundaria.

- Prevención secundaria.

-También se denomina diagnóstico precoz, cribado, o *screening*. Un programa de detección precoz es un programa epidemiológico de aplicación sistemática o universal, para detectar en una población determinada y asintomática, una enfermedad grave en fase inicial o precoz, con el objetivo de disminuir la tasa de mortalidad y puede estar asociada a un tratamiento eficaz o curativo.

-La prevención secundaria se basa en los cribados poblacionales, y para aplicar estos, han de darse unas condiciones predeterminadas definidas en 1975, por Frame y Carlson para justificar el screening de una patología:

1. Que la enfermedad represente un problema de salud importante, con un marcado efecto en la calidad y duración del tiempo de vida.
2. Que la enfermedad tenga una etapa inicial asintomática prolongada, y se conozca su historia natural.
3. Que se disponga de un tratamiento eficaz y aceptado por la población, en caso de encontrar la enfermedad en estado inicial.

4. Que se disponga de una prueba de cribado rápida, segura, fácil de realizar, con alta [sensibilidad](#), [especificidad](#), alto [valor predictivo positivo](#), y bien aceptada por médicos y pacientes.
5. Que la prueba de cribado, tenga una buena relación coste-efectividad.
6. Que la detección precoz de la enfermedad y su tratamiento en el periodo asintomático, disminuya la morbilidad y mortalidad global, o cada una de ellas por separado.

-21.4.2.3)- Prevención Terciaria.



"Goya atendido por Arrieta" (1820) óleo de [Francisco de Goya](#).

- [Prevención terciaria](#).

-Es el restablecimiento de la salud una vez que ha aparecido la enfermedad. Es aplicar un tratamiento para intentar curar o paliar una enfermedad o unos [síntomas](#) determinados. El restablecimiento de la salud, se realiza tanto en atención primaria como en atención hospitalaria.

.También se encuentra dentro de *Prevención terciaria*, cuando un individuo, con base en las experiencias, por haber sufrido anteriormente una enfermedad o contagio, evita las causas iniciales de aquella enfermedad; en otras palabras, evita un nuevo contagio, basado en las experiencias previamente adquiridas.

- 21.4.2.4)- Prevención Cuaternaria.

- [Prevención cuaternaria](#).

-La [prevención cuaternaria](#) es el conjunto de actividades sanitarias, que atenúan o evitan, las consecuencias de las intervenciones innecesarias o excesivas del sistema sanitario.

.Son «las acciones que se toman para identificar a los pacientes en riesgo de sobretratamiento, para protegerlos de nuevas intervenciones médicas, y para sugerirles alternativas éticamente aceptables». Es un concepto acuñado por el médico general belga Marc Jamoulle, y recogido en el: " *Diccionario de medicina general y de familia*" de la [WONCA](#).

-21.4.3)- Véase También.

- [Diagnóstico](#);
- [Enfermedad](#);
- [Incertidumbre médica](#);
- [Nosología](#);
- [Problema de salud](#);
- [Pronóstico](#);
- [Secuela \(medicina\)](#);

- [Tratamiento.](#)

-21.4.4)- Referencias.

1. [Volver arriba ↑ Guiscafré Gallardo H, Salmerón Castro J. Historia natural y curso clínico de la enfermedad. p.117-30.](#)
2. [Volver arriba ↑ Morales Bedoya A. Historia natural de la enfermedad y niveles de prevención \(definición de conceptos\).](#)
3. [Volver arriba ↑ Diccionario de la Lengua Española \(22ª edición\). Madrid: Real Academia Española; 2001.](#)
4. [Volver arriba ↑ Diccionario médico \(4ª edición\). Barcelona: Masson; 2005. p.553.](#)
5. [Volver arriba ↑ Kuehle T, Sghedoni D, Visentin G, Gervas J, Jamoule M. Prevención cuaternaria, actividad del médico general. PrimaryCare. 2010; 10\(18\):350-4.](#)

-21.4.5)- Bibliografía.

- [Martínez López de Letona J. La historia natural de la enfermedad como fuente esencial para la formulación del pronóstico. Madrid: HM; 2007. ISBN 978-84-612-7199-3](#)
- [Bhopal R. Concepts of Epidemiology. Integrating the ideas, theories, principles and methods of epidemiology \(2nd edition\). New York: Oxford University Press; 2008. ISBN 978-0-19-954314-4.](#)
- 3-Barmaimon Enrique, Tratado de Neuroanatomía Funcional. 3 volúmenes. Ed. EDUSMP.(1984).Lima, Perú.
- 4.- Barmaimon Enrique. Envejecimiento. Ed. Virtual. (2011).1ªEd. Montevideo Uruguay.
- 5- - Barmaimon Enrique. Libro Historia de la Anestesia, la Reanimación y los Cuidados Intensivos. 4 Tomos.(1984).1ªEd. Virtual. Montevideo, Uruguay.
- 6.-Barmaimon Enrique. Historia Medicina, Psiquiatría, Gerontología, Envejecimiento y Geriatria. (2015). 1ª Ed. Virtual. Montevideo, Uruguay. .
- 7 -Barmaimon,Enrique.(2015).Historia Ciencias Cognitivas.3 Tomos. 1ªEd. Virtual, . Montevideo, Uruguay .
- 8. -Barmaimon, Enrique.(2016).Libro Historia, Patología, Clínica y Terapéutica Ciencias Cognitivas. 3 Tomos. 1ª Ed. Virtual. Montevideo, Uruguay. (<http://www.bvssmu.org.uy/>).
- 9- -Barmaimon, Enrique.2017- Medicina Perioperatoria. 6 Tomos. 1ª Ed. Virtual.
- 10.- Barmaimon, Enrique.2017- Anestesia Locorregional- 6 Tomos.. 1ª Ed. Virtual.11- Barmaimon, Enrique- 2017- Libros Anestesia en Urología- 6 Tomos- 1ª.Ed. Virtual.
- 12- [Biblioteca Virtual en Salud](#) (BVS).

-21.4.6)- Enlaces Externos.

-Obtenido de :

«https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Historia_natural_de_la_enfermedad&oldid=103084626»

[Categorías:](#)

- [Enfermedades;](#)
- [Términos médicos.](#)

- Se editó esta página por última vez el 2 noviembre 2017 a las 12:38.

-21.5)- TELEPATOLOGÍA.

-De Wikipedia, la enciclopedia libre

-Telepatología es el examen de muestras médicas [patológicas](#) , a través de largas distancias, contemporáneamente sirviéndose de medios como las [telecomunicaciones](#), para la transmisión remota de esos datos, y depende en gran parte de la información biológica proveniente de la *patología digital*. Aunque no significan lo mismo, ese término patología digital, se aplica al entorno informatizado, que permite el manejo de información biológica, a partir de muestras.

.La patología digital tiene su base en la [microscopía virtual](#), la cual se basa en la digitalización de muestras de láminas de cristal, a imágenes digitales, y proporcionar un medio para ser vistas, administradas y analizadas.

-Índice.

-21.5)- TELEPATOLOGÍA.

-21.5.1)- [Historia](#).

-21.5.1.1)- [Advenimiento del Siglo XXI](#).

-21.5.1.2)- [Actualidad](#)

-21.5.2)- [Características Técnicas](#) .

-21.5.2.1)- [Estándares Informáticos](#).

-21.5.2.2)- [Equipos](#).

-21.5.2.3)- [Manejo de Imágenes y Color](#).

-21.5.3)- [Véase También](#).

-21.5.4)- [Referencias](#) .

-21.5.5)- [Bibliografía](#).

-21.5.6)- [Enlaces Externos](#)

-21.56.1)- Historia.

-Desde finales del siglo XX, se han utilizado sistemas informáticos, para prácticas patológicas a través de grandes distancias. Mientras algunos autores, citan el advenimiento de una cuarta generación de sistemas usados para estudios y diagnósticos por [biología celular](#) de enfermedades.¹

.En la década pasada, el uso de la [telemedicina](#), en los estudios patológicos de consulta se basaba en la digitalización de las muestras, con elementos de uso común, como [equipos fotográficos](#) y [escáneres](#) cotidianos, compatibles con el estándar [TWAIN](#), y el envío de dicha información digitalizada, se efectuaba mediante sistemas de compartición de información, menos rigurosos en cuanto a seguridad y fiabilidad de información,² como el [correo electrónico](#), grupos [USENET](#), [redes de área local](#) tradicionales en ámbitos hospitalarios ,o la simple distribución "*física*", entre el personal médico del material digital, mediante medios de almacenamiento portátiles como: el [CD-ROM](#) y [diskette](#).

-21.5.1.1)- Advenimiento Del Siglo XXI.

- A principios de la primera década del siglo XXI, se comienzan a utilizar sistemas de [videoconferencia](#), y software de microscopía virtual, el cual permite la visualización interactiva de las imágenes, a través de una pantalla. Si bien, la principal carencia durante estas épocas tempranas, eran los altos costos, que suponían las redes de transmisión de

datos de alta velocidad, estas primeras muestras de trabajo, demostraban ser prácticas. .En España por ejemplo, para solventar esos problemas, en el sistema de patología denominada *dinámica*, debido a que se transmitía en redes de telecomunicaciones en tiempo real, se sacrificaba el detalle en las imágenes y sonido, al enviarse mediante software convencional para [Microsoft Windows](#) de la época, más accesible y considerable como *estandar de facto*, tales como el envío de imágenes y sonido con una [webcam](#), mediante [NetMeeting](#). También se podían utilizar servicios de transmisión, mediante *streaming* con los códecs [Windows Media](#), que al usar un sistema de [compresión con pérdida](#), iba en detrimento de calidad de imagen; aunque dichas falencias, fueran imperceptibles en aras del ejercicio del trabajo del patólogo, definitivamente bien podrían introducir más fallas de origen, y errores diagnósticos, que sistemas más actuales.³

-21.5.1.2)- Actualidad.

-En la actualidad, la telepatología tiene una gran utilidad en unos 5 casos específicos:

- Interconsulta para considerar la opinión de un especialista;
- Diagnóstico asistido por computador, con ayuda de herramientas de [inteligencia artificial](#);
- Proporción de servicios de diagnóstico de emergencia, en la ausencia de especialistas en el medio;
- Conferencias de casos, incluyendo reuniones multidisciplinarias y control de calidad; y
- Educación, para estudiantes de ciencias médicas : programas técnicos y profesionales, tanto posgrado como posgrado.

-La telepatología, aunque en definición no ha cambiado, actualmente ya cuenta con herramientas, que realmente permiten realizar en esas largas distancias, un cotejo de las muestras de los pacientes en tiempo real, mediante sistemas de telecomunicaciones, ya sea con imágenes estáticas, muestras virtuales dinámicas a partir de la digitalización de imágenes de láminas completas, o imágenes transmitidas mediante un microscopio de luz controlado robóticamente;¹ también abarcará otros elementos rutinarios, en la práctica médica no solo basados en la muestra biológica, como la generación de un reporte escrito, control de calidad de los procesos de microscopía de luz, y también, la interconsulta mediante [videoconferencias](#), en [redes privadas virtuales](#), [mensajería instantánea](#), [VoIP](#) u otros métodos, con otros médicos tratantes del mismo paciente.

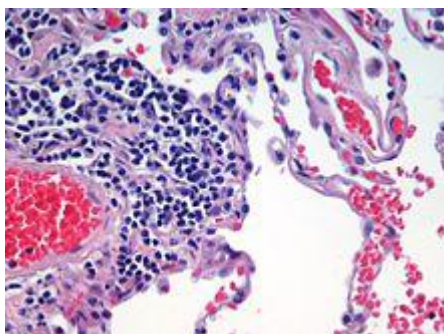
.Sin embargo, ciertos estudios, muestran que las tasas de precisión diagnóstica, son mayores cuando se utiliza patología dinámica : robótica en tiempo real, en lugar de patología estática, mediante láminas virtuales. Esto es debido a que en la telepatología dinámica, el médico revisa la imagen, con un microscopio robótico, que le permite seleccionar distintos campos y niveles de ampliación, por ende replicando el uso rutinario de un microscopio, aunque remotamente.

.Por el contrario, la telepatología estática recae en las imágenes enviadas por el patólogo del sitio, el cual transmite imágenes seleccionadas para diagnóstico; este proceso es susceptible a errores de calidad, o apreciación en la muestra tomada, en el sitio de envío de datos.⁴

-Sin embargo, otro de los usos donde se destacan las muestras digitales, es la creación de bases de datos y bibliotecas, que permiten realizar catálogos por [etiología](#) diagnosticada y tipo de tejido. Los usuarios de dichas bases de datos, tienen acceso instantáneo a casos previos, para realizar una comparación, ya que en el ámbito médico, es importante para el patólogo, el poder evaluar la progresión de la enfermedad, evaluando el origen de enfermedades como el [cáncer](#), y determinar el tratamiento a seguir. Dichas bibliotecas

permiten a los profesionales, acceder a casos de referencia para futuros diagnósticos. .La calidad del diagnóstico se mejora, a medida que el patólogo accede a estos casos similares, para compararlos de manera rápida. Se puede salvar tiempo valioso, al acceder mediante búsquedas electrónicas indizadas en estos repositorios de casos. .Además de asegurar que el patólogo remoto, tiene acceso a material de diagnóstico adecuado, los laboratorios involucrados en diagnósticos primarios o en telepatología de segunda opinión, deben identificar el caso apropiadamente; asegurarse que toda la información clínica apropiada es proporcionada al patólogo remoto, y tener procedimientos adecuados de almacenamiento, seguridad y manejo de datos médicos . .Debido a que la efectividad y la precisión de la telepatología, depende críticamente de la habilidad y el juicio de un especialista, se deberían realizar capacitaciones y entrenamientos en telepatología, en los profesionales que se sitúan en ambos puntos de la comunicación.⁴. .Por lo tanto, las tendencias contemporáneas en el ámbito de la educación de futuros médicos, se centran sobre todo, en informatizar sus cursos de patología, descartando ya en sí el uso de microscopios de luz, además de la construcción de dichas bibliotecas de láminas virtuales. Una clara muestra de esto son los laboratorios de patología digital, creados usando tecnologías informáticas propias de la [computación en nube](#). Como ejemplo de esto, se encuentra el depósito de imágenes "[Virtual SlideBox](#)" de la Facultad de Medicina de la [Universidad de Iowa](#), y el "[Virtual Microscope](#)" de la [Universidad de Nueva York](#), el cual utiliza como base de su plataforma web las [API](#) de [Google Maps](#).

-21.5.2)- Características Técnicas.



-Vista microscópica de una muestra histológica humana de [pulmón](#), teñida con [hematoxilina](#) y [eosina](#).
-Para que la práctica de la telepatología sea ventajosa y exitosa, el laboratorio debe asegurarse, que el patólogo remoto tiene acceso adecuado a material de diagnóstico apropiado.⁴ El proceso de la creación de imágenes digitales patológicas involucra muchos pasos. Estas operaciones incluyen algunos pasos básicos, como la preparación de la muestra y la tinción, realizado en un laboratorio histológico; la [tinción hematoxilina-eosina](#) se usa frecuentemente en el ámbito [histológico](#), para examinar secciones de tejido. La [hematoxilina](#) tiñe los núcleos celulares de azul, mientras que la [eosina](#) tiñe el citoplasma, el tejido conectivo y otras sustancias extracelulares de color rosado o rojo. .Después es necesaria la formación de la imagen óptica, como tal, mediante cualquier medio de adquisición digital : como cámaras fotográficas o de video y escáneres para digitalización de láminas microscópicas automáticos; el postprocesamiento de la información ,y la compresión a usar, la transmisión del archivo de imagen a través de redes de telecomunicaciones, y la presentación final en la pantalla del profesional de la salud.¹⁵.

- 21.5.2.1)- Estándares Informáticos.

-Entre los estándares de imagen digital en ámbitos de salud, el más importante para transmisión de imagenología clínica es el [DICOM](#) (Digital Imaging and Communications in Medicine), junto con el conjunto de estándares [HL7](#). DICOM fue creado originalmente para radiología, por lo que no tiene especificaciones esenciales en ámbitos de diagnóstico patológico, como texturas y color en las imágenes digitales. Actualmente se estudia por el organismo científico [NEMA](#) (National Electrical Manufacturers Association), la inclusión de definiciones específicas del estándar, para ámbitos de patología digital, por parte de un grupo de trabajo denominado: *DICOM Working Group* 26.¹⁶.

-21.5.2.2)- Equipos.

-Antes de los avances recientes en hardware y software de microscopía virtual, las muestras se digitalizaban, con aparatos no diseñados para ello , aunque compatibles con el estándar [TWAIN](#), y en resoluciones ópticas que rara vez pasaban los 5000 ppp.⁷ Actualmente se ha mejorado.

.Es importante destacar, que la resolución óptica de un aparato, es resultado de una función de la longitud de onda usada, y la apertura numérica del sistema de lentes. Hoy en día, con microscopios y aparatos específicos de digitalización patológica, es posible alcanzar resoluciones mayores a 100.000 ppp, lo que las haría más cercanas a la resolución vista en un microscopio de luz tradicional usado en patología, el cual produce un nivel de ampliación equivalente de 0.46 a 0.50 $\mu\text{m}/\text{píxel}$,equivalente al aumento de 20x y 0.23 a 0.25 $\mu\text{m}/\text{píxel}$ al de 40x.¹.

-21.5.2.3)- Manejo De Imágenes y Color.

-El manejo del color en muestras telepatológicas es algo de suma importancia. En contraste, en sistemas teleradiológicos, no se ha tenido que lidiar con este problema, lo que resulta en una gran ventaja, para la percepción del desarrollo ulterior de estos, en contraste con el rezago, que presenta la telepatología en cuestiones de estándares de interoperabilidad, como se menciona anteriormente. Por ello, algunos eslabones dentro de la cadena de la muestra patológica, podrían tener incompatibilidades de color, tales como la muestra en sí, el escáner usado o la presentación en pantalla de la muestra virtual.

.A manera de ejemplo, en ciertas muestras histológicas teñidas, la eosina es absorbida fuertemente por los [eritrocitos](#), coloreándolos de rojo intenso. En una preparación H & E realizada con buena técnica, la preparación de eritrocitos se ve en color naranja, y el colágeno y citoplasma de otras células : especialmente musculares, adquiere diferentes tonos de rosado. Cuando la tinción es realizada por una máquina, las diferencias sutiles que se ven en casos de eosinofilia, se pierden muy a menudo. Otro problema puede ocurrir con el sistema de lentes de la muestra en el microscopio, que puede añadir artificios y aberraciones por distorsión en la imagen, por lo que puede ser un problemas de origen de color. Para solventarlo, el uso de análisis espectrales, calibración y reproducción del color, son metodologías que se utilizan en este ámbito. Una aproximación, es el uso de calibradores de color, como las tablas de color Macbeth.¹⁸ Esto, junto con el uso de perfiles estándares de color [ICC](#). También se estudia el uso de iluminación por [LED](#), en las preparaciones durante el proceso de digitalización, en aras de tener una fuente de iluminación, con una [temperatura de color](#) y un [balance de blancos](#) adecuados, y que no introduzcan errores.

-21.5.3)- Véase También.

-  [Portal:Medicina](#). Contenido relacionado con [Medicina](#).
- [Anatomía patológica](#);
- [Citopatología](#);
- [Histología](#);
- [Laboratorio clínico](#);
- [Microscopía](#);
- [Microscopía virtual](#);
- [Patología](#).

-21.5.4)- Referencias..

1. [Saltar a: a b c d e f](#) Weinstein, R.; Graham A.; Richter L.; Barker G.; Krupinski E.; Lopez A.; Erps K.; Bhattacharyya A.; Yagi Y.; Gilbertson J. (2009). «Overview of telepathology, virtual microscopy, and whole slide imaging: prospects for the future». *Human Pathology* 40 (8): 1057-1069. [ISSN 0046-8177](#). [doi:10.1016/j.humpath.2009.04.006](#).
2. [Volver arriba](#) [↑](#) [Telepathology in Yugoslavia:Where we are, what in the future?](#)
3. [Volver arriba](#) [↑](#) Luis Alfaro Ferreres (2001). Club de Informática Aplicada de la Sociedad Española de Anatomía Patológica, ed. *Manual de Telepatología*.
4. [Saltar a: a b c](#) Keith J Kaplan M.D. (2002). *Use of Robotic Telepathology for Frozen-Section Diagnosis: A Retrospective Trial of a Telepathology System for Intraoperative Consultation*.
5. [Volver arriba](#) [↑](#) Mccullough, B.; Ying X.; Monticello T.; Bonnefoi M. (2009). «Digital Microscopy Imaging and New Approaches in Toxicologic Pathology.». *Toxicologic Pathology* 32 (2): 49-58. [doi:10.1080/01926230490451734](#).
6. [Volver arriba](#) [↑](#) [Standards in Digital Pathology and Telepathology](#)
7. [Volver arriba](#) [↑](#) Mikula, S; Trotts I; Stone JM; Jones EG (2007). «[Internet-enabled high-resolution brain mapping and virtual microscopy](#)». *NeuroImage* 35 (1): 9-15. [PMC 1890021](#). [PMID 17229579](#). [doi:10.1016/j.neuroimage.2006.11.053](#).
8. [Volver arriba](#) [↑](#) FJ Leong. Telepathology city, ed. «[What about print calibration?](#)».

-21.5.5)- Bibliografía.

1. Luis Alfaro Ferreres, Marcial García Rojo, Ana Mª Puras Gil. Club de Informática Aplicada de la Sociedad Española de Anatomía Patológica (ed.). *Manual de Telepatología* (2001). [\[1\]](#)
2. Kayser K, Kayser G, Radziszowski D, et al. From telepathology to virtual pathology institution: the new world of digital pathology. *Rom J Morphol Embryol* 1999-2004;45:3-9.
3. [Schlangen D, Stede M, Stede, Bontas, E, P, Feeding OWL: Extracting and Representing the Content of Pathology Reports.](#)
4. [Graschew, G, Roelofs, T.A., Rakowsky, S, & Schlag, P.M. Digital medicine in the virtual hospital of the future.](#)
5. [Mccullough, B, Ying, X, Monticello, T, & Bonnefoi, M, Digital Microscopy Imaging and New Approaches in Toxicologic Pathology.](#)
6. [Fine JL, Grzybicki DM, Silowash R, Ho J, Gilbertson JR, Anthony L, Wilson R, Parwani AV, Bastacky SI, Epstein JI, Jukic DM. Evaluation of whole slide image immunohistochemistry interpretation in challenging prostate needle biopsies.](#)
7. -Barmaimon Enrique, Tratado de Neuroanatomía Funcional. 3 volúmenes. Ed. EDUSMP.(1984).Lima, Perú.

8. .- Barmaimon Enrique. Envejecimiento. Ed. Virtual. (2011).1ªEd. Montevideo Uruguay.
9. - Barmaimon Enrique. Libro Historia de la Anestesia, la Reanimación y los Cuidados Intensivos. 4 Tomos.(1984).1ªEd. Virtual. Montevideo, Uruguay.
10. .-Barmaimon Enrique. Historia Medicina, Psiquiatría, Gerontología, Envejecimiento y Geriatria. (2015). 1ª Ed. Virtual. Montevideo, Uruguay. .
11. -Barmaimon,Enrique.(2015).Historia Ciencias Cognitivas.3 Tomos. 1ªEd. Virtual, . Montevideo, Uruguay .
12. -Barmaimon, Enrique.(2016).Libro Historia, Patología, Clínica y Terapéutica Ciencias Cognitivas. 3 Tomos. 1ª Ed. Virtual. Montevideo, Uruguay. (<http://www.bvssmu.org.uy/>).
- 13- Barmaimon, Enrique.2017- Medicina Perioperatoria. 6 Tomos. 1ª Ed. Virtual.
- 14.- Barmaimon, Enrique.2017- Anestesia Locorregional- 6 Tomos.. 1ª Ed. Virtual.11-
- Barmaimon, Enrique- 2017- Libros Anestesia en Urología- 6 Tomos- 1ª.Ed. Virtual.
- 15- [Biblioteca Virtual en Salud](#) (BVS).

-21.5.6)- Enlaces Externos.

-Vínculos informativos:

- [Centro de Telemedicina Universidad Nacional de Colombia](#)
- [Association for Pathology Informatics](#)
- [Digital Pathology Association](#)
- [Digital Pathology Blog](#)
- [Digital Pathology Wiki](#).

-Artículos:

- [New Developments in Digital Pathology: from Telepathology to Virtual Pathology Laboratory](#)
- [Feeding OWL: Extracting and Representing the Content of Pathology Reports](#)
- [Organizing Knowledge in a Semantic Web for Pathology](#)
- [Digital medicine in the virtual hospital of the future.](#)

-Sitios académicos de patología digital:

- [Welcome to Digital Pathology at Brown Medical School](#)
- [Holycross Cancer Center \(Poland, Kielce\) Pathomorphology Department virtual slides](#)
- [Digital Pathology Imaging Group at University of Pittsburgh Medical Center](#).

-Fabricantes de equipos (Asesoría, análisis de imágenes, robots, software de microscopía virtual):

- [Aperio](#)
- [Apollo](#)
- [Aurora MSC](#)
- [BioImagene](#)
- [Definiens](#)
- [i-Path Diagnostics](#)
- [Omnyx](#)
- [SlidePath](#)
- [PathLogik](#)
- [Digital Pathology Consultants](#)
- [Flagship Biosciences](#).

-Otros sitios web:

- [Digital pathology: DICOM-conform draft, testbed, and first results](#)
- [Guidon Blog on whole slide image analysis](#).

Obtenido de «<https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Telepatología&oldid=101572111>»

-**Categoría:**

- [Diagnósticos en medicina](#);
- Se editó esta página por última vez el 1 septiembre 2017 a las 18:18.

-21.6)- MEDIO AMBIENTE.

-De Wikipedia, la enciclopedia libre.



-Ambiente natural.

-El medio ambiente o medioambiente¹, es el conjunto de componentes físicos, químicos y biológicos externos, con los que interactúan los [seres vivos](#).² Respecto al ser humano, comprende el conjunto de factores [naturales](#), sociales y culturales existentes en un lugar, y en un momento determinado, que influyen en su vida, y afectarán a las generaciones futuras. Es decir, no se trata solo del espacio en el que se desarrolla la [vida](#), sino que también comprende: [seres vivos](#), objetos, [agua](#), [suelo](#), [aire](#) y las relaciones entre ellos, así como elementos tan intangibles como algunas de la cultura.

-Índice.

-21.6)- MEDIO AMBIENTE.

-21.6.[1](#))- [Origen Etimológico](#)

-21.6.[1.1](#))- [Medioambiente](#).

-21.6.[2](#))- [Concepto del Medio Ambiente](#).

-21.6.[3](#))- [Desarrollo Histórico del Concepto Ambiental](#).

-21.6.[4](#))- [Factores Principales](#) .

-21.6.[4.1](#))- [Organismos Vivos](#).

-21.6.4.2)- [Clima](#).

-21.6.[4.3](#))- [Relieve](#).

-21.6.[4.4](#))- [Deforestación](#).

-21.6.[4.5](#))- [Sobreforestación](#).

-21.6.[4.6](#))- [Incendios Forestales](#).

-21.6.[5](#))- [Día Mundial Del Medio Ambiente](#).

-21.6.[6](#))- [Véase También](#).

-21.6.7)- [Referencias](#).

-21.6.[8](#))- [Bibliografía](#).

-21.6.[9](#))- [Enlaces Externos](#).

-21.6.1)- [Origen Etimológico](#).

-La palabra medio procede del [latín](#) *medium* : género neutro; como adjetivo, del latín *medius* : género masculino. La palabra *ambiente* procede del latín *ambiens*, *ambientis*, del verbo *ambere*, «rodear», «estar a ambos lados». Se podría considerar a la expresión *medio ambiente* como [pleonismo](#), por que las acepciones de los dos elementos de tales grafías, son coincidentes con la acepción inherente cuando van juntos.

.Sin embargo, algunas acepciones de ambas palabras por separado son diferentes. Lo que permite su comprensión es el contexto. Por ejemplo, otras acepciones, metafóricas, del término *ambiente*, aluden a sectores sociales, como *ambiente popular* o *ambiente aristocrático*; o actitudes, como *tener buen ambiente con los amigos y demás personas y la fauna*.

-21.6.1.1)- Medioambiente.

-Pese a que la forma habitual es escribir y pronunciar dos palabras : medio ambiente, la [Real Academia Española](#), en su [Diccionario Panhispánico de Dudas](#) (DPD), recomienda el uso y la escritura en un solo vocablo medioambiente, y de la forma adjetivada medioambiental.³.

-21.6.2)- Concepto Del Medio Ambiente.

-En la [Teoría general de sistemas](#), un *ambiente* es un [complejo](#) de factores externos, que actúan sobre un [sistema](#), y determinan su curso y su forma de existencia. Un ambiente podría considerarse, como un superconjunto, en el cual el sistema dado es un subconjunto. .Puede constar de uno o más [parámetros](#), físicos o de otra naturaleza.

.Estos factores externos son:

- Medio físico: [Geografía Física](#), [Geología](#), [clima](#), [contaminación](#).
- Medio biológico:
 1. [Población humana](#): [Demografía](#).
 2. [Flora](#): fuente de [alimentos](#) o productores.
 3. [Fauna](#): animales consumidores primarios, secundarios, etcétera.
- Medio socioeconómico:
 1. Ocupación laboral o trabajo: exposición a agentes químicos y físicos.
 2. [Urbanización](#) o el desarrollo cultural de cada [familia](#)
 3. [Desastres](#): [guerras](#), [inundaciones](#) (precipitaciones).

-21.6.3)- Desarrollo Histórico Del Concepto Ambiental.

1. [Hipócrates](#) : 460-375 años antes de Cristo,, en su obra *Aires, aguas y lugares*, resalta la importancia del ambiente como causa de enfermedad.
2. [Thomas Sydenham](#) : 1624-1689, y [Giovanni Maria Lancisi](#) : 1654-1720; formulan la [teoría miasmática](#), en la que el *miasma* es un conjunto de emanaciones fétidas de [suelos](#) y [aguas](#) impuras, que son causa de enfermedad.
3. En el [siglo XIX](#), con [Edwin Chadwick](#); [William Farr](#) : 1807-1883, con la mortalidad de los mineros; [John Snow](#) :1813-1858, con *Sobre el modo de transmisión del cólera*; se consolidan la importancia del ambiente, en epidemiología y la necesidad de utilizar métodos numéricos.

-21.6.4)- Factores Naturales.

-En la actualidad, existen altos niveles de [contaminación](#), causados por el [hombre](#). Pero no solo este contamina, sino que también existen factores naturales, que, así como benefician, también pueden perjudicar al entorno. Algunos de estos son:

-21.6.4.1)- Organismos Vivos.

- [Biocenosis](#).

-Animales de [pastoreo](#), como los vacunos son beneficiosos para la vegetación. Sus heces [abonan](#) la tierra. Los caprinos, con sus pezuñas y su manera de obtener su alimento [erosionan](#), afectan adversamente, la tierra.

-21.6.4.2)- Clima: Elementos del Clima: .Los elementos constituyentes del clima son: temperatura, presión, vientos, humedad y precipitaciones. Tener un registro durante muchos años de los valores correspondientes a dichos elementos, con respecto a un lugar determinado, nos sirve para poder definir cómo es el clima de ese lugar. De estos cinco elementos, los más importantes son la temperatura y las precipitaciones, porque en gran parte, los otros tres elementos o rasgos del clima, están estrechamente relacionados con los dos que se han citado. Ello significa que una mayor o menor temperatura, da origen a una menor o mayor presión atmosférica, respectivamente, ya que el aire caliente tiene menor densidad y por ello se eleva : [ciclón](#) o zona de baja presión; mientras que el aire frío tiene mayor densidad y tiene tendencia a descender : zona de alta presión o [anticiclón](#). A su vez, estas diferencias de presión, dan origen a los vientos :de los anticiclones a los ciclones, los cuales transportan la humedad y las [nubes](#) y, por lo tanto, dan origen a la repartición de las lluvias ,sobre la superficie terrestre



Una nube [cumulonimbus](#) bastante desarrollada vista hacia el este en el sureste de [Caracas, Venezuela](#). Un buen ejemplo del flujo de energía : térmica, eléctrica, físico-química, etc.) en el seno de la [atmósfera](#).

-21.6.4.3)- Relieve.

- [Relieve terrestre](#).

-Existen [relieves](#) beneficiosos , como los montes repletos de [árboles](#); y perjudiciales, como los [volcanes](#), que pueden afectar el terreno, ya sea por [ceniza](#) o por riesgo de explosión magmática.

.Cualquier irregularidad ocurrida en la superficie terrestre forma el relieve. Por ende, puede dar lugar tanto a elevaciones, como a hundimientos en el terreno. El relieve actual de la Tierra, es resultado de un largo proceso. Según la [teoría](#) de la [tectónica de placas](#), la [litosfera](#) está dividida en diversas [placas tectónicas](#), que se desplazan lentamente, lo cual provoca que la superficie terrestre, esté en cambio continuo : [teoría de la deriva continental](#). Un relieve alto, provoca que las nubes y el viento no pasen, provocando que el lado afectado sea más árido.

-21.6.4.4)- Deforestación.

- [Deforestación](#).

-Es un factor que en gran manera afecta a la [tierra](#), por que los árboles y plantas demoran mucho en volver a crecer, y son elementos importantes para el medio ambiente. Esta se combate pocas veces por medio de la reforestación.

-21.6.4.5)- Sobreforestación.

-Este extremo también es perjudicial al entorno, pues demasiada [vegetación](#), absorbe todos los minerales de la superficie donde se encuentra. De este modo, el suelo se queda sin minerales suficientes para su propio desarrollo. Una manera de evitar esto, consiste en utilizar la [Rotación de cultivos](#) adecuada a la zona.

-21.6.4.6)- Incendios Forestales.

- [Incendio forestal](#).

-Se le denomina un tipo de deforestación con efectos adversos masivos y duraderos al terreno. La tierra que ha sido expuesta a [incendio forestal](#), demora cientos de años para volver a ser utilizable.

-21.6.5)- Día Mundial Del Medio Ambiente.

- [Día Mundial del Medio Ambiente](#).

- El [5 de junio](#), se celebra globalmente el [Día Mundial del Medio Ambiente](#). Este fue establecido por la [Asamblea General de las Naciones Unidas](#) en [1972](#). Es uno de los medios importantes por los cuales la [Organización de las Naciones Unidas](#), estimula la sensibilización mundial acerca del entorno.

-21.6.6)- Véase También.

-  [Portal:Ecología](#). Contenido relacionado con [Ecología](#).
- [Anexo:Artículos sobre el medio ambiente](#);
- [Ciencias ambientales](#);
- [Desarrollo sostenible](#);
- [Dinámica de sistemas](#);
- [Ecología pública](#);
- [Educación ambiental](#);
- [Ferias de productos ecológicos](#);
- [Gestión ambiental](#);
- [Hábitat](#);
- [Movimiento ecologista](#);
- [Paisaje natural](#);
- [Vida silvestre](#);
- [Contaminación lumínica](#).

-21.6.7)-Referencias.

1. [Volver arriba](#) ↑ [Real Academia Española](#) y [Asociación de Academias de la Lengua Española](#) (2014). «medio». [Diccionario de la lengua española](#) (23.ª edición). Madrid: [Espasa](#). ISBN 978-84-670-4189-7.
2. [Volver arriba](#) ↑ Johnson, D. L., S. H. Ambrose, T. J. Bassett, M. L. Bowen, D. E. Crummey, J. S. Isaacson, D. N. Johnson, P. Lamb, M. Saul y A. E. Winter-Nelson. 1997. «Meanings of environmental terms.» *Journal of Environmental Quality* 26: 581-589.
3. [Volver arriba](#) ↑ [Diccionario Panhispánico de Dudas](#).

-21.6.8)- Bibliografía.

- Adams, Simon; David Lambert (2016) [2006]. *Earth Science: An illustrated guide to science*. New York NY 10001: Chelsea House. p. 20. [ISBN 0-8160-6164-5](#).
- -Barmaimon Enrique, Tratado de Neuroanatomía Funcional. 3 volúmenes. Ed. EDUSMP.(1984).Lima, Perú.
- .- Barmaimon Enrique. 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.
- .-Barmaimon Enrique. Historia Medicina, Psiquiatría, Gerontología, Envejecimiento y Geriatria. (2015). 1ª Ed. Virtual. Montevideo, Uruguay. .
- -Barmaimon,Enrique.(2015).Historia Ciencias Cognitivas.3 Tomos. 1ªEd. 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- Medicina Perioperatoria. 6 Tomos. 1ª Ed. Virtual.
- Barmaimon, Enrique.2017- Anestesia Locorregional- 6 Tomos.. 1ª Ed. Virtual.11-
- Barmaimon, Enrique- 2017- Libros Anestesia en Urología- 6 Tomos- 1ª.Ed. Virtual.
- [Biblioteca Virtual en Salud](#) (BVS).

-21.6.9)- Enlaces Externos.

- [Cómo proteger el medio ambiente](#).
-  [Wikcionario](#) tiene definiciones y otra información sobre [medio ambiente](#).

-  [Wikilibros](#) alberga un libro o manual sobre [Medio ambiente](#).
-  [Wikimedia Commons](#) alberga contenido multimedia sobre [Medio ambiente](#).
- [Categoría Medio Ambiente](#) en el directorio [DMOZ](#).

Obtenido de

«https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Medio_ambiente&oldid=102968362»

Categorías:

- [Medio ambiente](#);
- [Ecología](#).
- Se editó esta página por última vez el 30 octubre 2017 a las 11:05.

-21.7)- SECUELA SALUD. (MEDICINA).

-De Wikipedia, la enciclopedia libre



-Secuela de la poliomielitis en la pierna de una niña.

Secuela (del [latín](#) *sequēla* "lo que sigue", "consecuencia"), en [medicina](#), es la lesión o trastorno remanente tras una [enfermedad](#) o un traumatismo.

Una secuela es la alteración persistente de una lesión, consecuencia de una enfermedad, un traumatismo o una intervención quirúrgica.¹ Se considera secuela a partir del momento en que no se pueden resolver las consecuencias o complicaciones de un [problema de salud](#). Generalmente el paciente suele precisar una adaptación física y/o psíquica a su nueva situación vital.² Aparecen en cualquier edad de la vida.³

-Índice.

-21.7)- SECUELA SALUD.

-21.7.1)- [Clasificación](#).

-21.7.2)- [Valoración](#)

-21.7.3)- [Véase También](#).

-21.7.4)- [Referencias](#).

-21.7.1)- Clasificación.

- Según el tipo de daño:

- orgánico;
- funcional;
- psíquico.

-Según el grado de lesión:

- leve;
- grave.

-21.7.2)-Valoración.

-La valoración médica de las secuelas consta de la:⁴⁵⁶:

- determinación de la relación causa - efecto;
- valoración del daño a la persona;
- metodología clínica empleada.

-21.7.3)- Véase También.

- [Discapacidad](#);

- [Enfermedad crónica](#);
- [Etapas de la enfermedad](#);
- [latrogenia](#);
- [Morbilidad](#);
- [Prevención terciaria](#);
- [Rehabilitación \(Medicina\)](#);
- [Resultado sanitario](#).

-21.7.4)-Referencias.

[Volver arriba](#) ↑ [Real Academia Nacional de Medicina. Diccionario de términos médicos. Madrid: Panamericana; 2013.](#)

1. [Volver arriba](#) ↑ [Sánchez Cárdenas MA. Determinantes de la gestión clínica en atención médica domiciliar de personas con secuelas de enfermedad cerebro-vascular \(tesis doctoral\). 17/09/2012.](#)
2. [Volver arriba](#) ↑ [Casals González Y, Montero del Castillo ME, González Naya G. Prevalencia de secuelas de traumatismos en dientes temporales en niños institucionalizados del municipio Playa. Rev Cubana Estomatol. 2011; 48\(1\):14-21.](#)
3. [Volver arriba](#) ↑ [Dujo Rodríguez FJ. Valoración de secuelas en las enfermedades profesionales. La Mutua. 2008; \(19\):131-40.](#)
4. [Volver arriba](#) ↑ [Robaina Castellanos G, De La C. Riesgo Rodríguez S, Robaina Castellanos R. Valor predictor de secuelas neurológicas del examen neurológico y el ultrasonido cerebral en neonatos asfícticos. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2006; 32\(2\):1-10.](#)
5. [Volver arriba](#) ↑ [Villarejo Ramos A. Propuestas para baremo de las secuelas psíquicas derivadas de accidente de circulación. Cuad Med Forense. 2005; 11\(41\):191-201.](#)

6-Barmaimon Enrique, Tratado de Neuroanatomía Funcional. 3 volúmenes. Ed. EDUSMP.(1984).Lima, Perú.

7.- Barmaimon Enrique. Envejecimiento. Ed. Virtual. (2011).1ªEd. Montevideo Uruguay.

8 - Barmaimon Enrique. Libro Historia de la Anestesia, la Reanimación y los Cuidados Intensivos. 4 Tomos.(1984).1ªEd. Virtual. Montevideo, Uruguay.

9.-Barmaimon Enrique. Historia Medicina, Psiquiatría, Gerontología, Envejecimiento y Geriatria. (2015). 1ª Ed. Virtual. Montevideo, Uruguay. .

10 -Barmaimon,Enrique.(2015).Historia Ciencias Cognitivas.3 Tomos. 1ªEd. Virtual, . Montevideo, Uruguay .

.11 -Barmaimon, Enrique.(2016).Libro Historia, Patología, Clínica y Terapéutica Ciencias Cognitivas. 3 Tomos. 1ª Ed. Virtual. Montevideo, Uruguay.

(<http://www.bvssmu.org.uy/>).

-12 -Barmaimon, Enrique.2017- Medicina Perioperatoria. 6 Tomos. 1ª Ed. Virtual.

-13- Barmaimon, Enrique.2017- Anestesia Locorregional- 6 Tomos.. 1ª Ed. Virtual.11-

- 14-Barmaimon, Enrique- 2017- Libros Anestesia en Urología- 6 Tomos- 1ª.Ed. Virtual.

-15- [Biblioteca Virtual en Salud](#) (BVS).

-

Obtenido de

«[https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Secuela_\(medicina\)&oldid=100152288](https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Secuela_(medicina)&oldid=100152288)»

-Categorías:

- [Términos médicos](#);
- [Enfermedades](#).

-21.8)- TRATAMIENTO : MEDICINA O SALUD.

-De Wikipedia, la enciclopedia libre.

-En [medicina](#), tratamiento o terapia (del [griego](#) *θεραπεία*/therapeia = tratamiento médico), es el conjunto de medios de cualquier clase : [higiénicos](#), [farmacológicos](#), [quirúrgicos](#) o [físicos](#), cuya finalidad es la curación o el alivio : paliación, de las [enfermedades](#) o [síntomas](#). Es un tipo de [juicio clínico](#). Son sinónimos: terapia, terapéutico, cura, método curativo.

-No se debe confundir con terapéutica, que es la rama de las ciencias de la salud, que se ocupa de los medios empleados, y su forma de aplicarlos en el tratamiento de las enfermedades, con el fin de aliviar los síntomas o de producir la curación.¹.

-Índice.

-21.8)- TRATAMIENTO : MEDICINA O SALUD.

-21.8.1)- [Tipos de Tratamientos Eficaces](#).

-21.8.2)- [Formas de Aplicar Tratamientos](#).

-21.8.3)- [Problemas del Tratamiento](#).

-21.8.4)- [Véase También](#).

-21.8.5)- [Referencias](#).

-21.8.6)- [Bibliografía](#).

-21.8.7)- [Enlaces Externos](#)

-21.8.1)- Tipos de Tratamientos Eficaces.



-"Goya atendido por Arrieta" (1820) óleo de [Francisco de Goya](#).

- [Cirugía](#) o tratamiento quirúrgico;
- [Dieta](#);
- [Farmacoterapia](#) o tratamiento con medicamentos;
- [Fisioterapia](#);
- [Hidroterapia](#);
- [Logopedia](#);
- [Ortopedia](#);
- [Prótesis](#): dentales, lentes, etc;
- [Psicoterapia](#);
- [Quimioterapia](#);
- [Radioterapia](#);
- [Rehabilitación](#) o tratamiento rehabilitador;
- [Reposo](#) domiciliario;
- [Sueroterapia](#);
- [Terapia de quelación](#);
- [Terapia ocupacional](#).

-21.8.2)- Formas de Aplicar Tratamientos.

- Terapia individual es la aplicada a un sólo paciente.
- [Terapia grupal](#) es aplicado a varios pacientes a la vez.
- Tratamiento alternativo es el prescrito por una persona, generalmente sin formación médica homologada, y sin demostración científica de su eficacia.
- Tratamiento conservador es el que evita procedimientos cruentos, como los quirúrgicos o instrumentales, y utiliza medidas poco agresivas, tendentes a mantener o mejorar la situación general del enfermo y a controlar en lo posible el curso de la enfermedad.
- Tratamiento curativo es el que tras ser aplicado se consigue una reversión total de la enfermedad.
- Tratamiento específico es el dirigido contra una enfermedad concreta.
- Tratamiento etiológico es el que actúa directamente sobre la causa que origina una enfermedad.
- [Tratamiento paliativo](#) es el que intenta aliviar u ofrecer el máximo bienestar al paciente porque no se puede alcanzar un tratamiento curativo.
- Tratamiento radical es el que intenta erradicar la enfermedad utilizando todas las medidas disponibles en Medicina.
- Tratamiento sintomático es el que calma o alivia los síntomas en aquellas enfermedades que se desconocen o que no tienen un tratamiento eficaz.

-21.8.3)- Problemas del Tratamiento.

- [Cascada terapéutica](#);
- [Contraindicación](#);
- [Efecto adverso](#);
- [Efecto secundario](#);
- [Iatrogenia](#);
- [Interacción farmacológica](#);
- [Medicalización](#);
- [Polimedicación](#);
- [Reacción adversa a medicamento](#) (RAM).

-21.8.4)- Véase También.

- [Bioética](#);
- [Efecto adverso](#);
- [Efecto cascada](#);
- [Efecto nocebo](#);
- [Efecto placebo](#);
- [Historia natural de la enfermedad](#);
- [Juicio clínico](#);
- [Ley de beneficios inversos](#);
- [Ley de cuidados inversos](#);
- [Negligencia médica](#);
- [Prescripción \(medicina\)](#);
- [Receta médica](#);
- [Resultado sanitario](#).

-21.8.5)- Referencias.

1. [Volver arriba ↑ Real Academia Nacional de Medicina. Diccionario de términos médicos. Madrid: Interamericana; 2012.](#)

-21.8.6)- Bibliografía.

- Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Guía de prescripción terapéutica. Barcelona: Pharma; 2006. [ISBN 84-95993-11-2](#)
- Brunton LL, Lazo JS, Parker KL (editores). Goodman and Gilman. Las bases farmacológicas de la terapéutica (11ª ed.) México: McGraw-Hill; 2007. [ISBN 978-970-10-5739-1](#)
- Formulario nacional (1ª ed.). Madrid: Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios; 2007. [ISBN 978-84-7978-813-1](#)
- -Barmaimon Enrique, Tratado de Neuroanatomía Funcional. 3 volúmenes. Ed. EDUSMP.(1984).Lima, Perú.
- .- Barmaimon Enrique. 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.
- .-Barmaimon Enrique. Historia Medicina, Psiquiatría, Gerontología, Envejecimiento y Geriatria. (2015). 1ª Ed. Virtual. Montevideo, Uruguay. .
- -Barmaimon,Enrique.(2015).Historia Ciencias Cognitivas.3 Tomos. 1ªEd. 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- Medicina Perioperatoria. 6 Tomos. 1ª Ed. Virtual.
- Barmaimon, Enrique.2017- Anestesia Locorregional- 6 Tomos.. 1ª Ed. Virtual.11-
- Barmaimon, Enrique- 2017- Libros Anestesia en Urología- 6 Tomos- 1ª.Ed. Virtual.
- [Biblioteca Virtual en Salud](#) (BVS).

-21.8.7)- Enlaces Externos.

- [Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud](#)
- ["Capítulo nueve del libro de medicina dedicado a Mansur, con el comentario de Sillanus de Nigris"](#) Es un libro latín por [Rhazes](#), de 1483, que es conocido por su capítulo noveno, que es aproximadamente la terapéutica

Obtenido de

«[https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Tratamiento_\(medicina\)&oldid=97704927](https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Tratamiento_(medicina)&oldid=97704927)»

[Categorías:](#)

- [Tratamientos en medicina](#)
- [Términos médicos](#)
- Se editó esta página por última vez el 20 mar 2017 a las 17:59.

-21.9)- MEDICALIZACIÓN.

-De Wikipedia, la enciclopedia libre



-Precaución con el consumo de medicamentos.

-Se llama *medicalización* al proceso cuyo objetivo es mostrar como [problemas de salud](#) , por tanto, susceptibles de tratamiento, a características biológicas o a eventos vitales, que, en realidad, no lo son. De este modo, son tratados por [médicos](#) y otros profesionales de la salud. El proceso de medicalización, normalmente conlleva cambios en las actitudes sociales y terminología, y puede estar acompañado o conducido, por la disponibilidad de nuevos tratamientos.¹².

-Índice.

-21.9)- MEDICALIZACIÓN.

-21.9.1) [Causas](#).

-21.9.2)- [Peligros](#).

-21.9.3)- [Protagonistas](#).

-21.9.4)- [Áreas de medicalización](#)

-21.9.5)- [Cómo Luchar Contra la Medicalización](#).

-21.9.6)- [Véase También](#).

-21.9.7)- [Referencias](#).

-21.9.8)- [Bibliografía](#).

-21.9.9)- [Enlaces Externos](#).

-21.9.1)- Causas.

-Las causas señaladas son variadas, pero se puede decir que entran dentro de la llamada [promoción de enfermedades](#):³⁴.

-Por un lado, la percepción de que ciertas características no son deseables, genera una búsqueda de soluciones, y por interés económico, se pueden ofrecer tratamientos y asistencia, que en realidad, no son necesarios. Los rasgos psicológicos o conductuales, como: la tristeza, la agresividad; las consecuencias de eventos vitales, pueden ser tratados para provocar esta falsa percepción de que son enfermedades.

.Generalmente ocurre con aquéllos que resultan, o así se acepta generalmente, que son desagradables.⁵.

-Por otro lado, también en el campo de la prevención, hay procedimientos que han sido señalados como medicalización, al ser controvertido el índice riesgo/beneficio. De forma menos clara que la anterior, la causa sería el mercado de las pruebas diagnósticas, que atendería antes a su beneficio, que a una verdadera necesidad, y a la falta de una investigación que delimite lo anterior de forma clara.

-Los límites de la definición de enfermedades, se expanden para incluir los problemas personales como problemas de salud.⁶.

-También se atribuye un papel en la progresiva medicalización, a destacar los riesgos de las enfermedades, para generar alarma y aumentar la demanda de pruebas y de tratamientos.

-21.9.2)- Peligros.

-La medicalización inadecuada, conlleva los peligros de diagnósticos innecesarios, de malas decisiones terapéuticas, [iatrogenia](#), del despilfarro económico, así como el desvío de los recursos, que se podrían dedicar a tratar o prevenir una enfermedad más grave.

.En un nivel más profundo, la medicalización puede ayudar a alimentar obsesiones, no beneficiosas para la salud, a crear explicaciones sociológicas o políticas oscuras o confusas ,sobre los [problemas de salud](#), y centrar excesivamente la atención en las soluciones farmacológicas.⁷.

-21.9.3)- Protagonistas.

-En el proceso de medicalización, participan la sociedad, los profesionales, los medios de comunicación,⁸ los políticos y la industria farmacéutica.⁹.

-21.9.4)- Áreas De Medicalización.

- Estados anímicos como: la [tristeza](#), el [síndrome postvacacional](#), el [duelo](#), etc.¹⁰;
- Situaciones sociales con incertidumbre como: los [estudios](#),¹¹ el [trabajo](#), el [desempleo](#), la convivencia, el [matrimonio](#), el [divorcio](#), etc;.
- Características físicas hereditarias no patológicas como: la [calvicie](#), el tamaño del pene o de las mamas, la ["celulitis"](#), la forma de los ojos, la nariz o los labios, el color de la piel, el pelo o los ojos, el [coeficiente intelectual](#), etc.¹²¹³;
- Estadios vitales y sus manifestaciones, como: el [embarazo](#), la [menopausia](#), la [vejez](#), el [trastorno disfórico premenstrual](#), el [Síndrome premenstrual](#), el descenso de la testosterona, etc.¹⁴¹⁵;
- Prevención innecesaria: Los [chequeos](#) médicos carecen de fundamento científico, como se ha demostrado repetidamente a lo largo de los cien años de su promoción; provocan medicalización, y un [efecto cascada](#), por los eventuales errores diagnósticos, y tratamientos innecesarios.¹⁶¹⁷¹⁸.

-21.9.5)- Cómo Luchar Contra La Medicalización.

- Controlar que los diagnósticos y tratamientos estén justificados;
- Informar tanto a los usuarios de los servicios de salud, como a los responsables médicos, de que es beneficioso usar los recursos con un buen criterio;
- Aumentar el control sobre las empresas sanitarias, en especial las farmacéuticas, exigir transparencia, y denunciar enérgicamente la manipulación de la información.

-21.9.6)- Véase También.

- [Clasificación de Derivaciones Fármaco-terapéuticas](#);
- [Criterios de Beers](#);
- [Efecto cascada](#);
- [Fármaco](#);
- [Iatrogenia](#);
- [Inteligencia sanitaria](#);
- [Malicia sanitaria](#);

- [Medicamento](#);
- [Medicina](#);
- [No Free Lunch](#);
- [Paciente polimedicado](#);
- [Política sanitaria](#);
- [Prevención cuaternaria](#);
- [Promoción de enfermedades](#);
- [Sobrediagnóstico](#);
- [Resultado sanitario](#).

-21.9.7)- Referencias.

1. [Volver arriba ↑ Mainetti JA. La medicalización de la vida. Electroneurobiología. 2006; 14\(3\):71-89.](#)
2. [Volver arriba ↑ Foucault M. Historia de la medicalización. Educación Médica y Salud. 1977; 11\(1\):3-25.](#)
3. [Volver arriba ↑ Blech J. Inventores de enfermedades: Como nos convierten en pacientes. Barcelona: Ediciones Destino; 2005. ISBN 9788423336999](#)
4. [Volver arriba ↑ Ruiz-Cantero MT, Cambronero-Saiz B. La metamorfosis de la salud: invención de enfermedades y estrategias de comunicación. Gac Sanit. 2011; 25\(3\):179-81.](#)
5. [Volver arriba ↑ Cerecedo Pérez MJ, Tovar Bobo M, Rozadilla Arias A. Medicalización de la vida en la consulta: ¿hacia dónde caminamos?. Aten Primaria. 2013;45:536-40.](#)
6. [Volver arriba ↑ Moynihan R, Heath I, Henry D. Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering. BMJ. 2002; 324\(7342\):886-891.](#)
7. [Volver arriba ↑ Brennan R, Eagle L, Rice D. Medicalization and Marketing. Journal of Macromarketing. 2010; 30\(1\):8-22.](#)
8. [Volver arriba ↑ Arney J, Rafalovich A. Incomplete syllogisms as techniques of medicalization: the case of Direct-to-Consumer Advertising in popular magazines, 1997 to 2003. Qual Health Res. 2007; 7:49-60.](#)
9. [Volver arriba ↑ Márquez S, Meneu R. La medicalización de la vida y sus protagonistas. Gestión Clínica y Sanitaria. 2003; 5\(2\):47-53.](#)
10. [Volver arriba ↑ Zapater, Francesca \(1 de enero de 2006\). «Hasta aquí hemos llegado. Los límites de la medicina». Revista de Calidad Asistencial 21 \(1\): 1-2. doi:10.1016/S1134-282X\(06\)70746-1. Consultado el 2 de diciembre de 2016.](#)
11. [Volver arriba ↑ González-Vallinas P, Gervas J. La medicalización del fracaso escolar. Equipo CESCA Notas clínicas. 2009 diciembre](#)
12. [Volver arriba ↑ Conrad P. The Medicalization of Society: On the Transformation of Human Conditions into Medical Disorders. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 2007.](#)
13. [Volver arriba ↑ Cerecedo Pérez MJ, Tovar Bobo M, Rozadilla Arias A. Medicalización de la vida. «Etiquetas de enfermedad: todo un negocio.» Aten Primaria. 2013; 45\(8\):434-8.](#)
14. [Volver arriba ↑ Gervas J, Gavilán E, Gorricho J. Medicalización del envejecimiento y síndrome por déficit de testosterona. BIT Navarra. 2012; 20\(4\): 1-8.](#)
15. [Volver arriba ↑ Rosenfeld D, Faircloth CA. Medicalized Masculinities. Philadelphia: Temple University Press; 2006.](#)
16. [Volver arriba ↑ Miguel García F, Merino Senovilla A, Sanz Cantalapiedra R, García Ortiz A, Montero Alonso MJ, Maderuelo Fernández JA. Procedimientos](#)

[operativos y técnicos en la medicalización de la prevención. Aten Primaria. 2009; 41\(12\):702-6.](#)

17. [Volver arriba ↑](#) Rose GA. La estrategia de la medicina preventiva. Barcelona: Masson-Salvat Medicina; 1994.
18. [Volver arriba ↑](#) Charlton BG. A critique of Geoffrey Rose's "population strategy" for preventive Medicine. J R Soc Med. 1995; 88:607-10.

-21.9.8)- Bibliografía.

- [Skrabanek P. La muerte de la medicina con rostro humano. Madrid: Díaz de Santos; 1999.](#)
- -Barmaimon Enrique, Tratado de Neuroanatomía Funcional. 3 volúmenes. Ed. EDUSMP.(1984).Lima, Perú.
- .- Barmaimon Enrique. 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.
- .-Barmaimon Enrique. Historia Medicina, Psiquiatría, Gerontología, Envejecimiento y Geriatria. (2015). 1ª Ed. Virtual. Montevideo, Uruguay. .
- -Barmaimon,Enrique.(2015).Historia Ciencias Cognitivas.3 Tomos. 1ªEd. 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- Medicina Perioperatoria. 6 Tomos. 1ª Ed. Virtual.
- Barmaimon, Enrique.2017- Anestesia Locorregional- 6 Tomos.. 1ª Ed. Virtual.11-
- Barmaimon, Enrique- 2017- Libros Anestesia en Urología- 6 Tomos- 1ª.Ed. Virtual.
- [Biblioteca Virtual en Salud \(BVS\)](#).

-21.9.9)- Enlaces Externos.

- [Principios para una prescripción prudente](#)

-Obtenido de

«<https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Medicalización&oldid=101758240>»

-Categorías:

- [Atención farmacéutica](#);
- [Sociología médica](#);
- [Farmacología](#);
- [Medicina](#);
- [Mercadotecnia](#);
- [Teoría del consumidor](#);
- [Tratamientos en medicina](#);
- [Términos médicos](#).

- Se editó esta página por última vez el 9 septiembre 2017 , a las 18:14.

-21.10)- TELEMED : TELEMEDICINA.

-De Wikipedia, la enciclopedia libre



-La telemedicina ([griego](#) *τελε* (*tele*) que significa 'distancia' + *medicina*) es la prestación de servicios [médicos](#) a distancia. Para su implantación se emplean tecnologías de la información y las comunicaciones. La telemedicina puede ser tan simple, como dos profesionales de la [salud](#), discutiendo un caso por teléfono; hasta la utilización de avanzada tecnología en comunicaciones e informática, para realizar consultas, diagnósticos o [cirugías](#) a distancia, y en tiempo real. Y como servicio, puede beneficiar a todos los pacientes de un sistema sanitario, pero sobre todo, a las personas mayores y a los pacientes crónicos.

-Últimamente está dándose lugar a una revisión conceptual del término "telemedicina". Se entiende que el término "[eSalud](#)", es mucho más apropiado, en tanto que abarca un campo de actuación más amplio, y algunos especialistas, empiezan a considerar la telemedicina como un pilar de esta.

-Índice.

-21.10)- TELEMED : TELEMEDICINA.

-21.10.1)- [Definición](#)

-21.10.2)- [Aplicaciones en Telemedicina](#).

-21.10.3)- [Conceptos](#).

-21.10.4)- [Funcionamiento de un Sistema de Telemedicina](#)

-21.10.5)- [Estándares Informáticos](#).

-21.10.6)- [Historia de la Telemedicina](#) .

-21.10.6.1)- [Cronología de Hitos a Nivel Mundial](#).

-21.10.7)- [Véase También](#).

-21.10.8)- [Bibliografía](#).

-21.10.9)- [Enlaces Externos](#).

-21.10.1)- Definición.

-La telemedicina incluye tanto diagnóstico y tratamiento, como también la [educación](#) médica. Es un recurso tecnológico, que posibilita la optimización de los servicios de atención en salud, ahorrando tiempo y dinero, y facilitando el acceso a zonas distantes para tener atención de especialistas.

-Otra de las utilidades que presta el uso de la transmisión de datos médicos sobre redes adecuadas es la educación, donde los alumnos de medicina y enfermería, pueden aprender semiología remotamente, apoyados por su profesor, y con la presencia del paciente. Los siguientes servicios que presta la telemedicina son:

- Servicios complementarios e instantáneos a la atención de un especialista: obtención de una segunda opinión.
- Diagnósticos inmediatos por parte de un médico especialista en un área determinada.
- Educación remota de alumnos de las escuelas de enfermería y medicina.
- Servicios de archivo digital de exámenes radiológicos, ecografías y otros.

-Todo esto disminuye el tiempo entre la toma de exámenes y la obtención de resultados, o entre la atención y el diagnóstico del especialista, el cual no debe viajar, o el paciente no tiene que ir a examinarse, reduciendo costos de tiempo y dinero.

-21.10.2)- Aplicaciones en Telemedicina.

-En la actualidad, dentro del campo de la telemedicina, podemos encontrar que se usa básicamente en 2 áreas de trabajo: la práctica clínica y la educación sanitaria.

-Dentro de la práctica clínica. hay las siguientes formas:

- Telediagnóstico.
- Teleconsulta.
- Monitorización remota.
- Reuniones médicas para obtener segundas opiniones (Teleconferencia).
- Almacenamiento digital de datos o fichas médicas.

-Dentro del área educativa, destaca las clases a distancia desde centros médicos : [educación en línea](#) por medio de videoconferencia. Básicamente, la educación médica hace uso de las técnicas de videoconferencia, ya que de esta manera se saca mayor provecho a los recursos educativos, y las experiencias presentadas en la exposición.

-21.10.3)- Conceptos.

- Telediagnóstico: Diagnóstico a distancia o diagnóstico remoto, es la técnica que mayor impacto causa, dadas las múltiples ventajas con que se presenta y el amplio aprovechamiento de la tecnología. Consiste en evaluar o asistir en la evaluación médica de un paciente desde un centro hospitalario que se encuentre distante, haciendo uso de las telecomunicaciones para llevar a cabo esta acción.
- Teleconferencia: Por medio de videoconferencia, es factible convocar una reunión de especialistas que estén en diferentes locaciones (sin límites geográficos), a fin de debatir diferentes situaciones, la única limitancia está en los recursos tecnológicos y de telecomunicaciones.
- Monitoreo remoto de pacientes: Existe la posibilidad de medir y monitorear algunos parámetros del organismo de los pacientes a través de medios electrónicos y de comunicación remota. Entre estos parámetros se encuentran la glucosa, la presión arterial, etc.
- Almacenamiento [digital](#) (Ficha electrónica): Consiste en la implementación del respaldo digital de documentos tales como fichas médicas (documentos clínicos electrónicos CDA [HL7](#)), placas radiológicas o exámenes, de manera de agilizar procesos internos y disminuir el espacio físico de almacenamiento de los mismos. Además esto abre posibilidades de obtención de diagnósticos que no sea en tiempo real por medio de correo electrónico, o la publicación de resultados de exámenes vía web para ser consultados por los pacientes.
- Clases a distancia (educación en línea): Es el uso académico de la videoconferencia médica, usando la misma tecnología, un docente puede impartir clases a un grupo o varios grupos de estudiantes que se encuentren distantes.

-21.10.4)- Funcionamiento De Un Sistema de Telemedicina.

-Un [sistema](#) de telemedicina, según su definición, es un sistema complementario para las actividades médicas. En la actualidad, el “medio de apoyo”, son las telecomunicaciones y las ciencias informáticas, ya que lo que hoy en día encontramos en esta nascente área, son

sistemas capaces de transmitir: audio, video, imágenes y documentos por medio de diversos sistemas de telecomunicaciones.

-En el mercado, existen diversas compañías que han dedicado tiempo y recursos al desarrollo de implementos, capaces de apoyar labores médicas a distancia, ya sea a través de la creación de una nueva línea de productos, o por medio de instaurar una empresa dedicada exclusivamente a este mercado, el cual por cierto es bastante exclusivo.

-Un sistema de telemedicina opera básicamente de la siguiente manera: Existe un centro hospitalario menor, que presenta una carencia de profesionales en un(as) área(s) específica(s), dicho centro será asistido por uno de mayor envergadura, el cual dispondrá de los especialistas y el tiempo necesario, para la atención de los pacientes de manera “remota”, quienes se encontrarán físicamente en la ciudad, donde esté el centro de menor tamaño. Esto conlleva beneficios de ahorro de tiempo y dinero para los pacientes, y mejora la gestión de los centros de salud más apartados.

-Para que un sistema de estas características funcione bien, se debe contar con los siguientes elementos:

- Equipos capaces de comunicarse (preferiblemente [videoconferencia](#)).
- Medio de comunicación (satelital, Internet, etc.).
- Estándares y protocolos de interoperabilidad de información ([HL7](#) y [DICOM](#)).
- El [hospital](#) o [clínica](#) de apoyo que debe gestionar los recursos necesarios (infraestructura, tiempo y especialmente especialistas) para prestar los servicios médicos.

-En lo referente a la telemedicina, en sus formas de teleconferencia : conferencias médicas a distancia, y Educación a distancia, el sistema debe ser similar al de telediagnóstico, siendo imperativo la capacidad de montar una videoconferencia.

-Si se habla de telemedicina como medio de almacenamiento digital, esta se presenta como una manera de apoyar, la labor de los médicos de manera de la obtención de información de manera rápida y eficiente, permitiendo la manipulación de la misma, para poder llevar registros actualizados y requerir, de ser necesario, una segunda opinión en una forma más fácil y expedita. Además el mantener fichas o registros digitales, conlleva la capacidad de manejar volúmenes de información, mayores en menor espacio físico, permite la agilización de procesos internos, lo que entrega como resultado una mejora en la [gestión del servicio](#).

-21.10.5)- Estándares Informáticos.

-Entre los estándares que hacen posible el intercambio electrónico de información durante los procesos de telediagnóstico, teleconsulta, procesamiento, transmisión y almacenamiento de registros médicos e imágenes diagnósticas, se destacan [HL7](#) y [DICOM](#). El uso de estos estándares, garantiza la integridad y legibilidad de la información, entre sistemas de información heterogéneos, que intervienen en este tipo de procesos.

-21.10.6)- Historia de la Telemedicina.

-Aunque el concepto de *telemedicina* puede parecer muy reciente, y relacionado con la globalización de las comunicaciones y la ubicuidad de [internet](#), existen antecedentes de diagnósticos a distancia, desde casi la invención del teléfono. Por ejemplo, en la década de los 60, se logró transmitir electrocardiogramas desde barcos. Hoy en día se cuenta con equipamiento y experiencias satisfactorias de diagnóstico remoto, en prácticamente todas las especialidades médicas.

-21-10.6.1)- Cronología de Hitos a Nivel Mundial.

- 1924, Aparece en la revista Radio News, un artículo titulado “Doctor por Radio”, el cual abarcó la portada y se describe el esquema de la circuitería necesaria para lograrlo.
- 1951, primera demostración que abarca varios de los estados de Estados Unidos, usando líneas dedicadas y estudios de televisión.
- 1955, en Montreal, el Dr. Albert Jutras realiza teleradiología, a fin de evitar las altas dosis de radiación que incidían en las fluoroscopias, se hizo uso de un interfono convencional.
- 1959, Nebraska, Cecil Wittson comienza sus primeros cursos de teleeducación y de telepsiquiatría, entre su Hospital y el Hospital del Estado en Norfolk, Virginia, a 180 kilómetros de distancia.
- 1971, Se inicia la era de los satélites, en especial el ATS (lanzado en 1966), con el fin de mejorar las prestaciones de una comunidad de nativos de Alaska.
- 1972, inicio de STARPAHC, programa de asistencia médica para nativos de Papago Arizona. Se realizó electrocardiografía y radiología y se transmitió por medio de microondas.
- 1975, finaliza el programa STARPAHC, el cual fue adaptado de un programa de atención médica para astronautas por la compañía Lockheed.
- 1988, Nasa lanza el programa “Space Bridge” a fin de colaborar con Armenia y Ufa (en esa época pertenecientes a la unión soviética), Armenia fue devastada por un terremoto. Las conexiones se hicieron usando vídeo en una dirección y voz y fax bidireccionales entre el Centro Médico de Yerevan, Armenia y cuatro Hospitales en Estados Unidos, extendiéndose posteriormente el programa a Ufa, para socorrer a los quemados en un terrible [accidente de tren](#).
- 1991, Cátedra UNESCO de Telemedicina, CATAI. Primera cuantificación de ADN a distancia en el mundo, aplicado al análisis de imagen de factores pronósticos en el cáncer de mama.
- 1995, La [Clínica Mayo](#) pone en marcha una conexión permanente con el Hospital Real de Ammán en Jordania, se realizaban consultas diarias entre un médico Hachemita y otros de Estados Unidos, el médico Hachemita presentaba, como si de una sesión clínica del hospital se tratase, a los pacientes de forma sucesiva; en directo los médicos norteamericanos preguntaban o pedían al médico jordano que preguntara a su vez al paciente por sus dolencias. En otros casos eran interpretaciones de radiografías o problemas dermatológicos.
- 2001, Un doctor en New York elimina la vesícula biliar enferma de un paciente en Estraburgo, Francia, por medio de un brazo robot.

-21.10.7)- Véase También.

- [Teledermatología](#);
- [Administración en salud](#);
- [DICOM](#);
- [Estándares de HCE](#);
- [Health Level Seven](#) o [HL7](#);
- [Historia clínica electrónica](#);
- [Hogar digital](#);
- [Informática médica](#);
- [Ingeniería biomédica](#);
- [Videoconferencia](#).

-21.10.8)- Bibliografía.

- -Barmaimon Enrique, Tratado de Neuroanatomía Funcional. 3 volúmenes. Ed. EDUSMP.(1984).Lima, Perú.
- .- Barmaimon Enrique. 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.
- .-Barmaimon Enrique. Historia Medicina, Psiquiatría, Gerontología, Envejecimiento y Geriatria. (2015). 1ª Ed. Virtual. Montevideo, Uruguay. .
- -Barmaimon,Enrique.(2015).Historia Ciencias Cognitivas.3 Tomos. 1ªEd. 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- Medicina Perioperatoria. 6 Tomos. 1ª Ed. Virtual.
- Barmaimon, Enrique.2017- Anestesia Locorregional- 6 Tomos.. 1ª Ed. Virtual.11-
- Barmaimon, Enrique- 2017- Libros Anestesia en Urología- 6 Tomos- 1ª.Ed. Virtual.
- [Biblioteca Virtual en Salud](#) (BVS).

-21.10.9)- Enlaces Externos.

- [International Society for Telemedicine & eHealth](#) (ISfTeH)

-Obtenido de

«<https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Telemedicina&oldid=101758301>»

-Categorías:

- [Informática en salud](#);
- [Telecomunicaciones](#);
- [Términos médicos](#).

-21.11)- RESULTADO SANITARIO.

-De Wikipedia, la enciclopedia libre.

- Resultado sanitario: Es el cambio del estado de [salud](#), atribuible al antecedente del proceso sanitario , que puede ser un cambio a mejor, o a peor, o no haber cambio.¹



-La visita del doctor, óleo de [Jan Steen](#) (siglo XVII).

-Índice.

-21.11)- RESULTADO SANITARIO.

-21.11.1)- [Cambio de la Salud](#).

-21.11.2)- [Medición](#).

-21.11.3)- [Resultados en Atención Primaria](#)

-21.11.4)- [Véase También](#).

-21.11.5)- [Referencias](#).

-21.11.6)- [Enlaces Externos](#).

-21.11.1)- Cambio de la Salud.

-Resultado sanitario es el cambio en la salud de un [individuo](#), grupo de personas, o una [población](#), que es atribuible a una [intervención](#) o una serie de intervenciones. El cambio de la salud ,hace referencia a una amplia variedad de manifestaciones, que van desde la : [muerte](#), [heridas](#) y [enfermedades](#), a factores determinantes intermedios, que influyen en la aparición de [lesiones](#) y enfermedades.²³.

-21.11.2)- [Medición](#).

-El resultado sanitario permite medir: a los [médicos](#), a la [gestión sanitaria](#) y a los [sistemas sanitarios](#).⁴⁵⁶.

-El resultado sanitario, se mide a través de unos pocos [indicadores](#), todos ellos según: [edad](#), [sexo](#), [clase social](#) y lugar habitual de [residencia](#), como por ejemplo:⁷⁸:

- evitación de [amputaciones](#) y [cegueras](#), en diabéticos;
- alivio del [dolor](#) en [pacientes terminales](#);
- mortalidad en el primer año de vida;
- evitación de [muertes](#) por [neumonía](#).

-Los problemas de [calidad](#) en la atención a los [pacientes](#) , repercuten en el resultado sanitario, en la [morbilidad](#) y [mortalidad](#) médicamente evitable.⁹¹⁰¹¹.

-21.11.3)- Resultados En Atención Primaria.

-Un sistema de [atención primaria](#) fuerte, y con un ejercicio profesional caracterizado por la regulación geográfica, la [longitudinalidad](#), la [coordinación](#), y la orientación comunitaria, se asocian con mejor [salud](#) de la [población](#).¹²¹³.

-21.11.4)- Véase También.

- [Administración en salud](#);
- [Calidad](#);
- [Economía de la salud](#);
- [Efectividad](#);
- [Eficacia](#);
- [Eficiencia](#);
- [Enfermedad](#);
- [Evaluación](#);
- [Falso negativo \(medicina\)](#);
- [Falso positivo \(medicina\)](#);
- [Gestión de calidad total](#);
- [Innovación](#);
- [Inteligencia sanitaria](#);
- [Investigación](#);
- [Investigación cualitativa](#);

- [Investigación cuantitativa](#);
- [Ley de cuidados inversos](#);
- [Malicia sanitaria](#);
- [Morbilidad](#);
- [Mortalidad](#);
- [Prevención cuaternaria](#);
- [Secuela \(medicina\)](#);
- [Sesgo de información científica](#);
- [Sesgo en publicación científica](#);
- [Sobrediagnóstico](#).

-21.11.5)- Referencias.

1. [Volver arriba ↑ Gérvas J. Crimea. Acta Sanitaria. 2010/04/19](#)
2. [Volver arriba ↑ Frommer M, Rubin G, Lyle D. The NSW Health Outcomes program. New South Wales Public Health Bulletin. 1992; 3\(12\): 135-7.](#)
3. [Volver arriba ↑ Long A, Jefferson J. The significance of outcomes within European health sector reforms: towards the development of an outcomes culture. International Journal of Public Administration. 1999; 22\(3\):385-424.](#)
4. [Volver arriba ↑ McKee M. Measuring the efficiency of health systems. BMJ. 2001; 323:295-6.](#)
5. [Volver arriba ↑ Bilsker D, Goldner EM. Routine outcome measurement by mental health-care providers: is it worth doing?. Lancet. 2002; 360\(9346\):1689-90.](#)
6. [Volver arriba ↑ Black J, Lewis T, McIntosh P, et al. It's not that bad: the views of consumers and carers about routine outcome measurement in mental health. Australian Health Review. 2009; 33\(1\):93-9.](#)
7. [Volver arriba ↑ Holland WW. European Community Atlas of «Avoidable Death» 1985-89 \(3rd ed.\). Oxford: Oxford University Press; 1997.](#)
8. [Volver arriba ↑ Callaly T, Hallebone EL. Introducing the routine use of outcomes measurement to mental health services. Australian Health Review. 2001; 24\(1\):43-50.](#)
9. [Volver arriba ↑ Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. Milbank Memorial Fund Quarterly. 1966; 44:166-206](#)
10. [Volver arriba ↑ Gispert R. La mortalidad evitable: ¿Indicador de calidad asistencial? Control de calidad asistencial. 1992; 7:1-7.](#)
11. [Volver arriba ↑ Gispert Magarolas R, Barés Marcano MA, Freitas Ramírez A, Torné Farré M, Puigdefábregas Serra A, Alberquilla A, et al. Medida del resultado de las intervenciones sanitarias en España: una aproximación mediante el análisis temporal y espacial de la mortalidad evitable entre 1986-2001. Revista Española de Salud Pública. 2006; 80\(2\):139-55.](#)
12. [Volver arriba ↑ Macinko J, Starfield B, Shi L. The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development \(OECD\) countries, 1970-1998. Health Services Research. 2003; 38\(3\):831-65.](#)
13. [Volver arriba ↑ Gérvas J, Ortún V, Palomo L, Ripoll MA. Incentivos en atención primaria: de la contención del gasto a la salud de la población. Revista Española de Salud Pública. 2007; 81\(6\):589-96.](#)

-21.11.6)- Enlaces Externos.

•  [Portal:Medicina](#). Contenido relacionado con [Medicina](#).

-Obtenido de

«[https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Resultado sanitario&oldid=99024936](https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Resultado_sanitario&oldid=99024936)»

-Categorías:

- [Calidad en la asistencia sanitaria](#);
- [Economía de la salud](#);
- [Epidemiología](#);
- [Evaluación](#);
- [Métodos de investigación](#);
- [Términos médicos](#).
- Se editó esta página por última vez el 10 octubre 2017, a las 18:15.

-21.12)- PSICOTERAPIA.

-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 un tratamiento científico, de naturaleza psicológica, que a partir de manifestaciones psíquicas o físicas del malestar humano, promueve el logro de cambios o modificaciones en el comportamiento, la salud física y psíquica, la integración de la identidad psicológica, y el bienestar de las personas o grupos, tales como la pareja o la familia.

-Es impartido por un profesional de la salud, principalmente [psicólogo](#) o [médico](#), que puede abordar los diferentes [trastornos psicopatológicos](#), habiendo realizado una formación específica en el área de la Psicoterapia, y en una institución reconocida, con programas de formación acreditados, que cumplen parámetros de rigor y de calidad.¹.

-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 filosófico/científicos, sobre los cuales se apoyan.

-Índice.

-21.12)- PSICOTERAPIA.

-21.12.1)- [Escuelas de Psicoterapia](#)

-21.12.2)- [Escuelas y Enfoques](#).

-21.12.3)- [Lista de Modalidades Psicoterapéuticas](#).

-21.12.4)- [Objetivos de las Psicoterapias](#).

-21.12.5)- [Eficacia de la Psicoterapia](#) .

-21.12.5.1)- [Estudios Comparativos de Eficacia](#).

-21.12.5.2)- [Tratamientos Científicamente Validados](#).

-21.12.6)- [Véase También](#).

-21.12.7)- [Referencias](#).

-21.12.8)- [Bibliografía](#) .

-21.12.8.1)- [Escuelas Psicodinámicas](#).

-21.12.8.2 [Escuelas Humanistas](#)

-21.12.8.3)- [Escuelas Conductistas](#).

[-21.12.8.4\)- Psicoterapia En General.](#)

[-21.12.9\)- Enlaces Externos.](#)

-21.12.1)- 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.
 - Terapia psicodinámica.
- **Escuela Sistémica.** De esta se desprenden diversos enfoques psicoterapéuticos, entre los que destacan los siguientes:
 - Escuela Estructural.
 - Escuela Estratéctica.
 - Escuela de Milán.
 - Escuela Intergeneracional.
 - Terapia Centrada en Soluciones.
 - 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).² 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 bio-psico-social 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](#).

.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](#).

-21.12.2)- 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, 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; 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](#). 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, elementos de diferentes escuelas psicológicas. Esto puede llevarse a cabo desde distintas concepciones: integrar teorías, [eclecticismo técnico](#) : 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.

-21.12.3)- 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](#) ([Hugo Bleichmar](#)).
 - [Terapia psicodinámica](#).

- **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](#) ([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](#) ([Eric Berne](#)).
 - [Terapia existencial](#) ([Irvin D. Yalom](#)).
 - [Psicodrama](#) ([Jacob Levy Moreno](#)).
- **Línea Construccionalista 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](#)).
 - [Terapia enteogénica](#) (de varios autores).

-21.12.4)- Objetivos de las Psicoterapias.

-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](#), 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.

21.12.5)- 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 Esquizofrenia; la psicoterapia se ha mostrado menos eficaz, que el tratamiento con psicofármacos. En todo el resto de trastornos : 12 en este artículo, la psicoterapia se evidencia como el tratamiento más eficaz.³.

-21.12.5.1)- 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 [metanálisis](#) de diversos estudios.

-21.12.5.2)- Tratamientos Científicamente Validados.

-En agosto de 2012, la APA (American Psychologist Association: asociación psicologista estadounidense), emitió un comunicado,⁴ en el que recopilando la literatura científica existente : más de 140 estudios de calidad, basados en la evidencia y metanálisis, que avalan la eficacia de la psicoterapia, en ensayos clínicos controlados, y en contextos reales, así como los resultados obtenidos en diversas poblaciones, 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/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; y 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,⁵ y la guía del Registro Nacional de Prácticas y Programas (RNPP).

-21.12.6)- Véase También.

- [Psicología](#);
- [Psicología conductista](#);
- [Psicología humanista](#);
- [Psicología dinámica](#);
- [Psicodrama](#);
- [Psicoprofilaxis](#);
- [Ciberpsicoterapia](#);
- [Psicoterapia online](#).

-21.12.7)- Referencias.

1. [Volver arriba ↑](#) FEAP - Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas. [«Definiciones de Psicoterapia y Psicoterapeuta»](#).
2. [Volver arriba ↑](#) www.feap.es
3. [Volver arriba ↑](#) [El grano y la Criba de los tratamientos psicológicos. Psicothema, 13 \(3\), 523-529](#)
4. [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).
5. [Volver arriba ↑](#) <http://www.guiasalud.es>

-21.12.8)- Bibliografía.

-21.12.8.1)- .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.

-21.12.8.2)- 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 Bruuwer. [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.

-21.12.8.3)- 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.

-21.12.8.4)- Psicoterapia en General.

- Feixas, Guillem & Miró, Mª 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: [Ammorortu Editores](#). ISBN 978-950-518-242-8.

-21.12.9)- 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=102233481>»

Categoría:

- [Psicoterapia](#)
- Se editó esta página por última vez el 29 septiembre 2017, a las 12:03.

-21.13)- CIBERPSICOTERAPIA.

-De Wikipedia, la enciclopedia libre.

-La ciberpsicoterapia es un nuevo modelo de intervención psicológica, que alcanza sus objetivos terapéuticos, sirviéndose de los modernos canales de comunicación, que ofrece internet. Entre sus características principales destacan las siguientes:

- 1) El ordenador se convierte en una consulta.
- 2) Mayor discreción y mayor desinhibición.
- 3) Facilita una relación cómoda y cercana.

-Índice.

-21.13)- CIBERPSICOTERAPIA.

-21.13.1)- [La Entrevista](#).

-21.13.2)- [Principio, Desarrollo y Trayectoria de la Ciberpsicoterapia](#).

-21.13.3)- [Terapias de Conducta de Tercera Generación](#)

-21.13.4)- [Véase También](#).

-21.13.1)- La Entrevista.

-Las sesiones entre el psicólogo y su cliente, se realizan desde un ordenador conectado a internet, utilizándolo como un completo artefacto de comunicación e interacción. Este hecho es el que marca verdaderamente la diferencia, con respecto al modelo tradicional.

La ciberpsicoterapia evita los incómodos desplazamientos hasta la consulta, por parte del cliente, sobre todo para personas, que requieren viajar hasta la ciudad más cercana, para mantener este diálogo psicoterapéutico. Los canales de comunicación se eligen en función de la comodidad, privacidad o según los objetivos de la terapia, siendo los más comunes, el [email](#), el [chat](#) y la [videoconferencia](#).

-21.13.2)- Principio, Desarrollo y Trayectoria de la Ciberpsicoterapia.

-En las sociedades tribales las explicaciones sobre la naturaleza y la vida estaban dominadas por metáforas sobrenaturales, místicas y míticas. El hombre estaba mágicamente ligado a la naturaleza, no existiendo límites precisos con ella. Mantenían la creencia de la existencia de un [alma](#), diferente al cuerpo, y la enfermedad era fruto de posesión, robo o abandono de esa alma, consistiendo la curación, en rituales grupales de exorcismo, o búsqueda de esa alma.

-El origen de la psicoterapia contemporánea, puede remontarse a [Grecia](#) y el [Mundo antiguo](#), con el surgimiento del pensamiento racional, y la tradición filosófica y médica.

.En [Platón](#) encontramos las ideas antecedentes de [Freud](#), y la concepción de curación por la palabra. Los filósofos enseñaban en lugares destinados al saber, y la adopción de una doctrina filosófica, implicaba una forma de pensar y de vivir.

.Se fomentaban métodos para que la parte racional del ser humano, que hace posible la convivencia, predominase sobre la parte pasional.

.La [escuela estoica](#) recomendaba ejercicios escritos y verbales, para controlar todas aquellas pasiones desestabilizadoras.

.Se produce en esta época, un cambio en la clasificación de las enfermedades y de la conducta anormal. [Hipócrates](#) en el S. IV a. C. sistematizó los conocimientos de diferentes fuentes, y localizó las enfermedades sobre la base de estados internos del organismo.

.Postuló la existencia de cuatro humores, en consonancia con los principios de la naturaleza : fuego, aire, tierra y agua, asociados a sus cualidades básicas : calor, frío, sequedad, humedad. Así, la sangre perteneciente al corazón, determinaría un temperamento sanguíneo; la flema perteneciente al cerebro, un temperamento flemático; la bilis amarilla perteneciente al bazo, un temperamento melancólico. La salud vendría determinada por el equilibrio existente, entre estos cuatro humores : crisis, y la enfermedad por el desequilibrio : discrasis.

.[Galeno de Pérgamo](#) : 128-200 d. C., sintetizó toda la medicina antigua, y sus enseñanzas determinaron la práctica médica hasta la [Edad Moderna](#) : S. XVII. Realizó la distinción entre cosas naturales : enfermedad, síntomas, y no naturales : aire, ambiente, comida.... La enfermedad es una disposición prenatal del cuerpo, en el que están alteradas las funciones vitales. La curación viene dada alterando las cosas naturales.

.En la [Edad Media](#), para la Iglesia, la enfermedad mental era fruto del diablo. Siguiendo las interpretaciones de los textos bíblicos, el hombre es en su intimidad imagen pura de Dios, entonces él no puede pecar, por ello; y según la interpretación de los textos de [San Pablo](#), no es el hombre quién obró mal, sino el pecado que habitó en él. Es [San Agustín](#) quién expone un proceso de cambio personal, a través de la confesión, estableciendo procedimientos estructurados, para implantar las virtudes cristianas, sus ejercicios espirituales. Todo esto son antecedentes de las técnicas, hoy desarrolladas como técnicas de auto observación, detención del pensamiento, construcción de jerarquías, pensamientos alternativos, etc.

.En el [Renacimiento](#), empieza a haber un desacuerdo en cuanto a que la enfermedad mental sea fruto de las posesiones, no obstante, las transformaciones sociales, provocan que estos enfermos, sigan siendo maltratados y perseguidos : caza de brujas, a modo de chivo expiatorio. Se avanza en una nueva progresiva humanización de la psicoterapia.

.En 1789, Pinel en [Francia](#), instaura el tratamiento moral, con recomendaciones más humanitarias que terapéuticas, como, ambientes placenteros, compañías agradables, contacto con la naturaleza, consuelo del enfermo etc.; habiendo [William Cullen](#), en 1769, acuñado el término neurosis, uno de los más influyentes en la [psiquiatría](#) y [psicología](#) de los siglos posteriores.

.Van Helmont : 1577-1644, influido por [Paracelso](#), postula la existencia de un líquido al que la voluntad podía guiar para influir en la mente y en el cuerpo, al que llamó magnetismo

animal.

.Mesmer : 1734-1815, intentó integrar las modas del momento, la electricidad, el magnetismo y la astronomía. El equilibrio del fluido físico alterado en la enfermedad, podía ser restaurado mediante imanes. Posteriormente abandonaría el imán, y sería su propio fluido corporal, el que lo consiguiera. Sus seguidores se dividieron en fluidistas : el poder curativo está en los fluidos, y en animistas : el poder curativo está en creer y en querer. Empezó a trabajarse en esta última línea, apareciendo el interés por los fenómenos de sugestión e hipnóticos. Puysegur es el primero en describir la primera amnesia posthipnótica. Braid acuñó el término [hipnosis](#), y atribuía la curación a la disposición mental y fisiológica del sujeto.

.Las escuelas en las que se estudió la hipnosis más en profundidad, fueron la Escuela de Nancy y la de La Salpetriere, ambas rivales, y por las que pasó [Sigmund Freud](#).

.La escuela de Nancy: [Liébauld](#) : 1823-1904, hipnotizaba a sus pacientes mirándoles a los ojos.

.Bernheim : 1840-1919, investigó la hipnosis, considerándola producto de la sugestión: actitud para transformar una idea en acto. Pero poco a poco, prescindió de la hipnosis, alcanzando los mismos resultados mediante la sugestión en vigilia. Esta escuela denominó *psicoterapia*, a este modo de trabajar.

-La escuela de La Salpetriere: [Jean-Martin Charcot](#), neurólogo, determina que la histeria tiene una base neurológica, pudiendo reproducir los síntomas con hipnosis, pero no curarlas, ya que la hipnosis sólo reactivaba el daño neurológico. Describe como la hipnosis se presenta en tres etapas, en las pacientes histéricas: letargia, catalepsia, sonambulismo. Sostenía que la susceptibilidad hipnótica, era un signo de degeneración neurológica. Janet, realiza en 1886, la primera cura catártica en la historia, el caso de Lucile.

-En 1889, [Alfred Binet](#), publica un trabajo sobre hipnosis e histeria; [William James](#) en 1890, publica *Principios de Psicología*, y en 1891 Freud su monografía sobre la [afasia](#). En 1893, Freud y [Bleuler](#), publican *Sobre el mecanismo psíquico de los fenómenos histéricos*. A finales del S.XIX, el término psicoterapia, se usa para referirse al tratamiento por sugestión.

-Freud : 1856-1939, con sólida formación neurológica, se interesa por la histeria escribiendo en 1892, su primera publicación sobre el tema, sugiriendo que los síntomas se producen por una incapacidad de inhibir la representación contraria a una acción deseada, con lo que se produce un conflicto entre ambas. La sugestión hipnótica, siguiendo la escuela de Nancy, reforzaría el deseo o la voluntad consciente.

-Breuer describe el método catártico, a partir del cual Freud, desarrollaría su teoría psicoanalítica. Es descrito en *Estudios sobre la histeria* (1895), el caso de Ana O., donde describe la curación por la conversación o "limpieza de chimenea", y la posterior utilización de la hipnosis, para ayudar a revivir el pasado.

.Mediante el método catártico, se ayuda a la paciente, a revivir y descargar las emociones patógenas vinculadas con los recuerdos traumáticos, utilizando la hipnosis, para revivir con más intensidad, y abordar la supuesta causa. En la sugestión hipnótica, se aborda el síntoma directamente, el paciente ha de cumplir una orden. Freud practicando el método catártico, describe la transferencia y la resistencia, lo que le llevó a desarrollar el método de la Asociación libre. También se valía del apremio, consistente en poner la mano en la frente de la paciente, invitándola a recordar un hecho. Suponía que la fuerza de la resistencia, era igual a la represión. Posteriormente abandonaría ese método.

-El desarrollo de la psicoterapia se desligó del resto de la Psicología. [Wilhelm Wundt](#) se negaba a que se buscasen, aplicaciones prácticas a la psicología, hasta que no se encontrase una mayor fundamentación. No pensaban así los funcionalistas y pragmáticos americanos, que terminaron por separar Psicología científica : Universidad, y Psicología aplicada. .Freud tampoco quiso entrar en la comunidad de psicólogos, orientados a la experimentación y la medida, aunque el psicoanálisis, tuviera una gran acogida por los psiquiatras.

-La [Primera Guerra Mundial](#), potenció el desarrollo del [psicoanálisis](#), y de diferentes técnicas ,y tras el descontento con el enfoque psicométrico, se desarrollaron técnicas proyectivas, basadas en un enfoque dinámico de la personalidad. En esta época aparecen las primeras teorías americanas sobre la personalidad : Allen, [Allport](#), [Murray](#), [Rogers](#), Stagner. .En la década de los cuarenta, se intenta desde la [Universidad de Yale](#), una aproximación entre psicología científica y psicoanálisis, de la mano de psicólogos neoconductistas ,inspirados por: Hull (Dollar, Miller, Mowrer, Spence, etc..

-Tras la [Segunda Guerra Mundial](#), se conceptualiza, en USA, al clínico como científico-practicante, inspirando los programas de las facultades universitarias. Los psicólogos clínicos debían recibir formación en tres áreas: diagnóstico, investigación y terapia : 1949. .Los psiquiatras en la Conferencia de Boulder, en respuesta a esto, se apresuran a definir la psicoterapia, como un tratamiento médico, exclusivo de los psiquiatras. .Los psicólogos al tratar de defender su status, promueven aún más el carácter científico de la psicología, eliminando el psicoanálisis de los planes de estudio, por no cumplir los requisitos de psicología científica. Al mismo tiempo empiezan a desarrollarse alternativas al psicoanálisis, como la de [Rogers](#), que inicia la Investigación Científica del Proceso Terapéutico, grabando entrevistas para su posterior estudio.

-El [conductismo](#) surge como alternativa, de forma paralela, al psicoanálisis. [Skinner](#), en *Ciencia y Conducta humana* , en 1953, reinterpreta la teoría psicoanalítica, en términos de castigo y refuerzo. .[Wolpe](#) , en 1958, desarrolla la psicoterapia, por inhibición recíproca. La terapia de conducta se consolida en la década de los sesenta y setenta, ofreciendo soluciones prácticas y rápidas, a los problemas, coincidiendo con un cambio social.

-Surgen otros enfoques en contra del determinismo del psicoanálisis, y la terapia de conducta. La psicología humanista, nace como un movimiento filosófico y social, autores como: Buhler, [Maslow](#), May, Murphy, Rogers, etc., desarrollan técnicas promotoras de la autorrealización. Esta denominada tercera fuerza por Maslow, es más que nada una filosofía, que ha aportado un conjunto de prácticas y técnicas, con pobre base teórica, y que han promovido el trabajo grupal llevándolo a grupos sanos.

-También en los años cincuenta, y a partir del estudio de la comunicación en esquizofrénicos, se empieza a conceptualizar el modelo sistémico, fruto de la teoría general de sistemas, la [cibernética](#), y la terapia familiar, que conceptualiza a la familia, como un sistema abierto, donde el problema está determinado por la estructura y el funcionamiento cibernético de ese sistema.

-En los años sesenta, se desarrollan los modelos cognitivos, como movimiento autónomo, promovidos por: Ellis, Beck, Mahoney, Meichembaum, etc. Estos modelos estaban desligados de la psicología cognitiva básica, pero en la actualidad, desde estos modelos, se está abriendo un acercamiento, entre la Psicología científica y la Psicología aplicada.

-En la actualidad y dentro de multidisciplinariedad, en la que se halla la psicoterapia, Corsini identifica 241 psicoterapias : entre las que hay 13 corrientes y 66 innovadoras. Los autores sitúan la cifra entre 250-300 modelos psicoterapéuticos.

.Para Mahoney , en1991, en estas últimas décadas: el eclecticismo es la tendencia dominante; el psicoanálisis y los modelos psicodinámicos tras haber decaído en los setenta, se han ido recuperando en los ochenta con los estudios del *self*; los modelos cognitivos van aumentando, situándose a la par con los conductuales; hay una consolidación de la psicoterapia humanista; una evolución de la corriente sistémica pero moderada; y permanece de forma moderada y estable el conductismo.

-En el año 2001, la Universidad de Chicago, emprendió un estudio para comparar los resultados obtenidos, mediante una terapia a través de [Internet](#). Se trabajó en problemas psicológicos como la [agorafobia](#), la fobia social, la ansiedad y la [depresión](#).

-21.13.3)- Terapias de Conducta de Tercera Generación.

-Las ‘terapias de conducta de tercera generación’: Es una designación, y también un slogan, establecido por Steven Hayes, el autor de una de ellas, en un artículo de 2004 .

.Reexposición de esta ‘nueva ola’, como también se dice, se encuentra en Pérez Álvarez, en 2006, formando parte de un monográfico, que la revista *eduPsykhé*, en su volumen 5, número 2, ha dedicado a estos “últimos desarrollos de la terapia de conducta”. [La revista *Psicología Conductual* en su volumen 14, número 3, de 2006 también ha dedicado un monográfico a las “nuevas terapias en el inicio del siglo XXI”.].

.Se trata de una serie de terapias, que surgen en la década de 1990, y emergen como toda una nueva generación ahora en la primera década del siglo XXI. Probablemente, las tres terapias de éstas, hasta ahora más conocidas sean: la Terapia de Aceptación y Compromiso, ‘ACT’, cuyo autor de referencia es el citado S. Hayes; la Psicoterapia Analítica Funcional, cuyos autores de referencia son Robert Kohlenberg y Mavis Tsai; y la Terapia de Conducta Dialéctica, cuya autora de referencia es Marsha Linehan.

.Las dos primeras fueron presentadas en español en 1996, como “psicoterapias desde el punto de vista conductista” : Pérez Álvarez, 1996, cuando la ACT aún no tenía acuñado su nombre definitivo, denominándose entonces ‘terapia contextual’.

.Las tres fueron incluidas como ejemplos de “enfoque contextual de la terapia de conducta” en el texto *Tratamientos psicológicos* : Pérez Álvarez, 1996b, pp. 734-766.

.Otras terapias pioneras de la tercera generación, son la Terapia Conductual Integrada de Pareja y la Terapia de Activación Conductual, ambas fundadas por Neil Jacobson.

.Otras terapias incluibles son: la Terapia cognitiva con base en Mindfulness (J. Kabat-Zinn; Z. W. Segal, J. M. G. Williams y J. Teasdale), y la Terapia Cognitiva con base en la persona para las Psicosis de Paul Chadwick.

.Si bien la primera de estas dos, ya es usual en la lista de las terapias de tercera generación, la segunda , desarrollada por Chadwick, con énfasis en la persona, bien merece ser incluida en esta serie, a pesar de que quizá todavía no haya sido ‘bendecida’, por los diseñadores de la tercera generación.

-21.13.4)- Véase También.

- [Psicología](#);
- [Psicología conductista](#);
- [Psicología humanista](#);
- [Psicología dinámica](#);
- [Psicoterapia](#).

-Obtenido de

«<https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Ciberpsicoterapia&oldid=92620693>»

-Categoría:

- [Psicoterapia](#)

-21.14)- PERSONALIDAD.

-De Wikipedia, la enciclopedia libre..



-La personalidad ha sido representada a veces, con el símbolo de una [máscara](#).

-La personalidad es un [constructo psicológico](#), que se refiere a un conjunto dinámico de características psíquicas de una [persona](#), a la organización interior, que determina que los individuos actúen de manera diferente, ante una determinada circunstancia.

.El concepto puede definirse también, como: el patrón de actitudes, pensamientos, sentimientos y repertorio conductual, que caracteriza a una persona, y que tiene una cierta persistencia y estabilidad, a lo largo de su vida, de modo tal, que las manifestaciones de ese patrón en las diferentes situaciones, posee algún grado de predictibilidad.

-Índice.

-21.14)- PERSONALIDAD.

-21.14.1)- [Historia del Concepto](#).

-21.14.2)- [Definición de la Personalidad](#) .

-21.14.2.1)- [Teoría de Enfoques Cognitivos-sociales de la Personalidad Bandura](#)

-21.14.2.2)- [Definiciones Aditivas e Integradoras](#).

-21.14.2.3)- [Definiciones Jerárquicas](#).

-21.14.2.4)- [Definiciones de Ajuste Al Medio](#).

-21.14.2.5)- [Otras Definiciones](#).

-21.14.3)- [Estudios](#).

-21.14.4)- [Un Modelo de Factores Primarios](#).

-21.14.5)- [Un Modelo de Tipos](#).

-21.14.6)- [Modelo de los Cinco Grandes](#)

-21.14.7)- [Influencias Del Ambiente En La Personalidad](#).

-21.14.8)- [Véase También](#).

-21.14.9)- [Referencias](#).

-21.14.10)- [Bibliografía](#).

-21.14.11)- [Enlaces Externos](#).

-21.14.1)- Historia Del Concepto.

-El concepto de «personalidad», proviene del término «persona», denominación que se utilizaba en el latín clásico, para la máscara, que portaban los actores de teatro en la antigüedad. Sin embargo, ya en ese entonces, se hablaba en un sentido amplio y figurado de «personas», para referirse a los roles, es decir a «como quién», o «representando a quién», actuaba un determinado actor teatral, tras su máscara.¹

· El concepto paulatinamente se transfirió a otras esferas de la sociedad, más allá del teatro; pero en la Roma antigua, «personas» eran solamente los ciudadanos, jurídicamente provistos de derechos : en contraste con los esclavos, que no eran considerados personas; puesto que no podían decidir sobre su propio actuar, ni menos aún deliberar sobre el de los demás.

. El concepto estaba inicialmente muy restringido, a aquellos ciudadanos poderosos, que gozaban de honra, prestigio y, en respeto a su dignidad, eran los únicos poseedores de derechos ciudadanos.

-Con la llegada de la Era Cristiana, el concepto de persona, cambia de significado, para poder significar el dogma de la [Trinidad](#) : [Dios](#) es uno sólo, en cuanto a la [naturaleza](#), pero trino en personas; y el dogma de la [Encarnación](#) : La segunda Persona de la Trinidad, asumió una naturaleza humana, sin dejar de tener una naturaleza divina. Esta unión se realiza "en la persona".

.Así, persona pasa a significar, según la definición clásica del filósofo cristiano [Boecio](#), a la *sustancia individual de naturaleza racional*; y según Tomás de Aquino: al "subsistente distinto en naturaleza intelectual".

.Se diferencia a la naturaleza, que significa una esencia común a muchos : por ejemplo, "hombre", de la persona que designa al individuo de esa naturaleza, en lo que tiene de propiamente individual.

.Este es el concepto de persona, que ha pasado con algunas modificaciones a veces, hasta nuestros días, y que fundamenta que todo individuo de naturaleza humana, es persona; independientemente de sus circunstancias: biográficas, genéticas, sociales o económica; y es un individuo, dotado de una especial dignidad.

-En los filósofos escolásticos, la palabra personalidad : "personalitas", se utilizaba para designar aquella perfección, poseyendo la cual, un determinado individuo es persona.

-En el transcurso de los siglos, el concepto de «persona», se fue transformando gradualmente en uno más general, hasta llegar a utilizarse en el sentido coloquial actual, es decir, prácticamente como sinónimo de «ser humano».

.En el contexto de este desarrollo conceptual, la aparición del adjetivo «personal», facilitó el desarrollo del sustantivo «personalidad», utilizado para designar la totalidad de características «personales», que interactúan dinámicamente entre sí, para producir aquél estilo relativamente estable de desenvolverse individual y socialmente, que un individuo posee.² No debe confundirse el concepto de *persona*, con el de *personalidad*. Mientras que el primero designa al individuo en su totalidad, el segundo designa un aspecto suyo, el conjunto organizado de sus disposiciones a la operación.³

-21.14.2)- Definición De La Personalidad.

-Al tratarse de un concepto básico dentro de la psicología, a lo largo de la historia ha recibido numerosas definiciones, además de las conceptualizaciones más o menos intuitivas, que ha recibido. Algunos autores han organizado y clasificado estas definiciones en grupos.⁴

-La personalidad puede sintetizarse como el conjunto de características o patrón : Uccelli, de sentimientos, emociones y pensamientos ligados al comportamiento, es decir, los [pensamientos](#), [sentimientos](#), actitudes, hábitos y la conducta de cada individuo, que persiste a lo largo del tiempo, frente a distintas situaciones, distinguiendo a un individuo de cualquier otro, haciéndolo diferente a los demás.

.La personalidad persiste en el [comportamiento](#) de las personas congruentes, a través del tiempo, aun en distintas situaciones o momentos, otorgando algo único a cada individuo, que lo caracteriza como independiente y diferente.

.Ambos aspectos de la personalidad, distinción y persistencia, tienen una fuerte vinculación con la construcción de la [identidad](#), a la cual modela con características denominadas [rasgos](#) o conjuntos de rasgos, que junto con otros aspectos del comportamiento, se integran en una unidad coherente, que finalmente describe a la persona.

.Ese comportamiento tiene una tendencia a repetirse a través del tiempo, de una forma determinada, sin que quiera decir, que esa persona se comporte de modo igual ,en todos los casos. Es decir, la personalidad es la forma en que pensamos, sentimos, nos comportamos e interpretamos la realidad, mostrando una tendencia de ese comportamiento, a través del tiempo, que nos permite afrontar la vida, y mostrarnos el modo en que nos vemos a nosotros mismos y al mundo que nos rodea.

.Nos permite reaccionar ante ese mundo, de acuerdo al modo de percepción, retro-alimentando con esa conducta en nuestra propia personalidad.

.Cada persona al nacer, ya tiene su propia personalidad con ciertas características propias, que con el paso del tiempo más el [factor ambiental](#) y las circunstancias, es como se definirá esa persona.

.La personalidad será fundamental para el desarrollo de las demás habilidades del individuo, y para la integración con grupos sociales.

-Según [Gordon Allport](#), la personalidad es "la organización dinámica de los sistemas psicofísicos, que determina una forma de pensar y de actuar, única en cada sujeto, en su proceso de adaptación al medio".

Desmembrando esa afirmación se encuentra que:

- La organización representa el orden en que se halla estructurada las partes de la personalidad de cada sujeto.
- Lo dinámico se refiere a que cada persona, se encuentra en un constante intercambio con el medio, que sólo se interrumpe con la muerte.
- Los sistemas psicofísicos hacen referencia a las actividades, que provienen del principio inmaterial: fenómeno psíquico, y el principio material: fenómeno físico.
- La forma de pensar hace referencia a la vertiente interna de la personalidad.
- La forma de actuar hace referencia a la vertiente externa de la personalidad, que se manifiesta en la conducta de la persona.
- Y es única en cada sujeto, por la naturaleza [caótica](#) en el que el cerebro organiza las sinapsis.

-Rasgos de personalidad, según [Gordon Allport](#):

- Rasgo Cardinal: Una característica única que dirige buena parte de las actividades de una persona.
- Rasgos Centrales: Como la honestidad y la sociabilidad, por lo general van de cinco a 10, en cualquier persona.
- Rasgos Secundarios: Características que inciden en el comportamiento en muchas menos situaciones, y ejercen menos influencia que los rasgos centrales o cardinales.

."Los rasgos ofrecen una explicación clara y sencilla de las consistencias conductuales de las personas, permitiendo comparar fácilmente a una persona con otra. Los rasgos son características de la personalidad, y comportamientos consistentes, que se manifiestan en diferentes situaciones. La teoría de los rasgos busca explicar, en forma sencilla, las consistencias en el comportamiento de los individuos." ⁵.

-Fundamentos de la Personalidad según [Gordon Allport](#): Indicó que podemos considerar a la constitución física, el temperamento y la inteligencia, como los "materiales" de la personalidad, aunque experimenten con los años, una lenta maduración. Hablamos de estos elementos, como los materiales en bruto, porque dependen en gran parte, aunque no exclusivamente, de lo que se ha recibido por herencia. De los tres, la constitución física es la más visiblemente ligada a la herencia : de un modo complejo; pero hay pruebas de peso que apoyan la creencia que de también el temperamento y la inteligencia, están genéticamente determinados. Llevando la argumentación más lejos, podemos preguntarnos, si la fundamental asociación entre la constitución corporal y el temperamento, es una correlación innata, o se debe a las experiencias de la vida. Consideremos el ejemplo de un muchacho marcadamente delgado y más débil que sus compañeros. No sirve para los deportes y si se pelea le toca siempre perder. ¿Qué ocurrirá?: Se desarrollara en él un modo de ser tenso, reservado, inhibido, introvertido. No podemos demostrar que es únicamente la experiencia de la vida, lo que explica la correspondencia entre la constitución corporal y el temperamento, pero es probable que influya en ello.

-Es necesario incluir la inteligencia entre los materiales de la personalidad, porque la inteligencia está de algún modo estrechamente relacionada, con el sistema nervioso central, que pertenece al caudal hereditario del individuo, junto con el sistema neuroglándular subyacente a la constitución corporal y al temperamento. Difícilmente podría explicarse de cuantos modos, puede diferir el sistema nervioso entre dos individuos en el momento de nacer. Existen amplias variaciones en el número de células cerebrales, en su disposición, metabolismo, conductividad, conexión y disponibilidad para el uso. Cuando las combinaciones son favorables, el individuo está dotado de elevada inteligencia; si son desfavorables, la inteligencia será baja; si existen condiciones mixtas, los resultados son intermedios.

-21.14.2.1)- Teoría De enfoques cognitivos-sociales de la personalidad: Bandura.

- [Albert Bandura](#) : Teoría que destaca la influencia de las cogniciones de la persona, pensamientos, sentimientos, expectativa y valores, en la determinación de la personalidad.

-21.14.2.2)- Definiciones Aditivas e Integradoras.

-Las definiciones aditivas serían aquellas definiciones de la personalidad, que la ven como la suma de un conjunto de características.

Las integradoras darían un paso más, al enfatizar el carácter organizado y estructurado de esta adición.

Las definiciones de los [años 1930](#) y [1940](#), iban en este sentido: [Henry Murray](#) dio una definición aditiva; y [Hans Eysenck](#), apostó por la vertiente integradora, propuso un modelo de la personalidad, estructurado en tres dimensiones : [extraversión](#), [neuroticismo](#) y [psicoticismo](#). Por las iniciales de estas tres dimensiones, se le ha llamado el [modelo PEN](#). que tiene una fundamentación [psicométrica](#) : [análisis factorial](#).

-21.14.2.3)- Definiciones Jerárquicas.

-Estas definiciones admiten la estructura integrada de los elementos, que conforman la personalidad, pero con preponderancia de unos elementos sobre otros. Dentro de estas teorías, los autores [psicoanalíticos](#), propusieron una estructura superior, determinante fundamental de la conducta del individuo: el [supervyó](#).

.Desde las teorías psicológicas científicas, se propuso la necesidad de actualización, como serían las de [Floyd Allport](#).

-21.14.2.4)- Definiciones de Ajuste al Medio.

-Estas definiciones también parten de una integración de elementos, que para autores, como [Walter Mischel](#), se organizarían según el entorno en el que se encontrara el individuo. Pero la personalidad, no solamente consiste en la forma en que un individuo se presenta o es percibido por los demás; la personalidad está conformada por ciertos rasgos, que conforman patrones, en la forma en que el individuo percibe y se relaciona con el ambiente y las demás personas, pero también consigo mismo, y que se pone de manifiesto, en una amplia gama de actitudes y aún de pensamientos, tanto sociales como personales.

-21.14.2.5)- Otras Definiciones.

-En un discurso dirigido a Psicólogos, en 1957, ante la gran multiplicidad de definiciones disponibles, el Papa [Pío XII](#), propuso la siguiente definición de personalidad: "La unidad psicosomática del hombre, en cuanto es determinada y gobernada por el alma".

-21.14.3)- Estudios.

-El estudio científico de la personalidad, según los psicólogos norteamericanos Carver & Scheier, en 1997, comprende dos grandes temas: el funcionamiento intrapersonal: intrapsíquico o simplemente psiquismo, y las diferencias individuales. El funcionamiento intrapersonal hace referencia a la organización psíquica -interna, privada y no observable directamente, que cada persona construye en forma única, durante el transcurso de su vida; este campo abarca los grupos de teorías psicoanalíticas: [Sigmund Freud](#), [Melanie Klein](#); y fenomenológicas: [Carl Rogers](#).

-Las diferencias individuales, son el conjunto de características o rasgos, que diferencian a una persona de las demás; a esta aproximación, le corresponden las teorías de los rasgos: [Hans Jurgen Eysenck](#), y [Raymond Cattell](#); y las conductuales: [John Watson](#), [B. F. Skinner](#), y [Albert Bandura](#).

.Conceptualmente es posible contraponer el constructo "individualidad", propuesto por autores como: Alberto Merani, en 1979, al de diferencias individuales.

-21.14.4)- Un Modelo de Factores Primarios.

-[R. B. Cattell](#), propuso un [modelo estructural](#), a partir del análisis [léxico](#) del [idioma inglés](#); recogió más de 4000 vocablos relativos a disposiciones estables de la [conducta](#): en su mayoría formaba pares de antónimos. Una vez recogidos, los agrupó en 160 grupos, añadiendo 11 más, correspondientes a términos derivados de la literatura psicológica previa. A partir de ellos, Cattell llegó a 16 rasgos fuente, con los que elaboró el cuestionario [16 PF](#). El modelo ha sido criticado, por contener demasiados factores.

-21.14.5)- Un Modelo de Tipos.

- [Hans Eysenck](#) propuso un modelo de la personalidad, estructurado en tres dimensiones : [extraversión](#), [neuroticismo](#) y [psicoticismo](#). Por las iniciales de estas tres dimensiones, se le ha llamado el [modelo PEN](#), que tiene una fundamentación [psicométrica](#) : [análisis factorial](#).

-21.14.6)- Modelo De Los Cinco Grandes.

- [Modelo de los Cinco Grandes](#).

-Actualmente, y debido a una larga investigación y acumulación de conocimientos durante años, se acepta como modelo más cercano al constructo de Personalidad: el [Modelo de los Cinco Grandes](#); en el cual, se considera que los factores que subyacen a la personalidad son: la Extraversión, Neuroticismo, Amabilidad, Apertura a la Experiencia y la Responsabilidad.⁶. El modelo de los cinco grandes, se puede explicar como: extraversión: Sociable, alegre, activo, asertivo, en búsqueda de sensaciones; Neuroticismo: Ansioso, Depresivo, Con sentimientos de culpa, Baja autoestima; Tenso; Psicoticismo: Agresivo, Frío, Egocéntrico; y Impersonal, Impulsivo.⁷.

-21.14.7)- Influencias del Ambiente en la Personalidad.

-Se han realizado estudios en los cuales los factores socioculturales, implican en la personalidad, es decir el ambiente en el cual uno se encuentra, afectará positiva o negativamente la personalidad del individuo. Viviana Lemos, demuestra como los factores socioculturales, inciden en la personalidad. Uno de los principales componentes en su estudio, es analizar como la pobreza, afecta la personalidad del individuo. El artículo expone varias encuestas realizadas a niños de diferentes sectores pobres y ricos, y muestra como la pobreza influye en la personalidad del niño negativamente. Al no tener acceso a educación, comida y otros recursos, los niños pobres son vulnerables a tener una personalidad negativa. Por medio de estadísticas y cuestionarios realizados, el estudio muestra la realidad y como es la personalidad de los niños, que viven en países pobres, en comparación con otros que no son pobres. El estudio fue administrado, para ver de qué forma la pobreza, afecta al individuo, buscar maneras para que se mejore, y tener una mejor calidad de vida. "Teniendo en cuenta que los factores disposicionales y socioambientales, no son elementos separados, sino que deben ser vistos holísticamente, como sistema persona-medio, que funciona como una totalidad"^{8 9} En consonancia con ello, se ha observado que los rasgos específicos predicen eventos estresantes más de vida.¹⁰¹¹.

-21.14.8)- Véase También.

- [Caracteriología](#);
- [Egoísmo moral](#);
- [Esquizofrenia](#);
- [Locus de control](#);
- [Mecanismo de defensa](#);
- [Temperamento](#);
- [Teoría del rasgo](#).
- [Teorías de la personalidad](#);
- [Test de personalidad](#);
- [Personalidad integradora](#);
- [Trastornos de personalidad](#);
- [Trastorno límite de la personalidad](#);
- [Psicología](#);
- [Psicología de las actitudes](#);
- [Psicología de la personalidad](#).

-21.14.9)- Referencias.

1. [Volver arriba ↑](#) Varios autores (1995). *Lexikon der Psychologie [Diccionario de psicología]* (en alemán). Publicado por Faktum Lexikoninstitut, prólogo de Eva Jaeggi. Múnich: Bertelsmann Lexikon Verlag. p. 358. [ISBN 3-8094-5006-5](#).

2. [Volver arriba ↑](#) Ibídem
3. [Volver arriba ↑](#) Echavarría, M.F. (2010). [«Persona y personalidad. De la psicología contemporánea de la personalidad a la metafísica tomista de la persona»](#). *Espíritu* 59 (139): 207-247.
4. [Volver arriba ↑](#) Bermúdez Moreno, José; Pérez García, Ana María; Sanjuán Suárez, Pilar (2003). *Psicología de la personalidad: Teoría e investigación*. Madrid: UNED. [ISBN 84-362-4875-9](#).
5. [Volver arriba ↑](#) Feldman Robert S. *Psicología con aplicaciones en países de habla hispana* (2009)
6. [Volver arriba ↑](#) McCrae RR. (1991) *The five-factor model and its assessment in clinical settings* *Journal of Personality Assessment* Dec;57(3):399-14
7. [Volver arriba ↑](#) Hans Eysenck (1995)
8. [Volver arriba ↑](#) Magnusson, 1999; Magnusson & Stattin, 1998
9. [Volver arriba ↑](#) Lemos, V, (2009). características de personalidad infantil asociadas al riesgo ambiental por situación de pobreza. *Interdisciplinaria*, 26, 5-22
10. [Volver arriba ↑](#) Laceulle, O.M., Jeronimus, B.F., Van Aken, M.A.G., Ormel, J. (2015). [«Why Not Everyone Gets Their Fair Share of Stress: Adolescent's Perceived Relationship Affection Mediates Associations Between Temperament and Subsequent Stressful Social Events»](#). *European Journal of Personality* 29 (2): 125.
11. [Volver arriba ↑](#) Jeronimus, B.F.; Riese, H.; Sanderman, R.; Ormel, J. (2014). [«Mutual Reinforcement Between Neuroticism and Life Experiences: A Five-Wave, 16-Year Study to Test Reciprocal Causation»](#). *Journal of Personality and Social Psychology* 107 (4): 751-64. [doi:10.1037/a0037009](#).

-21-14-10)- Bibliografía.

- Sally (2006) dimensiones de la personalidad
- Merani, A. (1979). *Diccionario de Psicología*. México, D. F.: Grijalbo. [ISBN 970-05-0137-X](#).
- Stanislav Grof y Hal Zina Bennet (2006). *La mente holotrópica. Los niveles de la conciencia humana*. España: Kairós. [ISBN 978-84-7245-288-3](#).
- Feldman, Robert (2006). *Psicología*. México: McGraw Hill Companies.
- Gimero-Bayón, Ana (1996). *Comprendiendo como somos. Dimensiones de la personalidad*. Bilbao: Desclee de Brouwer. [ISBN 978-84-3301-142-8](#).
- González, José (1987). *Psicología de la personalidad*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Feldman Robert S. (2009). *Psicología con aplicaciones en países de habla hispana*. McGraw Hill.
- Lemos V. (2009). *características de personalidad infantil asociadas al riesgo ambiental por situación de pobreza*.
- Bravo Del Toro, A., Espinosa Rodríguez, T., Mancilla Arroyo, L., Tello Recillas, M., & Tello Recillas, M. (2011). *RASGOS DE PERSONALIDAD EN PACIENTES CON OBESIDAD*.
- Barmaimon Enrique, Tratado de Neuroanatomía Funcional. 3 volúmenes. Ed. EDUSMP.(1984).Lima, Perú.
- .- Barmaimon Enrique. 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.
- .-Barmaimon Enrique. Historia Medicina, Psiquiatría, Gerontología, Envejecimiento y Geriatria. (2015). 1ª Ed. Virtual. Montevideo, Uruguay. .
- -Barmaimon,Enrique.(2015).Historia Ciencias Cognitivas.3 Tomos. 1ªEd. 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- Medicina Perioperatoria. 6 Tomos. 1ª Ed. Virtual.
- Barmaimon, Enrique.2017- Anestesia Locorregional- 6 Tomos.. 1ª Ed. Virtual.11-
- Barmaimon, Enrique- 2017- Libros Anestesia en Urología- 6 Tomos- 1ª.Ed. Virtual.
- [Biblioteca Virtual en Salud](#) (BVS).

-21.14.11)- Enlaces Externos.

-  [Wikcionario](#) tiene definiciones y otra información sobre [personalidad](#).
 -  [Wikiquote](#) alberga frases célebres de o sobre [Personalidad](#).
-
Obtenido de «<https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Personalidad&oldid=103126420>»
[Categoría:](#)

- [Personalidad](#)
- Se editó esta página por última vez el 3 noviembre 2017 a las 11:56.

-21.15)- PSICOLOGÍA DE LA PERSONALIDAD.

-De Wikipedia, la enciclopedia libre.



-Psi, letra griega comúnmente asociada con la psicología.

-La psicología de la personalidad es una rama de la [psicología](#), que estudia la [personalidad](#) y las diferencias entre individuos. El autor más clásico de la disciplina es [Gordon W. Allport](#), que en el año 1936, publicó el libro "La personalidad". Sus áreas de estudio se focalizan especialmente en:

- La construcción de un cuadro coherente de una [persona](#) y sus procesos psicológicos más importantes.¹
- La investigación de diferencias individuales entre los sujetos, esto es, cómo puede diferir una persona de la otra.
- La investigación de la [naturaleza humana](#), esto es, cómo el comportamiento de todas las personas es similar.

-La palabra [personalidad](#) tiene origen en el término [latino persona](#), que significaba [máscara](#). Cabe remarcar que en las obras [teatrales](#) en el antiguo mundo de habla latina, la [máscara](#) no estaba al servicio del [argumento](#) teatral, para disfrazar la identidad de un personaje, sino más bien era una convención empleada para representar o encarnar a dicho personaje.

.En la [Edad Media](#), la palabra persona pasó a tener un significado más profundo, pues pasó a ser una pieza clave de la teología cristiana, que distingue los conceptos de [naturaleza](#) y *persona*. El filósofo cristiano medieval [Boecio](#) la definió como la *substancia individual de naturaleza racional* y santo [Tomás de Aquino](#), como *subsistente distinto en naturaleza intelectual*. En todo caso, no se deben confundir los conceptos de *persona* y *personalidad*.

.La primera designa al individuo completo, mientras que la segunda sólo designa un aspecto, que es el conjunto organizado de sus disposiciones operativas.

.La [personalidad](#) puede ser definida preliminarmente, como un conjunto organizado de características, que posee una persona que influye en forma única sobre su [cognición](#), su [motivación](#), y comportamiento en diferentes situaciones.².

.En realidad hay cientos de definiciones de personalidad, y los teóricos no terminan de ponerse de acuerdo sobre una definición única. Esta situación de falta de unanimidad en la definición del concepto, fue incluso observado por personas ajenas al área, como el Papa [Pío XII](#), que en una de sus alocuciones a psicólogos (1957), define la personalidad como *la unidad psicosomática del hombre en cuanto determinada y gobernada por el alma*.

.En todo caso, la definición más clásica es la de Gordon Allport: *la organización dinámica, en el interior del individuo, de los sistemas psicofísicos responsables de su pensamiento y conducta característicos*. El psicólogo estadounidense [Gordon Allport](#), en 1937, describió dos caminos fundamentales para estudiar la personalidad, siguiendo al filósofo [neokantiano Windelband](#), el [nomotético](#) y el [idiográfico](#). La [psicología nomotética](#) se encargaría de la búsqueda de leyes generales aplicables a diferentes personas, como el principio de la [auto-actualización](#); mientras que la [psicología idiográfica](#) intenta entender los aspectos únicos de un individuo en particular, es decir el modo peculiar en el que los distintos rasgos se relacionan entre sí dentro de un mismo individuo.

-El estudio de la personalidad tiene un largo camino recorrido en la historia de la psicología, aunque concretamente la psicología de la personalidad, no se puede considerar una ciencia dura, cuenta con una abundante tradición teórica. Entre las teorías más importantes se pueden incluir la de perspectiva disposicional, psicodinámica, humanista, biológica, behaviorista : comportamiento, y la perspectiva del estudio social.

.No existe un consenso general en la psicología, sobre la definición de "personalidad". La mayoría de los investigadores y psicólogos, no se identifican explícitamente a con una perspectiva concreta, y frecuentemente adoptan un enfoque ecléctico. Algunas investigaciones empíricas, se llevan a cabo a través del [modelo de los 5 grandes](#), mientras que otros ponen énfasis en desarrollos teóricos como la [psicodinámica](#).

-La sociedad y las vivencias de cada ser humano, influyen en el desarrollo de su personalidad. A pesar de las diferencias de religión, cultura, y costumbres, los seres humanos comparten conflictos de lucha por la supervivencia. La visión que cada individuo tiene de sus emociones, puede ser similar o completamente diferente a la de otros. En el libro "Exploration in personality" de Murria, se puede encontrar la manera, en el que defiende la consideración de la persona en su totalidad.

-Referencias:

1. [Volver arriba ↑](#) Bradberry, Travis. *Self-Awareness*. New York: Putnam, 2007
2. [Volver arriba ↑](#) Ryckman, 2004.

-Véase También:

- [Psicología](#);
- [Personalidad](#).

-Obtenido de :

«[https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Psicología de la personalidad&oldid=98837327](https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Psicología_de_la_personalidad&oldid=98837327)»

Categoría: [Ramas de la psicología](#)

- Se editó esta página por última vez el 3 octubre 2017 a las 17:04.

-21.16)- TRASTORNO DE PERSONALIDAD.

-De Wikipedia, la enciclopedia libre.

Trastorno de personalidad	
Clasificación y recursos externos	
Especialidad	Psiquiatría
CIAP-2	P80
MedlinePlus	000939

-Los trastornos de personalidad son un conjunto de [perturbaciones](#) o anormalidades que se dan en las dimensiones [emocionales](#), [afectivas](#), [motivacionales](#) y de [relación social](#) de los individuos.¹²³

Los trastornos de [personalidad](#) se incluyen como [trastornos mentales](#) del Eje II en el [Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales](#) de la Asociación Americana de Psiquiatría, y en la sección de trastornos mentales y del comportamiento en el manual [CIE](#) de la [Organización Mundial de la Salud](#). Personalidad, que se define psicológicamente, como rasgos mentales y de [comportamiento](#) permanentes que distinguen a los seres humanos. Un trastorno de personalidad se define como experiencias y comportamientos que difieren de las normas sociales y expectativas. Las personas diagnosticadas con un trastorno de la personalidad pueden tener alteraciones en la [cognición](#), [emotividad](#), [funcionamiento interpersonal](#) o en el control de impulsos. En general, los trastornos de personalidad se diagnostican al 40-60 % de los pacientes psiquiátricos, y representa el diagnóstico psiquiátrico más frecuente.⁴

Estos patrones de conducta son típicamente asociados con alteraciones sustanciales en algunas tendencias de comportamiento de un individuo, por lo general involucran varias áreas de la personalidad, y casi siempre se asocia con perturbaciones significativas en la esfera personal y social. Además, un trastorno de personalidad es inflexible y se extiende a muchas situaciones, debido en gran parte al hecho de que tales comportamientos anormales son [egosintónicos](#), en el que los elementos de la conducta, pensamientos, impulsos, mecanismos y actitudes de una persona están de acuerdo con el [Yo](#) y con la totalidad de su personalidad; y por tanto, se percibe como adecuados por el afectado. Este comportamiento puede suponer estilos de afrontamiento desadaptativos, que pueden conducir a problemas

personales y otros trastornos comórbidos, tales como [desórdenes de ansiedad](#) muy severos, [trastornos depresivos](#) y, aunque con menor frecuencia, [trastornos bipolares](#). Los trastornos límites y mixtos de la personalidad comparten características muy parecidas a este último trastorno, estando en ocasiones asociados. La aparición de estos patrones de comportamiento por lo general se remonta al principio de la adolescencia y el comienzo de la edad adulta y, en algunos casos, a la infancia.¹

Debido a que la [teoría](#) y el diagnóstico de los trastornos de personalidad se derivan de las expectativas culturales dominantes, su validez es cuestionada por algunos expertos, sobre la base de su invariable [subjetividad](#). Ellos argumentan que la teoría y el diagnóstico de los trastornos de la personalidad se basan estrictamente en consideraciones de tipo social, [sociopolíticas](#) e incluso [económicas](#).⁵⁶⁷⁸

-Índice.

-21.16)- TRASTORNO DE PERSONALIDAD

-21.16.1)- [Fundamentación](#)

-21.16.2)- [Clasificación](#)

-21.16.2.1)- [Lista de Trastornos de Personalidad Definidos En el DSM.](#)

-21.16.2.2)- [Grupo A : Trastornos Raros o Excéntricos](#)

-21.16.2.3)- [Grupo B : Trastornos Dramáticos, Emocionales o Erráticos.](#)

-21.16.2.4)- [Grupo C: Trastornos Ansiosos o Temerosos.](#)

-21.16.3)- [Diagnóstico](#) .

-21.16.3.1)- [DSM-IV.](#)

-21.16.3.2)- [CIE-10.](#)

-21.16.4)- [Trastorno de Personalidad Versus Personalidad Sana.](#)

-21.16.5)- [Véase También.](#)

-21.16.6)- [Referencias-](#)

-21.16.7)- [Bibliografía.](#)

-21.16.1)- Fundamentación. [

-A diferencia de la dimensión cognitiva : [percepciones](#), [memoria](#), [atención](#), [inteligencia](#), [creatividad](#), [lenguaje](#), al hablar de [personalidad](#), se les da preferencia a los procesos emotivos y tendenciales del [individuo](#), aunque los diferentes factores, ejercen una influencia directa entre sí.

-Los desajustes o trastornos, son un producto de diferentes causas biológicas o medioambientales y, aunque haya que hacer clasificaciones, según ciertas categorías comúnmente aceptadas, el [diagnóstico](#), debe hacerse de forma individual.

. Hay que tener presente, que la misma causa puede tener síndromes diferentes y un síndrome determinado, puede ser la manifestación de causas diversas, condicionada por la constitución biológica y el medio familiar, escolar y social. Aunque no todos los trastornos de personalidad, llevan a conductas de inadaptación social, hay una frecuencia, de que las perturbaciones emocionales. dan como consecuencia un desajuste social.

- 21.16.2)- Clasificación.

-Los dos principales sistemas de clasificación, el [CIE](#) y el [DSM](#), deliberadamente han fusionado sus diagnósticos hasta cierto punto, pero aún sigue habiendo diferencias.

.Por ejemplo, el [CIE-10](#), no incluyen el trastorno narcisista de la personalidad, como una categoría distinta; mientras que el DSM-IV, no incluye la [transformación persistente de la](#)

[personalidad tras experiencia catastrófica](#) o [tras enfermedad psiquiátrica](#).

.El CIE-10 clasifica el trastorno esquizotípico de la personalidad del DSM-IV, como una forma de esquizofrenia, y no como un trastorno de la personalidad.

.El DSM-IV sitúa los trastornos de personalidad, como entidades separadas de los trastornos mentales (Ejes); mientras que el CIE, no utiliza un sistema multiaxial.

.El diagnóstico y agrupación de los trastornos de personalidad, genera controversia y polémica, pues no están bien definidos, los criterios para diferenciarlos de otros trastornos mentales, o distinguir las categorías particulares de trastornos de la personalidad, unas de otras.⁹

-21.16.2.1)- Lista De Trastornos De Personalidad Definidos En el DSM.

-El [DSM-IV-TR](#) : Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales de la Asociación Psiquiátrica de Estados Unidos, menciona diez trastornos de personalidad, los cuales se agrupan en tres grupos:¹⁰:

-21.16.2.2)- Grupo A : Trastornos Raros o Excéntricos.

- [Trastorno paranoide de la personalidad](#), personalidad paranoide.
- [Trastorno esquizoide de la personalidad](#), personalidad esquizoide.
- [Trastorno esquizotípico de la personalidad](#), personalidad esquizotípica.

-Este grupo de trastornos se caracteriza, por un patrón penetrante de cognición , por ej. sospecha, expresión : por ej. lenguaje extraño, y relación con otros : por ej. aislamiento, anormales.

-21.16.2.3)- Grupo B : Trastornos Dramáticos, Emocionales o Erráticos.

- [Trastorno antisocial de la personalidad](#), personalidad antisocial.
- [Trastorno límite de la personalidad](#), personalidad límite o Borderline.
- [Trastorno histriónico de la personalidad](#), personalidad histriónica.
- [Trastorno narcisista de la personalidad](#), personalidad narcisista.

-Estos trastornos se caracterizan por un patrón penetrante de violación de las normas sociales : por ej. comportamiento criminal, comportamiento impulsivo, emotividad excesiva y grandiosidad. Presenta con frecuencia acting-out : exteriorización de sus rasgos, llevando a rabietas, comportamiento auto-abusivo, y arranques de rabia.

-21.16.2.4)- Grupo C : Trastornos Ansiosos o Temerosos.

- [Trastorno de la personalidad por evitación](#), personalidad fóbica o evitativa.
- [Trastorno de la personalidad por dependencia](#), personalidad dependiente.
- [Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad](#), trastorno anancástico de la personalidad o personalidad obsesiva-compulsiva.

-Este grupo se caracteriza por un patrón penetrante de temores anormales, incluyendo relaciones sociales, separación, y necesidad de control.

-21.16.3)- Diagnóstico.

-21.16.3.1)- DSM-IV.

-El [DSM-IV](#), enumera los criterios diagnósticos generales que debe cumplir un trastorno de la personalidad, además de los criterios específicos para cada trastorno de la personalidad en particular:

- 1. Un patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto. Este patrón se manifiesta en dos (o más) de las áreas siguientes:
 - 1.1.Cognición : p. ej., formas de percibir e interpretarse a uno mismo, a los demás y a los acontecimientos.
 - 1.2. Afectividad : p. ej., la gama, intensidad, labilidad y adecuación de la respuesta emocional.
 - 1.3.Actividad interpersonal.
 - 1.4.Control de los impulsos.
- 2. Este patrón persistente es inflexible y se extiende a una amplia gama de situaciones personales y sociales.
- 3. Este patrón persistente provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- 4. El patrón es estable y de larga duración, y su inicio se remonta al menos a la adolescencia o al principio de la edad adulta.
- 5. El patrón persistente no es atribuible a una manifestación o a una consecuencia de otro trastorno mental.
- 6. El patrón persistente no es debido a los efectos fisiológicos directos de una sustancia , p. ej., una droga, un medicamento, ni a una enfermedad médica : p. ej., traumatismo craneal.¹¹.

-21-16.3.2)- CIE-10.

-El [CIE-10](#) : Introduce los diagnósticos específicos de cada trastorno de personalidad, con unos criterios de referencia generales que son similares:

- Pautas para el diagnóstico: Se requiere la presencia de una alteración de la personalidad, no directamente atribuible a una lesión o enfermedad cerebral importante, o a otros trastornos psiquiátricos, que reúna las siguientes pautas:
 - 1. Actitudes y comportamiento marcadamente faltos de armonía, que afectan por lo general a varios aspectos de la personalidad, por ejemplo, a la afectividad, a la excitabilidad, al control de los impulsos, a las formas de percibir y de pensar y al estilo de relacionarse con los demás.
 - 2. La forma de comportamiento anormal es duradera, de larga evolución y no se limita a episodios concretos de enfermedad mental.
 - 3. La forma de comportamiento anormal es generalizada y claramente desadaptativa para un conjunto amplio de situaciones individuales y sociales.
 - 4. Las manifestaciones anteriores aparecen siempre durante la infancia o la adolescencia y persisten en la madurez.
 - 5. El trastorno conlleva un considerable malestar personal, aunque éste puede también aparecer sólo en etapas avanzadas de su evolución.
 - 6. El trastorno se acompaña, por lo general aunque no siempre, de un deterioro significativo del rendimiento profesional y social. Para diagnosticar la mayoría de los tipos citados más abajo, se requiere a menudo la presencia de al menos tres de los rasgos o formas de comportamiento que aparecen en su descripción.¹².

-Para diagnosticar la mayoría de los trastornos de personalidad, se requiere la presencia de al menos tres de los rasgos o formas de comportamiento, que aparecen en cada descripción. El CIE añade que para las diferentes culturas, puede sea necesario desarrollar un conjunto específico de criterios, que tenga en consideración las normas, reglas y obligaciones sociales de cada región o cultura.¹³.

-21.16.4)- Trastorno de Personalidad Versus Personalidad Sana.

-Un trastorno de personalidad es un modo patológico de ser y comportarse que:

- Es omnipresente: se pone de manifiesto en la mayor parte de las situaciones y contextos, y abarca un amplio rango de comportamientos, sentimientos y experiencias.
- No es producto de una situación o acontecimiento vital concreto, sino que abarca la mayor parte del ciclo vital del individuo.
- Es inflexible, rígido.
- Dificulta la adquisición de nuevas habilidades y comportamientos, especialmente en el ámbito de las relaciones sociales: perjudica el desarrollo del individuo.
- Hace al individuo frágil y vulnerable, ante situaciones nuevas, que requieren cambios.
- No se ajusta a lo que cabría esperar para ese individuo, teniendo en cuenta su contexto sociocultural.
- Produce malestar y sufrimiento al individuo o a quienes le rodean: provoca interferencias en diversos ámbitos : social, familiar, laboral, etc.
- El malestar es más bien consecuencia de la no aceptación por parte de los demás, del modo de ser del individuo, más que una característica intrínseca del trastorno: en general suelen ser [egosintónicos](#) : de acuerdo con el Yo.
- Por lo antedicho, la conciencia de enfermedad o anomalía, es escasa o inexistente.¹⁴.

-En cambio una personalidad sana responde a las siguientes características:

- Adaptativa.
- Flexible.
- Funcionamiento autónomo y competente en diferentes áreas de la vida.
- Habilidad para establecer relaciones interpersonales satisfactorias.
- Capacidad para conseguir metas propias, con el consiguiente sentimiento de satisfacción subjetiva.

-21.16.5)- Véase También.

- [Theodore Millon](#);
- [Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales](#).

-21.16.6)- Referencias.

1. [↑ Salta a: ^a ^b Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders](#)
2. [Volver arriba ↑](#) Berrios, G E (1993). «European views on personality disorders: a conceptual history». *Comprehensive Psychiatry* 34 (1): 14-30. PMID 8425387. doi:10.1016/0010-440X(93)90031-X.
3. [Volver arriba ↑](#) Millon, Theodore; Roger D. Davis (1996). *Disorders of Personality: DSM-IV and Beyond*. Nueva York: John Wiley & Sons, Inc. p. 226. ISBN 0-471-01186-X.
4. [Volver arriba ↑](#) Smelser, N. J., & Baltes, P. B. (2001). Personality Disorders. International encyclopedia of the social & behavioral sciences (pp. 11301-11308). Amsterdam: Elsevier. <http://www.sciencedirect.com.myaccess.library.utoronto.ca/science/article/pii/B0080430767037633>
5. [Volver arriba ↑](#) Nancy McWilliams (29 de julio de 2011). *Psychoanalytic Diagnosis, Second Edition: Understanding Personality Structure in the Clinical Process*. Guilford Press. p. 196. ISBN 978-1-60918-494-0. Consultado el 2 de diciembre de 2011.

6. [Volver arriba ↑](#) [Personality Disorders Are Not Illnesses \(Philip Hickey PhD\)](#)
 7. [Volver arriba ↑](#) [A Giant Step Backward for Introverts \(Nancy Ancowitz\)](#)
 8. [Volver arriba ↑](#) [The National Psychologist \(Susan Bowman, 2006\)](#)
 9. [Volver arriba ↑](#) Widiger, T.A. [Personality disorder diagnosis](#) World Psychiatry. 2003 October; 2(3): 131–135. PMID: PMC1525106
 10. [Volver arriba ↑](#) [Tipos de Trastorno de la personalidad](#)
 11. [Volver arriba ↑](#) <http://www.psicomed.net/dsmiv/dsmiv16.html#f60>
Criterios diagnósticos generales para un Trastorno de la personalidad. DSM-IV
 12. [Volver arriba ↑](#) http://www.psicomed.net/cie_10/cie10_F60.html
Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto. CIE-10
 13. [Volver arriba ↑](#) <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en>
CIE-10
 14. [Volver arriba ↑](#) Belloch Fuster y Fernández-Álvarez, (2010). [Tratado de trastornos de la personalidad](#). editorial síntesis. ISBN 9788499585086.
- Este artículo incluye material de la versión en inglés de la Wikipedia: [Personality disorder](#)

-21.16.7)- Bibliografía.

- López-Ibor Aliño, Juan J. & Valdés Miyar, Manuel (dir.) (2002). *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado*. Barcelona: Editorial Masson. ISBN 978-84-458-1087-3.
- Millon, Theodore & Davis, Roger D. *Trastornos de la personalidad. Más allá del DSM-IV*. Primera edición 1998. Reimpresiones 1999 (2), 2000, 2003, 2004. Barcelona: Editorial Masson. ISBN 978-84-458-0518-3.
- – & Grossman, Seth & Millon, Carrie & Meagher, Sarah & Ramnath, Rowena. *Trastornos de la personalidad en de la vida moderna*. Primera edición 2001, segunda edición 2006. Barcelona: Editorial Masson & Elsevier. ISBN 978-84-458-1538-0.
- Barmaimon Enrique, *Tratado de Neuroanatomía Funcional*. 3 volúmenes. Ed. EDUSMP.(1984).Lima, Perú.
- .- Barmaimon Enrique. *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.
- .-Barmaimon Enrique. *Historia Medicina, Psiquiatría, Gerontología, Envejecimiento y Geriatria*. (2015). 1ª Ed. Virtual. Montevideo, Uruguay. .
- -Barmaimon,Enrique.(2015).*Historia Ciencias Cognitivas*.3 Tomos. 1ªEd. 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- *Medicina Perioperatoria*. 6 Tomos. 1ª Ed. Virtual.
- Barmaimon, Enrique.2017- *Anestesia Locorregional*- 6 Tomos.. 1ª Ed. Virtual.11-
- Barmaimon, Enrique- 2017- *Libros Anestesia en Urología*- 6 Tomos- 1ª.Ed. Virtual.
- [Biblioteca Virtual en Salud](#) (BVS).

-Obtenido de

«[https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Trastorno de personalidad&oldid=101713033](https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Trastorno_de_personalidad&oldid=101713033)

» **Categoría:**

- [Trastornos de la personalidad](#).

- Se editó esta página por última vez el 7 septiembre 2017 a las 18:55.

-21.17)- TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD.

-De Wikipedia, la enciclopedia libre.

Trastorno límite de la personalidad	
Clasificación y recursos externos	
Especialidad	Psiquiatría
CIE-10	F60.3
CIE-9	301.83
CIAP-2	P80
MedlinePlus	000935
MeSH	D001883
Sinónimos	
• Trastorno de personalidad limítrofe • Trastorno limítrofe de la personalidad	

-El trastorno Límite De La Personalidad: *borderline*, abreviado como TLP, también llamado limítrofe o fronterizo, es definido por el *DSM-IV* (*DSM-IV* 301.83¹), como «un [trastorno de la personalidad](#), que se caracteriza principalmente por inestabilidad emocional, pensamiento extremadamente polarizado y dicotómico, impulsividad, y relaciones interpersonales caóticas».

.El perfil global del trastorno, también incluye típicamente una inestabilidad acusada y generalizada del estado de ánimo, de la autoimagen, y de la [conducta](#), así como del sentido de identidad, que puede llevar a periodos de [disociación](#).² Se incluye dentro del grupo B de trastornos de la personalidad, los llamados «dramático-emocionales». Es, con mucho, el más común de los trastornos de la personalidad.³

-El término *borderline*, para referirse al trastorno está ampliamente extendido, incluso en idiomas distintos al [inglés](#). Fue usado por primera vez en 1884, por el [psiquiatra](#) C. Hughes, y posteriormente por el [psicoanalista](#) [Adolph Stern](#), en 1938; para caracterizar afecciones

psiquiátricas, que superaban la [neurosis](#), pero que no alcanzaban la [psicosis](#) ; muchos autores, califican los síntomas del TLP, como pseudopsicóticos. Bajo esta concepción se establecía un continuo gradual, entre uno y otro extremo, situándose el trastorno en el «límite».

-El concepto formal de *trastorno límite de la personalidad*, es relativamente nuevo en el campo de la [psicopatología](#). No apareció en el [Manual diagnóstico de los trastornos mentales](#) (DSM), publicado por la [Asociación Norteamericana de Psiquiatría](#), hasta 1980 (DSM-III). Es a partir de ahí, una vez logrado el estatus oficial de «trastorno de la personalidad», cuando se dispara el interés por esta [patología](#). Esto se logró tras grandes controversias, y disputas iniciadas en los [años 1970](#). La nomenclatura oficial y criterios diagnósticos, se acordaron mediante compromisos, entre los diferentes modelos, y atendiendo a datos [empírico](#)-descriptivos.

.Con esta definición, se dejó atrás definitivamente, la idea anterior de la afección, como un fenómeno, que fluctuaba entre la [neurosis](#) y la [psicosis](#), para constituir un cuadro con entidad propia, y no un límite de un continuo entre otros dos.

-Índice.

-21.17)- TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD.

-21.17.1)- [Epidemiología](#)

-21.17.2)- [Etiología](#) .

-21.17.2.1 [Factores Biológicos](#).

-21.17.2.2)- [Problemas De Tipo Fisiológico](#).

-21.17.3)- [Patogenia](#).

-21.17.4)- [Diagnóstico](#) .

-21.17.4.1)- [Evaluación Inicial](#)

-21.17.4.2)- [Semiología Adicional del TLP y Biomarcadores](#).

-21.17.4.3)- [Criterios del DSM-IV-TR](#).

-21.17.4.4)- [Otros Sistemas Diagnósticos Distintos Al DSM](#).

-21.17.5)- [Diagnóstico Diferencial](#) .

-21.17.5.1)- [Con Trastornos de la Afectividad](#).

-21.17.5.2)- [Con el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad](#).

-21.17.5.3)- [Con Otros Trastornos de Personalidad](#).

-21.17.6)- [Cuadro Clínico](#) .

-21.17.6.1)- [Características Según el Sexo](#).

-21.17.6.2)- [Psicopatología I: Características Generales de las Personas con TLP](#)

-21.17.6.3)- [Psicopatología II: Formas \(tipología\) de la Personalidad Límite](#)

-21.17.6.4)- [Comorbilidad](#).

-21.17.6.5)- [Curso](#)

-21.17.7)- [Pronóstico](#)

-21.17.7.1)- [El riesgo de Suicidio en el TLP](#).

-21.17.8)- [Tratamiento](#)

-21.17.8.1)- [Psicoterapia](#) .

-21.17.8.1.1)- [Terapia Cognitivo conductual](#).

-21.17.8.1.2)- [Terapia Dialéctica conductual](#).

-21.17.8.1.3)- [Terapia Cognitiva Focal de esquemas](#)

-21.17.8.1.4)- [Terapia Cognitivo-analítica](#).

-21.17.8.1.5)- [Psicoanálisis](#).

-21.17.8.1.6)- [Psicoterapia Enfocada a la Transferencia](#).

-21.17.8.1.7)- [Psicoterapia Basada en la Mentalización](#).

-21.17.8.1.8)- [Terapia de Pareja, Conyugal o de Familia](#).

-21.17.8.2)- [Medicación](#)

- 21.17.8.2.1)- [Antidepresivos](#).
- 21.17.8.2.2)- [Antipsicóticos](#).
- 21.17.8.2.3)- [Otros](#).
- 21.17.9)- [Servicios Mentales de Salud y Recuperación](#).
- 21.17.9.1)- [Combinar la Farmacoterapia y la Psicoterapia](#).
- 21.17.9.2)- [Dificultades en la Terapia](#) .
- 21.17.9.2.1)- [Otras Estrategias](#).
- 21.17.10)- [Aspectos Sociológicos y Culturales](#) .
- 21.17.10.1)- [Coste Social del TLP](#).
- 21.17.10.2)- [Referencias Culturales](#).
- 21.17.11)- [Véase También](#).
- 21.17.12)- [Referencias](#)
- 21.17.13)- [Bibliografía](#) -
 - [13.1 En español](#)
 - [13.2 En alemán](#)
 - [13.3 En inglés](#)
- 21.17.14)- [Enlaces Externos](#) .
 - [14.1 En español](#)
 - [14.2 En inglés](#)

-21.17.1)- Epidemiología.

-Se estima que las cifras de [prevalencia](#) e [incidencia](#) del trastorno Límite de la Personalidad serían las siguientes:⁴⁵⁶:

- 0,2-1.8 % de la población general.
- 10-20 % de pacientes ambulatorios.
- 15 % de pacientes ingresados. Podría ser del 20 % y está creciendo rápidamente.⁷
- 50 % de los pacientes ingresados por trastornos de la personalidad.
- 76 % son mujeres.⁸ Esto supone una prevalencia mucho mayor en mujeres, que en hombres, en concreto 3:1, aunque las razones no son claras.⁹
- 20-25 %, provienen de familias estructuradas.
- La tasa de incidencia estaría situada en torno a 1/1510 o bien el 0,07 % anual.

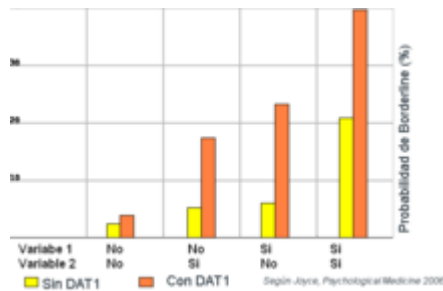
-Cabe la posibilidad, según estas fuentes, de que estas cifras sean inferiores a las reales, debido a las reticencias, que muestran los pacientes y al estigma social.

-21.17.2)- Etiología.

-21.17.2.1)- Factores Biológicos.

-Genética: Algunos estudios habían observado una actividad metabólica reducida en el [córtex](#) prefrontal orbital y medial, en asociación con la agresividad e impulsividad , según : Brown *et al.*, 1982; Goyer, *et al.*, 1994 Raine *et al.*, 1997).

.Esto llevó a buscar algunos genes candidatos, que pudieran explicar estos síntomas, en especial, el de la triptófano hidrolasa (TPH), El transportador de la serotonina y los receptores de la 5-HT 1a, 1b y 2a, entre otros.

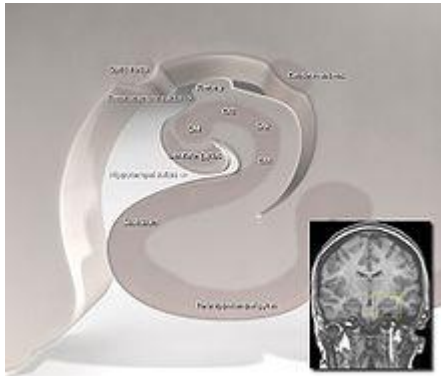


-**Probabilidad** de aparición del trastorno borderline, ligado a ser portador del alelo DAT1 y a variables ambientales: Variable 1 = Educación negligente y con abusos, Variable 2 = disposición (**temperamento**) borderline según Joyce , en2006:

- Péptido Inhibidor de la Gastrina: Resultan destacables algunas líneas de investigación, dirigidas por [Eric Kandel](#), premio Nobel, neurobiólogo de la [Universidad de Columbia](#).¹⁰; que junto con: Shumayatsky, Catherine Dulac, de la [Universidad de Harvard](#) y otros, publicaron un extenso estudio en el que, a partir de un modelo animal ([Ratones KO](#)), identificaban una red de señalización en el núcleo lateral de la amígdala, importante para inhibir la [memoria](#), específicamente relacionada con el pánico aprendido. La publicación rastreaba la expresión de un gen, el Grp, que codifica el péptido liberador de la [gastrina](#), un [neurotransmisor](#) abundante en esa zona del cerebro. Cuando criaron ratones que no podían expresar ese gen (gen *knoqueado*), observaron que habían potenciado en gran medida sus respuestas de pánico aprendido, y un proceso celular relacionado con el aprendizaje conocido como potenciación a largo plazo. Este trabajo, ha provocado una cascada de estudios, para esclarecer los detalles de la red, y se ha visto que está implicada la actividad eléctrica resonante/oscilatoria de las [neuronas](#) de proyección del núcleo lateral de la amígdala, dando coherencia a un conjunto de fenómenos, que implican plasticidad neuronal y expresión de genes.¹¹ El sistema colinérgico podría estar implicado en el mantenimiento del sistema.¹².
.Los últimos trabajos de Kandel, en marzo de 2007, revelan el papel central de la 5-hidroxitriptamina (5-HT), en la plasticidad neuronal induciendo la formación de [citoesqueleto](#).¹³.
- Transportador de la Serotonina: Recientemente un equipo del Servicio de Psiquiatría del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de [Barcelona](#), ha publicado un estudio realizado sobre pacientes diagnosticados con arreglo al cuestionario de Zuckerman-Kuhlman, sobre la personalidad.¹⁴ Se evaluaron dos polimorfismos, que habían sido asociados a los rasgos típicos del TLP: un alelo corto (S) en la región promotora del gen del transportador de la serotonina (5-HTT) y la presencia de 10 repeticiones variables en tándem (VNTR) en el intrón 2 del mismo gen. Sólo los homocigotos del alelo corto (S/S), mostraron una presencia significativa de los rasgos antedichos. El estudio sugiere que este gen, podría desempeñar un papel significativo en la etiología de la enfermedad.
- El receptor 2A de la Serotonina: Ha sido asociado con los rasgos, pero no con el trastorno de la personalidad.¹⁵ El artículo no encontró una asociación significativa entre los polimorfismos del gen HT2AR y los pacientes TLP, pero si con los rasgos de conducta.
- Monoamino oxidasa A: Los mismos autores en otro estudio, encuentran una asociación significativa, entre los alelos de alta actividad del gen de la monoamino oxidasa [MAO](#) y el trastorno.¹⁶ y
- [Transportador de Dopamina](#): Un estudio llevado a cabo por: Joyce, Kennedy y colaboradores, ha encontrado una buena correlación entre el [alelo](#) DAT1 y TLP, esta

asociación se mantuvo significativa cuando se incluyeron los factores de riesgo, el abuso+negligencia, y el temperamento borderline durante la infancia.¹⁷

-21.17.2.2)-Problemas de Tipo Fisiológico.

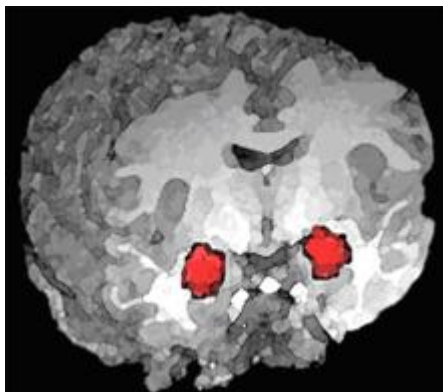


-Anatomía y posición del hipocampo en el cerebro.

Glosario: Dentate gyrus: giro dentado; Optic tracts: tractos ópticos; Hippocampal sulcus: cisura hipocámpica; caudate nucleus: núcleo caudado; CA1-3: campos del asta de Amón. CA4: hilio.

-Los principales serían la desregulación del [sistema límbico](#) y de algunos neurotransmisores, en especial de los sistemas [colinérgico](#) y [serotoninérgico](#).¹⁸ También disritmias en el [EEG](#).¹⁹²⁰:

- Neurotransmisores. Los [neurotransmisores](#) implicados en los rasgos del trastorno serían la serotonina, [noradrenalina](#), acetilcolina (relacionada con varias emociones y con el humor); [ácido gamma-aminobutírico](#) (el mayor neurotransmisor inhibitorio del cerebro, que puede estabilizar las fluctuaciones del estado de ánimo) y el [ácido glutámico](#) (un neurotransmisor responsable del placer) y la [dopamina](#).¹⁷ En particular, se sabe que la [fisostigmina](#), un estimulante colinérgico provoca respuestas extrañamente específicas en los TLP, como respuestas depresivas generales.²¹
- Coordinación Inmadura de Redes Neuronales: Existen investigaciones que sugieren que algunas anomalías encontradas indican un fallo de coordinación entre redes cerebrales. Se ha visto que los pacientes muestran patrones de respuesta neural correspondientes a individuos más jóvenes, indicando un fallo en la maduración, y desarrollo del sentido de la propia identidad.²²
- Amígdala Cerebral: Algunos estudios basados en diversas técnicas de exploración por imágenes, muestran que los mecanismos cerebrales subyacentes a la impulsividad, inestabilidad emocional, agresividad, ira y emociones negativas, podrían estar en una desregulación de los circuitos neuronales que modulan las emociones. En especial, se han observado pequeñas diferencias individuales en como se regula la [amígdala](#), un núcleo cerebral que desencadena el pánico o la ira, en respuesta a estímulos de peligro procedentes de otras áreas cerebrales. Algunos individuos tienen dificultades para inhibir esta respuesta, desde el área prefrontal. Se sabe que el abuso de sustancias o el estrés, empeoran esta capacidad de inhibición.²³²⁴ En 2003, se realizó un estudio sobre afectados de TLP, viendo que mostraban una actividad significativamente superior en la amígdala izquierda, en comparación con sujetos normales. Algunos pacientes con este trastorno, incluso tenían dificultades para clasificar caras neutras, que veían como amenazantes.²⁵



Posición de la [amígdala](#) en el [cerebro](#) humano. Es una reconstrucción tridimensional de una [imagen por resonancia magnética](#) funcional (fRMN) en el que se ve la amígdala activada.

- Conexiones Amígdala-corteza-hipocampo: Un estudio reciente muestra grandes cambios estructurales en la materia gris de las [regiones corticales](#) y subcorticales que recuerdan la distribución regional de activaciones funcionales debidas a estímulos emocionales y aunque la [histología](#) de los cambios en esta [materia gris](#) se desconoce en adultos humanos, lo observado es consistente con los modelos animales, que suponen un descenso numérico y de complejidad morfológica tanto en la amígdala como en el núcleo cingulado anterior.²⁶.

-Otros estudios han encontrado una disminución de tamaño significativa en el volumen del [hipocampo](#) y de la amígdala, en síndromes con síntomas disociativos.²⁷ La diferencia de tamaño del [hipocampo](#), una estructura cerebral relacionada con la memoria, se ha establecido en un promedio de un 16 % menor , según Driesden y otros, en 2000, lo cual podría explicar dos rasgos asociados al TLP, la dificultad para aprender de la experiencia y los problemas para generar una identidad.²⁸

.En cuanto a la disminución de volumen en la amígdala, estudios posteriores llevados a cabo por Tebartz , en 2007, confirmaron las cifras iniciales, encontrando un aumento correspondiente en la amígdala izquierda del 17 % en los contenidos de [creatina](#), posiblemente para compensar un deterioro en las redes neuronales.²⁹

-En realidad, las reducciones de la sustancia gris, ya habían sido observadas anteriormente, pero se vinculaban especialmente a la comorbilidad, con el trastorno esquizotípico, puesto que las imágenes eran semejantes en algunos aspectos a los de pacientes esquizofrénicos.³⁰:

- Hipófisis: Cuando se examinó el volumen de la [hipófisis](#), sólo aquellos pacientes que habían sufrido traumas en la infancia, mostraron un volumen menor del órgano, lo cual refleja en algunos casos fallos en el eje hipofisario-hipotalámico-adrenal, especialmente en los comórbidos con el [TEPT](#).³¹
- Sistema límbico y otros sistemas: Muchos estudios han encontrado disminución en el volumen de otras estructuras cerebrales, como las áreas : [prefrontal](#), [límbica](#) y parietal.³²³³³⁴³⁵³⁶³⁷³⁸³⁹
 - [Cuerpo calloso](#): Existe un estudio muy reciente, en el que se observa que las pacientes de TLP, tienen un istmo del [cuerpo calloso](#), más delgado que el grupo sano. En el mismo grupo estudiado, también se observa una zona posterior del cuerpo calloso más delgada. Todos estos estudios sugieren que la conectividad estructural [interhemisférica](#), que implica las áreas [parietales](#) y [temporales](#), podría estar alterada en mujeres con TLP, especialmente en aquellas, que presentan comorbilidad con el [trastorno por déficit de atención con hiperactividad](#).⁴⁰.

-Estos hallazgos serían consistentes con estudios, que proponen un mecanismo semejante a un [ataque epiléptico parcial](#), como posible causa del TLP.⁴¹

-21.17.3)- Patogenia.

-Se considera que existen múltiples factores de tipo biológico, psicosocial y de aprendizaje, y que éstos interactúan entre sí, de forma transaccional e interactiva, y no unidireccional,⁴² de forma, que factores ambientales, pueden modificar los rasgos biológicos y viceversa.



-Modelo Ecléctico-descriptivo del TLP.

-La heterogeneidad de la población denominada «borderline» dio pie a la aparición de diversas teorías explicativas:

- El modelo Biológico, que considera que el trastorno representa un conjunto de síndromes clínicos, cada uno con un origen, curso y pronóstico propio. Propone tres subtipos de borderline:
 - el relacionado con la [esquizofrenia](#),
 - el relacionado con los [trastornos del estado de ánimo](#) : [trastornos depresivos](#) y [bipolares](#); y
 - el relacionado con trastornos cerebrales orgánicos.
- Modelo Ecléctico-descriptivo, también seguido por el *DSM*. Es de destacar la obra de [Gunderson](#) , en [1984](#), que desarrolló la entrevista diagnóstica del trastorno borderline (DIB), utilizada actualmente para diagnosticar el trastorno en sujetos objeto de estudios clínicos. El DIB y el [DSM-IV](#), recogen los más recientes criterios para definir el TLP.
- El modelo cognitivo considera el trastorno como resultado de esquemas y patrones [cognitivos](#) disfuncionales. [Robert J. Beck](#) , [1990](#), es su mayor representante.
- Teoría Biosocial del Aprendizaje, fue propuesta por [Millon](#) , en [1987](#), que según su teoría, el patrón borderline de personalidad, resulta del deterioro de patrones previos no tan graves. Millon hace hincapié en los muy diferentes antecedentes y [anámnesis](#), de los pacientes borderline. Se propone la interacción recíproca de factores biológicos y aprendizaje social, en el origen del trastorno.
- Modelo Dialéctico: Desarrollado a partir del anterior por [Linehan](#) , en [1993](#)), donde la mayoría de los comportamientos del TLP, se pueden explicar como resultado de errores dialécticos o de diálogo, entre los polos opuestos en los que a menudo se mueve el borderline. Un ambiente invalidante, se considera como uno de los factores que contribuyen al desarrollo del TLP. La propuesta de Linehan, difiere en algunos aspectos de los modelos cognitivo, conductual y biológico clásicos, y supone un original y prometedor abordaje terapéutico del TLP.
- Modelos Convergentes: En estos modelos se van descubriendo qué mecanismos neurobiológicos concretos : [neurobiología](#), [neuroplasticidad](#), y [desarrollo](#)

[embrionario](#), permiten el diálogo entre la base biológica y el ambiente, para explicar la [variabilidad](#) y el curso del trastorno. La aparición de este tipo de modelos convergentes, comenzó a entrecruzarse a finales de los [años 1990](#), en especial la palabra «convergente», se emplea en una revisión por Richard Davidson, en 2000).⁴³ .Básicamente se parte de un [modelo de diátesis-estrés](#), Suomi, Higley y su equipo de colaboradores, realizó trabajos en un grupo extraordinariamente extenso de 256 sujetos, de [monos rhesus](#) entre los que existía un grupo con una variante de la [monoamino oxidasa](#), MAO-A, en los que se estudiaban los factores [epigenéticos](#), en el desarrollo de conductas agresivas-impulsivas posteriores.⁴⁴ Se vio que los cuidados maternos en la temprana infancia, eliminaban la posterior aparición de inadaptaciones sociales, violencia e impulsividad asociadas al gen. .En este sentido, los trabajos de Michael Meaney, miembro del consejo asesor científico de la Fundación para el estudio del Trastorno Límite de la Personalidad, llevados a cabo en ratas, se complementan con los anteriores, verificando que niveles elevados de [cortisol](#) : señal de estrés, en esta etapa, endógenos o inducidos provocan alteraciones de conducta posteriores, y que los cuidados maternos producen efectos epigenéticos, vía [metilación del ADN](#), que pueden evitar su aparición.⁴⁵ Así pues, las bases, que según Meaney afectan al desarrollo posterior del sujeto:⁴⁶⁴⁷:

1. Están mediados por el [EHHA](#);
2. El efecto procede de glucocorticoides a través de su receptor en el [hipocampo](#);
3. Las situaciones adversas ambientales alteran la fisiología y conducta maternas, que de esa manera programan la actividad del EHHA en la descendencia. Pero los cuidados maternos suprimen este efecto, estimulando la expresión del factor de transcripción inducible nervioso (NGFI)..

-Por último, Tremblay ha explorado la verificación de este mecanismo, en seres humanos a través de estudios con amplísimas muestras, en los que demuestra que las conductas impulsivas y violentas, aparecen entre los 17 meses y los cuatro años, y que en la eliminación de esta conducta, son importantes los cuidados maternos.⁴⁸

- Teoría polivagal.⁴⁹ Es una de las más novedosas, la [Teoría polivagal](#) afirma que una consecuencia de la especialización metabólica de los mamíferos, es la adquisición de un núcleo adicional en el [nervio vago](#), el núcleo ambiguo, que efectúa un control «inteligente» o emocional, sobre los sistemas visceromotores, y en especial sobre el ritmo cardíaco, donde es responsable de la [arritmia sinusal respiratoria](#). Varias funciones motoras relacionadas con la emoción controladas por otros [pares craneales](#), por ejemplo, la expresión facial, han sido interceptadas y moduladas por [neuronas](#), pertenecientes a este núcleo. Estudios recientes ponen de manifiesto que los pacientes TLP, tienen alterada la capacidad de inhibir el periodo cardíaco, ante estímulos emocionales estresantes.⁵⁰
- Eje HHA: Las teorías anteriores son compatibles con observaciones que vinculan el TLP, a una disfunción del [eje hipotalámico-hipofisario-adrenal](#). Es de destacar el trabajo del departamento de psiquiatría del hospital clínico San Marcos de Madrid, pues verifica un aumento de la inhibición retroalimentada del eje HHA, en pacientes sin antecedentes de estrés post-traumático.⁵¹

-21.17.4)- Diagnóstico.



-*Joven interrumpida en su música*, óleo de [Jan Vermeer](#), que sirve de inspiración a Sussana Kaysen, afectada de *borderline*, para poner título a sus memorias, [Inocencia interrumpida](#).

-El [diagnóstico](#) del TLP se enfrenta a varios desafíos:

- Los rasgos de la [personalidad](#), también pueden estar originados por afecciones físicas. Para eliminar confusiones se realiza una evaluación inicial.
- Otros trastornos pueden tener [síntomas](#) similares, pero diferentes en cuanto a variables significativas : duración, percepción por el sujeto, etc.. Por tanto, es necesario tener en cuenta las pautas de [diagnóstico diferencial](#).
- Con muy alta probabilidad, el paciente también padecerá, simultáneamente, otros [trastornos de la personalidad](#), incluso aquellos para los que se necesita el diagnóstico diferencial para distinguirlos. Se dice que, en ese caso, existen [comorbilidades](#).
- Por último, la [personalidad límite](#), es un «[constructo](#)», a veces muy discutido. Los profesionales emplean, convencionalmente, manuales y protocolos oficiales. Sin embargo, todos los pacientes son distintos, incluso a lo largo del historial del propio paciente, varían las manifestaciones de la afección. Si esto es válido para otros trastornos, lo es mucho más para el TLP.

-Por todo lo anterior, la [diagnosis](#) puede ser un proceso largo y complejo, que a menudo dura años, y se efectúa tras diagnósticos anteriores erróneos o incompletos. Para establecerlo, el profesional se basa en las experiencias declaradas por el paciente, así como los marcadores del trastorno, observados por un [psiquiatra](#), [psicólogo](#) clínico, u otro diagnosticador cualificado, a través de la [evaluación clínica](#). Este perfil puede ser corroborado o no, por pautas de conducta a largo plazo, informes de familiares, amigos o compañeros de trabajo. El listado más utilizado de criterios, que se deben encontrar para el diagnóstico, suele ser el [DSM-IV](#).

-21.17.4.1)- Evaluación Inicial.

-La evaluación inicial generalmente consta de un historial personal y familiar, también puede añadir un examen físico, por parte de un facultativo. Aunque no existen test fisiológicos, que confirmen el TLP, se pueden emplear *test* médicos, para excluir cualquier otra afección, que se presente con síntomas psiquiátricos:

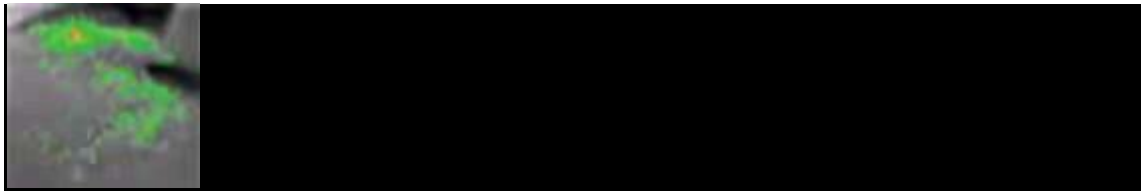
- Se procedería a realizar análisis de sangre, para medir niveles de [TSH](#), para excluir el [hipotiroidismo](#), [electrolitos](#) básicos, y [calcio](#) sérico, para descartar un desarreglo metabólico.
- Un [hemograma](#), que incluya la [velocidad de sedimentación globular](#), para descartar una infección sistémica o enfermedades crónicas.
- Una [serología](#), para excluir infecciones por [sífilis](#) o [VIH](#).

- Dos pruebas, que se encargan habitualmente, son: el [electroencefalograma](#) y la [tomografía axial computarizada](#), para excluir lesiones cerebrales.
- Entre otros instrumentos de evaluación psicológica, están los [cuestionarios de personalidad](#).
- Algunos de los más empleados son:⁵²:
- Diagnostic Interview for Borderline Personality- Revised ® (DIBR).
 - Kernberg's Borderline Personality Inventory ® (BPI).
 - Millon Clinical Multiaxial Inventory III ® (MCMI-III).
 - Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 ® (MMPI).
 - Shedler-Westen Assessment Procedure-200 (SWAP-200).
 - Structured Clinical Interview for *DSM-IV* Axis II Personality Disorders ® (SCID-II).
 - Zuckerman-Kuhlman Personality Questionnaire (ZKPQ)- acentúa más los aspectos psicobiológicos de la personalidad.

-21.17.4.2)- Semiología Adicional del TLP y Biomarcadores.

-Se han observado algunos de los siguientes [signos](#), en las funciones orgánicas de los afectados por TLP:

- Prueba de la supresión de la [dexametasona](#), como [biomarcador](#) del TLP. Los resultados son ambiguos, y parecen tener mayor validez, para pacientes comórbidos con el [trastorno por estrés postraumático](#).⁵³.



-Vídeo realizado por Raag Dar Airan ([Universidad de Stanford](#)), de los circuitos neuronales del [giro dentado del hipocampo](#), en [cerebro](#) de rata. Está realizado mediante una nueva técnica⁵⁴, que permite visualizar en tiempo real la actividad cerebral. Se observa como se activa esta zona del cerebro, en respuesta a la estimulación eléctrica. La técnica pone de manifiesto los circuitos [neuronales](#) subyacentes a [trastorno de la personalidad](#), como la [depresión](#) o el TLP.

- Se observan síntomas de tiroidismo, en muchos pacientes borderline: aproximadamente un tercio de los borderline, tienen una [tirotrópica](#) reactiva con [hormona liberadora de tirotrópica](#) debilitada.⁵⁵ También se encuentran frecuentemente [anticuerpos antitiroideos](#).
- Afectación [neurológica](#) leve: marcha ligeramente [atáxica](#), confusión derecha-izquierda o [pronación-supinación](#). También en la pinza índice-[póllex](#).
- Irregularidades en el [sueño paradójico](#).⁵⁶ Otro estudio parece probar que esto no afecta a la [memoria](#), declarativa y procedimental.⁵⁷
- Reacciones anómalas a medicamentos:
 - [Procaína](#) y [Anestésicos Opioides](#): Esto es debido a que, en parte, existe una mayor irritabilidad [límbica](#) en el TLP. La administración de [procaína](#), estimulante de las estructuras paralímbicas, como la [amígdala cerebral](#) y el [córtex cingulado](#), provoca más irritabilidad y cambios de humor en los TLP.⁵⁸
 - Los periodos de impregnación de algunos [fármacos](#), son bastante mayores y necesitan también mayores dosis : véase [medicación](#), en este mismo artículo.
 - La [Alprazolam](#): Puede empeorar de forma destacable, el descontrol de la [conducta](#) del enfermo.

- La [Amitriptilina](#): Aumenta las amenazas de suicidio, la dependencia y tendencias agresivas, así como la ideación paranoide,⁵⁹ especialmente en niños y adolescentes, que comienzan a desarrollar el trastorno, o con menor frecuencia ya han debutado.⁶⁰
- Anormalidades en el [electroencefalograma](#): [Potenciales evocados](#) auditivos [P300](#) anormales. Algunos rasgos son típicos también de la [esquizofrenia](#)⁶¹, y en general casi no se puede diferenciar del [trastorno esquizotípico](#),⁶² por lo cual se pensó en principio en un origen común de la enfermedad.
- Anormalidades en la bioquímica y función de la [serotonina sérica](#), que se pone de manifiesto especialmente en las [plaquetas](#), sobre todo con el transportador de la serotonina:
 - Problemas en el transportador plaquetario de serotonina⁶³ y la actividad de la [monoamino oxidasa](#).⁶⁴
 - La [paroxetina](#), un ISRS (Inhibidor Selectivo de la Recaptación de Serotonina), tiene una capacidad de unión menor a esta [enzima](#) plaquetaria.⁶⁵
 - Nivel bajo de [melatonina](#).⁶⁶
 - Transporte de iones bajo, en especial [litio](#).⁶⁷
- Anormalidades en la [tomografía axial computarizada](#) de cabeza.
- En opinión de algunos expertos, se suelen encontrar niveles bajos de [vitamina B12](#), en los pacientes.⁶⁸

-21.17.4.3)- Criterios del *DSM-IV-TR*.

-El *DSM-IV-TR*, un manual ampliamente utilizado como guía, para diagnosticar [trastornos mentales](#), define el TLP como «[...] un patrón general de inestabilidad, en las relaciones interpersonales, en la autoimagen y en la afectividad, y una notable impulsividad que comienzan al principio de la edad adulta y se da en diversos contextos».⁶⁹

El TLP, se clasifica dentro del «Eje II» como una afección subyacente generalizada o de la personalidad, en lugar de en el «Eje I», que engloba trastornos más limitados.

Para realizar un diagnóstico de acuerdo al TLP, se necesita *al menos cinco de los nueve criterios* enumerados más abajo, siempre que al mismo tiempo, estén presentes durante un periodo considerable de tiempo. Así pues, existen 256 combinaciones de síntomas, que podrían producir un diagnóstico, de las cuales 136, han sido descritas en la práctica en algún estudio.⁷⁰ Los criterios son:²:

-Criterios diagnósticos según el *DSM-IV*:

- 1.- Inestabilidad [afectiva](#) debida a una notable reactividad del [estado de ánimo](#) : p. ej., episodios de intensa [disforia](#), irritabilidad o [ansiedad](#), que suelen durar unas horas y rara vez unos días.
- 2.- [Ira](#) inapropiada e intensa, o dificultades para controlarla : p. ej., muestras frecuentes de mal genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes.
- 3.- Sentimientos crónicos de vacío o inutilidad.
- 4.- Comportamientos, intentos o amenazas suicidas recurrentes, o comportamiento de [automutilación](#).
- 5.- Un patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas, caracterizado por extremos de [idealización](#) y devaluación.
- 6.- Impulsividad en al menos dos áreas, que es potencialmente dañina para sí mismo: p. ej., gastos, sexo, abuso de sustancias, conducción temeraria, atracones de comida. Nota: No incluir los comportamientos suicidas o de automutilación, que se recogen en el criterio 4.
- 7.- Esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginado. Nota: No incluir

los [comportamientos suicidas](#) o de automutilación, que se recogen en el criterio 4.

8.- Alteración de la [identidad](#): autoimagen o sentido de sí mismo acusada y persistentemente inestable.

9.- Ideación [paranoide](#) transitoria, relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves.

-Desde 2013, este manual ha sido sustituido por una nueva edición, el [DSM 5](#). Tanto el nombre, como la definición y los criterios diagnósticos de la afección, no han sufrido cambios. Lo más notable es que en esta edición, se abandona el enfoque diagnóstico multiaxial, de modo que no existen ejes. Muchos críticos, abogan por que se abandone la clasificación del TLP, como un trastorno de la personalidad, y pase a ser un problema clínico. [71](#).

-21.17.4.4)- Otros Sistemas Diagnósticos Distintos Al *DSM*.

-El [CIE-10](#) de la [Organización Mundial de la Salud](#), tiene un diagnóstico comparable, llamado «trastorno de la personalidad emocionalmente inestable-tipo borderline» (F60.31). Esto requiere, además de los criterios generales para un trastorno de la personalidad: perturbaciones e incertidumbre sobre la [autoimagen](#), las metas ,y las preferencias internas: incluida la sexual; propensión a implicarse en relaciones intensas e inestables, que en ocasiones conducen a crisis emocionales; esfuerzos excesivos para evitar el [abandono](#), intentos recurrentes, o actos de infligirse daños a sí mismo, y sentimientos crónicos de vacío.

-La guía clínica usada en [China](#), para el diagnóstico de [trastornos mentales](#), la [CCMD](#) de la Sociedad China de Psiquiatría, tiene un diagnóstico comparable, llamado «diagnóstico impulsivo de la personalidad». Un paciente diagnosticado de DPI, debe mostrar «explosiones afectivas» y una marcada «conducta impulsiva», además de al menos tres de otros ocho síntomas. Este constructo, ha sido descrito como un híbrido de los subtipos impulsivo y borderline del trastorno de la personalidad emocionalmente inestable, y también incorpora seis de los nueve criterios del *DSM-IV*.[72](#).

-21-17.5)- Diagnóstico Diferencial.

Tabla 1: Diferencia de síntomas entre TLP y otros trastornos.

Síntoma	En TLP	En otros trastornos
Depresión	Ánimo bajo corto, subclínico e intermitente	Ánimo bajo extenso y continuo
Cambios de humor	Muy rápidos: días u horas. reactivos	En TAB dura semanas. Sin desencadenante
Disfunción	Alucinación en situac. de	En esquizofr. Alucinación

-21.17.5.1)-Con trastornos de la cognitiva estrés. Se da continua y no
Afectividad: cuenta. reconocida.

.El trastorno límite de la personalidad Ideaación paranoide *Tendencias* *Esquizofrenia:*
suele ser co-ocurrente con trastornos del *no delusivas* *delusiones*
estado de ánimo. Algunos rasgos del TLP *fijadas*
pueden incluso solaparse con esos *Sensaciones*
mismos trastornos, complicando una *de*
evaluación diagnóstica diferencial. [737475](#) *irrealidad*

.Ambos diagnósticos implican síntomas Despersonalización *cuando* *Poco frecuente*
conocidos comúnmente como *aparece*
«oscilaciones emocionales». En el *estrés*
trastorno bipolar, el término se refiere a
episodios cíclicos de ánimo elevado y deprimido que generalmente dura semanas o meses.
En la variante cicladora rápida de este trastorno hay más de cuatro episodios al año, pero
incluso en este caso las oscilaciones se mantienen más que en el TLP.

-La situación de un borderline supone una marcada labilidad y reactividad emocional, a la
que se suele denominar desregulación emocional. El comportamiento típico se produce en
respuesta, a factores externos psicosociales y a estresantes intrapsíquicos, y pueden surgir o
desaparecer, repentina y dramáticamente, y durar segundos, minutos, horas o días.

-La depresión bipolar es más generalizada, con trastornos del apetito y del sueño, así como
una marcada ausencia de reactividad emocional, mientras que el estado de ánimo de una
personalidad TLP, con co-ocurrencia de distimia, permanece destacablemente reactiva, y sin
trastornos agudos del sueño. [76](#)

-Hay un debate sobre la relación entre el trastorno bipolar y el TLP. Algunos sostienen que
este último, representa una forma subumbral del trastorno afectivo, [778](#); mientras que otros
mantienen la distinción entre trastornos, aunque hay que hacer notar que suelen darse
simultáneamente. [7980](#).

-21.17.5.2)- Con el Trastorno Por Déficit de Atención Con Hiperactividad.

-Las ausencias mentales que se observan en los TLP, suelen estar condicionadas por
disociaciones, y existen de un modo fásico. En los TDAH la atención está generalmente
reducida : baja capacidad de atención y facilidad para despistarse.
.Si se ve, la hipersensibilidad y la impulsividad de los afectados de TDAH, como rasgos de
origen genético, entonces todas esas características, son correspondientes a las de los del
TLP. Si esto fuera así, todas las personas con TDAH, estarían destinadas a desarrollar TLP.

-21.17.5.3)- Con Otros Trastornos De Personalidad.

-Según *DSM-IV*, en el diagnóstico diferencial, con otros trastornos de la personalidad, se
deben tener en cuenta las siguientes consideraciones:

- Con el trastorno histriónico de la personalidad: Se comparte el cambio rápido de
emociones, la manipulación y los intentos de llamar la atención, pero los TLP son
autodestructivos, rompen con ira las relaciones, y sienten vacío.

- Con el [trastorno esquizotípico de la personalidad](#): Comparten la ideación paranoide, pero en TLP, es pasajero y depende del entorno : reactivo.
- Con los [trastornos paranoide](#) y [narcisista de la personalidad](#): Comparte la ira inapropiada, pero éstos son menos impulsivos, y tienen una identidad personal más estable, no les preocupa tanto el abandono, y no son autodestructivos.
- Con el [trastorno de la personalidad por dependencia](#): Comparte el miedo al abandono, pero a diferencia del TLP, se reacciona con sumisión.

-21.17.6)- Cuadro Clínico.

-21.17.6.1)- Características Según El Sexo.

-La primera diferencia significativa, es la mayor [prevalencia](#) (3:1) en mujeres que en hombres. Al ser tan llamativa, ha generado todo tipo de investigaciones. Existen dos opciones para explicar esta diferencia.

.La primera es que existe algún tipo de defecto de diseño : bias o [sesgo estadístico](#), en los instrumentos de observación estadística.

.La segunda es que realmente existen diferencias sociales o biológicas. En cuanto a las causas por las que hay más diagnósticos , no casos, puesto que posiblemente no se conoce exactamente la prevalencia real en hombres, serían: el abuso sexual, que es común en los historiales de TLP, se dan más en mujeres; las mujeres experimentan más mensajes inconsistentes e invalidantes; las mujeres son socializadas para ser más dependientes; al publicarse una mayor prevalencia, los profesionales tienden a dar más diagnósticos de TLP a mujeres; los hombres tienden, por el estigma social, a buscar menos ayuda psiquiátrica; los hombres son tratados de adicciones y los síntomas borderline pasan desapercibidos, porque se supone que el TLP es «cosa de mujeres» , y en definitiva: mientras que las mujeres TLP acaban en el sistema de salud, los hombres acaban en la cárcel : ver coste social.⁸¹

-En general, ambos géneros comparten más similitudes que diferencias. Sin embargo, algunos estudios epidemiológicos ,señalan que el curso del trastorno, suele presentar diferencias características de género.⁸² En especial:

- Los varones con TLP, suelen tener con más frecuencia problemas, con el abuso de sustancias, y comorbilidad con el [trastorno narcisista](#), [trastorno esquizotípico](#) y [trastorno antisocial](#).
- Las mujeres, por el contrario, tienen más posibilidad de padecer [trastorno por estrés postraumático](#), trastornos alimentarios y de la identidad. Sin embargo, al revisar en el mismo estudio ,algunas diferencias que se presentan más en mujeres, como la depresión mayor, tienen una tasa de prevalencia semejante, en ambos sexos, cuando se padece TLP.

-Por otra parte, un estudio más amplio y reciente : muestra: 25 hombres y 138 mujeres; encuentra las siguientes diferencias:⁸³

- Las mujeres con TLP tienen mayor probabilidad de padecer: [trastorno por ansiedad generalizada](#), [trastornos somatoformes](#), y [trastornos histriónicos](#). Tienen mayores tasas de depresión, ansiedad, obsesión-compulsión, disfunciones en el desempeño de tareas y afectividad negativa. También tienen más probabilidades de manifestar el criterio *DSM-IV* de paranoia-disociación. Asimismo, las mujeres mostraron peores condiciones en cuanto a roles emocionales, sociales y funcionamiento de la salud mental que los varones, según el formulario corto 36 del Health Survey.
- En adolescentes: Se han observado los mismos síntomas y fenomenología que en los adultos. En especial, los chicos TLP son más [agresivos](#), disruptivos y antisociales; en

tanto que las chicas, muestran cuatro subgrupos: las de alta internalización, con trastorno histriónico, depresivas internalizantes y atrabiliarias externalizantes.⁸⁴

- El trastorno antisocial es más comórbido en varones. No se observan, contrariamente a lo esperado, diferencias en el uso de servicios de salud mental, entre ambos sexos.

-Asimismo, existen trabajos recientes, realizados en modelos animales, que muestran diferencias importantes de género, en como se modulan algunos aminoácidos o en el transportador de la serotonina, uno de los que han sido implicados en vulnerabilidades, que pueden conducir al trastorno.⁸⁵

-21.17.6.2)- Psicopatología I: Características Generales de las Personas Con TLP.

-Para una información más detallada véase Apartados II y III.

-Se ha dicho que probablemente no existe un trastorno mental, que haya suscitado tanta literatura, aunque muy poca de ella, se basa en [investigación empírica](#).⁸⁶:

- Aversión: Los estudios sugieren que los individuos con TLP, tiende a experimentar frecuentes y severos estados de tensión aversiva, de larga duración, y a menudo desencadenados por rechazo perceptivo, solamente o bien por fallos en la [percepción](#).⁸⁷
- Labilidad: Los individuos que padecen TLP, pueden mostrar [labilidad emocional](#), entre la ira y la ansiedad, o depresión y ansiedad.⁸⁸ También sensibilidad temperamental a los estímulos emocionales.⁸⁹
- Los estados emocionales negativos, que están particularmente asociados con el TLP, han sido agrupados en tres categorías: sentimientos de destructividad o [autodestructividad](#); sentimientos de fragmentación o ausencia de identidad; y sentimientos de victimización.⁹⁰
- Extrema sensibilidad hacia la forma de trato de los demás hacia ellos, reaccionando energicamente, cuando perciben críticas o comentarios hirientes u ofensivos.
- Cambios : pueden ser muy rápidos, de positivo a negativo:
 - En sus sentimientos hacia los demás, generalmente tras una decepción o la percepción de que van a perder a alguien. Estudios sobre la generación de vínculos afectivos por parte del sujeto, sugiere que los afectados, aunque con elevada búsqueda de la intimidad o la novedad, pueden estar en ambos casos en un estado de hiperalerta.⁸⁶. También aparecen signos de rechazo o de invalidación, y tienden a ser inseguros, [evitativos](#), ambivalentes o a mostrar pautas de preocupación y temor en sus relaciones.⁹¹
 - La autoimagen: También cambia rápidamente de extremadamente positiva a extremadamente negativa.
- Conductas impulsivas, como: el alcohol o las [toxicomanías](#), el sexo no seguro, la [ludopatía](#), y conductas imprudentes en general.⁹²
- Tienden a ver el mundo, generalmente como peligroso y malvado, y a verse a sí mismos, como: impotentes, vulnerables, no dignos de aceptación, e inseguros en su identidad.⁸⁶
- Manipulación: Los afectados de TLP son descritos a menudo, incluso por algunos profesionales de la salud mental y el *DSM-IV*,⁶⁹ como deliberadamente manipuladores o personas difíciles, pero al analizar esta conducta, se ve que son [conductas defensivas](#), por su impotencia contra su dolor interno y turbación, o bien limitadas a competencias y habilidades sociales.⁹³⁹⁴⁹⁵
- Familia: Existe un cierto número limitado de investigaciones, sobre la comprensión de los miembros de una familia de un TLP, sobre el problema y la sensación de llevar una carga, o las emociones negativas experimentadas o expresadas por los

miembros de la familia.⁹⁶ Los padres y madres de los sujetos con TLP, manifiestan extremos de sobreimplicación y desentendimiento.⁹⁷

- Relaciones de pareja: El TLP ha sido relacionado con una especie de niveles exacerbados de [estrés](#) crónico, y conflicto en relaciones románticas, insatisfacción con sus compañeros románticos, abusos y embarazos no deseados. Estas vinculaciones pueden ser en gran medida generales, para todos los trastornos de la personalidad y, en realidad, problemas subsindrómicos⁹⁸ pero estos temas son comúnmente tratados en grupos de apoyo, y la literatura publicada para compañeros sentimentales de sujetos que padecen TLP.

-21.17.6.3)- Psicopatología II: Formas : tipología, de la Personalidad Límite.

-Un rasgo especial del TLP, es que puede manifestarse con distintas tipologías. Además, los síntomas pueden cambiar a lo largo del tiempo, de modo que los sucesivos diagnósticos, sólo mostrarían una «instantánea» del trastorno. Sin embargo, para Kernberg, la «[organización límite de la personalidad](#)» es común a todas ellas. Volkan y Branch, en 1992, ven la personalidad borderline como una escala. En el punto más bajo estarían los pacientes menos severos, aquellos que casi siempre se comportan como neuróticos. Los pacientes en los escalones superiores : TLP severos, tienen un mayor número de fases [psicóticas](#).

-De acuerdo con lo establecido por diferentes expertos, apenas existe un paciente con TLP, que no cumpla los criterios de al menos otro trastorno de la personalidad, y en los casos más graves, es posible incluso que hasta siete : según Loranger et al.en 1994,y Bronisch, en 2005. En general, hay un alto grado de comorbilidad entre estos pacientes. Distintos artículos bien conocidos, critican que los criterios CIE y *DSM*, para los trastornos de la personalidad ,asignan a los pacientes a categorías poco útiles, puesto que éstas forman un continuo. A este tipo de investigadores, pertenecen:Kernberg, Fiedler, Dulz, Plakun, McGlashan, Heinssen, Ronnigstam y algunos otros. Con respecto al TLP, esto quiere decir, que las clasificaciones actuales del CIE y el *DSM*, como ya se ha dicho, existen solo en el papel, y no suelen aplicarse en la investigación actual.

-21.17.6.45)- Niveles Sintomáticos.

-Birger Dulz, en 2001, introdujo una clasificación de los TLP, en contacto con los factores antes mencionados en subtipos, los así llamados «niveles sintomáticos». Se orientan hacia otros trastornos de la personalidad, distinguiéndose, no obstante, de la [neurosis](#) y la [psicosis](#); y es raro que en las formas más severas de TLP, haya un único nivel sintomático. Esta clasificación se amplió al incluirse el modelo de Stone, 1994, que según éste, los TLP divergían entre un factor ofensivo : llamado factor agresivo, y un «factor pasivo» : llamado factor autoagresivo. El factor ofensivo se atribuye primariamente a abusos físicos graves, que sufrieron los afectados. El factor pasivo se atribuye al [abuso sexual](#) primario.

-El nivel sintomático de [temor](#) : al que se refiere como el estadio más maduro, representa una forma más leve. Aquí la estructura del [Yo](#), es por lo menos lo suficientemente estable, como para que el síntoma central se transforme en un miedo indefinido, que se manifiesta abiertamente. Con los casos más severos, la estructura del Yo es más inestable, y los grados de temor son mayores, lo que conduce a una exteriorización de los [sentimientos](#) de temor más intensa, referido como estructura escindida, y son encubiertos o convertidos por otros síntomas.

-Tabla 2. Niveles sintomáticos

Nivel sintomático	Rasgos generales	Autoagresividad	Heteroagresividad
Nivel sintomático de temor (forma más leve del TLP)	Temores crónicos imprecisos y difusos, evitación de ciertas actividades, en muchas áreas de la vida	Temor, sensaciones de impotencia	Apartamiento de lo temido como negación del contacto (actos de agresividad oculta)
Nivel sintomático fobiforme	La multiplicidad de fobias provocan limitación social, fobias respecto a objetos externos y el propio cuerpo y persona	Desde fobia con apartamiento a evitación de lo temido	Apartarse de lo temido como evitación de contacto (acto de agresividad oculta)
Nivel sintomático depresivo	Emoción depresiva, sentimientos de impotencia (a menudo como consecuencia de una ruptura de la autoimagen)	Vacío objetual, depresividad, anhedonia	Impotencia objetual, furia
Nivel sintomático psicossomático	trastornos psicossomáticos y daños, conflictos y miedo difuso transferido al nivel físico desde el emocional	Anorexia nerviosa , bulimia (agresión dirigida contra el propio cuerpo)	Anorexia: cuando se actúa agresivamente: p. ej. contra los padres. También acciones heteroagresivas
Nivel sintomático narcisista	Vacío interior, pérdida del autocontrol como un intento de reducir los temores, instrumentalización del otro, arrogancia, presunción, exigencias	conducta autolesiva y/o Suicida tras un pretendido agravio , Antisocial ; delincuencia autoagresiva, drogas, juego, sexualidad de riesgo	Furia y ataque contra los agravios, antisocial; heteroagresividad
Nivel sintomático obsesivo	Reducción de la tensión por compulsiones y por pensamiento imperativo, preconcepciones prematuras y difíciles de cambiar, dificultades para expresar sentimientos acogedores	Compulsiones, pensamiento imperativo con contenidos autoagresivos	Pensamiento compulsivo con contenidos heteroagresivos
Nivel	Síntomas disociativos severos	autolesiones con	Ataques contra la

sintomático histeroide (forma severa o muy severa de TLP)	hasta llegar a trastorno de la identidad disociativa, bloqueos, amnesia , conducta manipulativa, plurimorfismo, síntomas extraños de conversión parcial, para expresar dramatizaciones sobre emociones intensas, y además para ajustar sentimientos de vacío (vacío afectivo)	disociación, afecciones de personalidad autoagresiva, conversión, sugestibilidad	disociación, trastornos de la personalidad heteroagresivos, dramatización
Nivel sintomático psicótico (forma muy severa de TLP)	Síntomas psicóticos, pseudoalucinaciones ópticas y acústicas, de flashbacks (reexperimentación), los temores difusos se transforman en síntomas paranoides y las autolesiones en antipsicóticos	Pseudoalucinaciones, respuestas disociativas, en el caso extremo TDI p. ej. como voces insultantes, de contenidos agresivos, síntomas paranoides con reacciones autoagresivas	Pseudoalucinaciones, respuestas disociativas, en casos extremos TDI, así como otros contenidos direccionales, síntomas paranoides con reacciones autoagresivas

-21.17.6.5)- Comorbilidad.

-Del TLP, se ha dicho en ocasiones que es el «paradigma de la [comorbilidad](#)», según Martínez Raga y otros, en 2005, que supone que algunas afecciones, suelen aparecer conjuntamente con el TLP. Cuando se comparan individuos diagnosticados de TLP, con otros diagnosticados de otro tipo de trastornos, los primeros muestran una elevada tasa de cumplimiento de criterios para:⁹⁹:

- Trastornos por [ansiedad](#).
- Trastornos de la afectividad, incluyendo [depresión](#) clínica y [trastorno bipolar](#).
- [Trastorno narcisista](#).
- Trastornos de la alimentación, incluyendo [anorexia nerviosa](#) y [bulimia](#).
- Con menor frecuencia, [trastornos somatomorfos](#).

-El abuso de sustancias es un problema común en el TLP, tanto si es debido a la impulsividad o bien a un mecanismo, para soportar otros síntomas ,y entre un 50-70 % de los pacientes psiquiátricos con TLP, cumplen el criterio de un trastorno por abuso de sustancias.¹⁰⁰.

-Depresión: Entre un 80 y un 100 % de los pacientes con TLP pueden cursar con depresión endógena, o bien con depresión mayor o «trastornos afectivos unipolares», para diferenciarlas con los «trastornos afectivos bipolares». Estas cifras son inciertas, porque las depresiones endógenas pueden aparecer ocasionalmente en algún momento de la vida, y

desaparecer también ocasionalmente. Por tanto, se necesita estudios a largo plazo y no siempre se puede registrar el dato claramente.

.El dato distintivo de otros «trastornos de la afectividad», es la «inestabilidad afectiva» que muestran las personas afectadas de TLP. También se debe diferenciar de las depresiones reactivas, que surgen como respuesta a grandes cambios ambientales , p. ej. en situaciones problemáticas de la vida. Estas formas de depresión, se pueden dar individualmente o ambas conjuntamente con el TLP en diferentes grados.

-Trastorno por déficit de atención/hiperactividad (TDAH): Trabajos recientes indican que la mitad de los pacientes de TLP, muestran antecedentes de [TDAH](#) , según Bohus, en 2004, que en tales casos la capacidad para la integración social, en particular en la vida profesional, encuentra dificultades extremas. En cualquier caso, se encuentran en muchos estudios similitudes entre las dos [patologías](#).¹⁰¹ Este conjunto de características compartidas crea confusiones en algunos diagnósticos. Un artículo señala una elevada prevalencia de este trastorno en la infancia de los afectados, indicándolo además como un factor comórbido, que potencialmente agrava los síntomas.¹⁰²

-Otras: Los pacientes de TLP tienen normalmente diferentes [afecciones psicosomáticas](#), que pueden ser diferentes y complejas. Las típicas son dolores de cabeza, estómago delicado, sobrecarga neural, y otros numerosos síntomas orgánicos. De un 21 a un 67 % de las personas afectadas, intenta acceder a sustancias de las que abusa y/o sufre enfermedades «de moda». Aproximadamente el 14 % de ellas, consisten en [trastornos de la alimentación](#) : bulimia y más raramente anorexia, excepto en el caso de la comorbilidad con el trastorno bipolar, en cuyo caso no existe una correlación destacable.

-21.17.6.6)- Curso.

-El TLP es un trastorno de inicio temprano y de curso [crónico](#). Se puede manifestar ya en las primeras etapas de la infancia, en la [adolescencia](#), o en el inicio de la [edad adulta](#).

.De cualquier forma ha de manifestarse antes de los 25 años. Los casos en que aparece más precozmente, suelen tener peor pronóstico, sobre todo si van acompañados en la adolescencia de abuso de sustancias, conductas suicidas y parasuicidas, y conductas auto destructivas.

.Los años de mayor prevalencia del trastorno, suele ser entre los 20 años y los 35 años, justo en el periodo, en que el individuo tiene que hacerse adulto e independiente, y marcarse una línea de vida y unas metas. Se ha visto que al mismo tiempo, que van apareciendo los primeros síntomas, se registran alteraciones en la maduración cerebral.¹⁰³

.Otros estudios parece que asocian esta circunstancia, al hecho de que aparezca comórbido con el trastorno de conducta.¹⁰⁴

.El TLP no es un trastorno degenerativo, como otros TP. En la mayoría de los casos se va produciendo una estabilización a partir de los 35-40 años, suavizándose muchos síntomas, sobre todo la impulsividad. Pero esta «mejora», no se produce de forma automática, ni de la misma forma en todos los casos, y depende mucho del deterioro que la persona, haya ido acumulando a lo largo de los años.¹⁰⁵

-21.17.7)- Pronóstico.

-El pronóstico en el TLP, viene condicionado por la edad de aparición de los primeros síntomas, la intensidad de los mismos, y la presencia de ciertas conductas.¹⁰⁶

- Un pronóstico negativo: Vendría marcado por inicio temprano : infancia y adolescencia de los síntomas, alta intensidad de los mismos, presencia de algún tipo

de adicción, y conductas suicidas o parasuicidas o conductas [disociativas](#), poca conciencia de enfermedad del sujeto, y negativa a ponerse en tratamiento.

- Un pronóstico positivo: Vendría dado por aparición de los síntomas ya en la edad adulta :entre los 20 y 25 años, ausencia de conductas adictivas, o de conductas suicidas, y predisposición a vincularse a nivel terapéutico.

-Existen modelos de predicción de la evolución de los pacientes sometidos a terapia durante dos años, valorando la psicopatología de base, presencia de traumas en la infancia, y estabilidad de las relaciones actuales.¹⁰⁷ Sin embargo, la predicción a 10 años es más compleja, y además de elementos que se tienen en cuenta en las evaluaciones habituales, entran en juego otras como el temperamento particular del paciente.¹⁰⁸

-Los datos indican que un porcentaje substancial de las personas diagnosticadas de TLP, pueden conseguir la [remisión](#), incluso en un año o dos. Un estudio longitudinal encontró que, seis años después de ser diagnosticado con TLP, el 56 % mostraban buen funcionamiento psicosocial, comparado con el 26 % de la línea de base.

.Aunque los logros vocacionales son más limitados, incluso comparándolos con los de otros trastornos de la personalidad, los pacientes cuyos síntomas han remitido, eran con mucha probabilidad los que tenían una buena relación con su cónyuge/pareja, y con al menos uno de los padres, buenos resultados escolares, un historial sostenido de buen alumno, y buen funcionamiento global y psicosocial.¹⁰⁹

-21.17.7.1)- El Riesgo de Suicidio en el TLP.

-Las conductas e intentos de suicidio, son, con una marcada diferencia, mucho más frecuentes que en otros trastornos de la personalidad. Aparecen en otros trastornos mentales e incluso de forma más grave, como en el trastorno bipolar, la [depresión](#) o la [esquizofrenia](#). Pero sí son más características del TLP, respecto a otros TP, en que no suelen aparecer, sobre todo en los trastornos de la personalidad del grupo C.

.Se estima que aproximadamente un 70 % de los TLP, han tenido conductas de tipo suicida o parasuicida, y entre un 8 y un 10 %, consuman el suicidio.

-A diferencia de pacientes con trastornos afectivos : trastornos depresivos o bipolares, el TLP suele tener más actos de tipo parasuicida y autolesiones, y menos intentos graves de suicidio. Se «juega» más con este tipo de conductas de forma que suelen aparecer como llamadas de atención o "manipulaciones", lo cual no significa que no hayan de ser tenidas en cuenta, y ser abordadas lo antes posible en la [terapia](#).

-Los pacientes TLP que llegan a consumar el suicidio de forma «no accidental», han tenido ya numerosos antecedentes de intentos serios de suicidio y auto lesiones graves. Factores que pueden precipitar la consumación en pacientes con estos antecedentes, son: el abuso de algún tipo de sustancia : sobre todo [alcohol](#) y [cocaína](#), el aislamiento social y la falta de apoyo o cuidado familiar, el abandono de vínculos terapéuticos, o el no cumplimiento de las prescripciones [farmacológicas](#). Por el contrario, los pacientes TLP, que mantienen unos vínculos sociales mínimos, cuentan con la estrecha contención familiar.

-21.17.8)- Tratamiento.

-El [tratamiento](#) del trastorno debe tener en cuenta la complejidad intrínseca de la enfermedad.¹¹⁰

· En primer lugar, se debe decidir si se realiza en régimen ambulatorio, de [hospitalización](#) parcial o de internación. Esta decisión se basa principalmente en el riesgo de suicidio o

autolesiones, así como en manifestaciones lo suficientemente severas, para interferir con la vida diaria del paciente en su entorno.

.Otro asunto, es el elevado nivel de comorbilidades y situaciones individuales, por lo que en el tratamiento es esencial la flexibilidad.

.Dado el doble componente del trastorno, biológico y ambiental, el tratamiento debe abordar ambos capítulos. Por una parte se debe tratar las vulnerabilidades [biológicas](#), y la desregulación en la fisiología de los neurotransmisores, que se manifiestan en: síntomas de desregulación afectiva, síntomas de discontrol impulsivo-conductual y síntomas cognitivos-[perceptuales](#). La medicación ayuda a aliviar la sintomatología en los periodos de descompensación aguda, así como los trastornos comórbidos.

.Un facultativo debe establecer, basándose en protocolos y de forma individualizada, la duración del tratamiento farmacológico, así como su dosificación.

.De otra parte, la medicación por sí sola, no ayuda al individuo a enfrentarse a las situaciones ambientales concretas, y en todo caso está indicada la psicoterapia. Su meta es tratar los conflictos intrapsíquicos, las defensas, el progreso en el desarrollo de la personalidad, y sus bloqueos, la adaptabilidad, en especial en cuanto al establecimiento de vínculos afectivos seguros, y las competencias para el manejo de estresantes psicosociales.

-21.17.8.1)- Psicoterapia.

-Se ha observado tradicionalmente de forma escéptica el tratamiento psicológico de los [trastornos de la personalidad](#), pero se han desarrollado en los últimos años, algunos tipos específicos de [psicoterapia](#) para el TLP.

.Los estudios efectuados hasta la fecha, no proporcionan evidencia determinante sobre la eficacia de las mismas, pero sugieren que las personas diagnosticadas de TLP, pueden beneficiarse en al menos alguna de las medidas resultantes.¹¹¹

.Una simple terapia de soporte por sí sola, puede mejorar la autoestima y movilizar los recursos existentes en los individuos con TLP.¹¹²

· Las psicoterapias específicas, pueden implicar sesiones de varios meses, o como suele ser particularmente común en los trastornos de la personalidad, varios años.

.La psicoterapia habitualmente puede estar dirigida a individuos o grupos. La [terapia de grupo](#), puede ayudar en el aprendizaje y la práctica de habilidades interpersonales, y autoconsciencia en los afectados por TLP¹¹³ aunque las tasas de abandono pueden ser problemáticas.¹¹⁴

-Un estudio reciente, concluye que cualquiera de los tres tipos más habituales de psicoterapia, estimula mejoras substanciales en las personas que padecen este trastorno.¹¹⁵

.Las tres modalidades estudiadas eran la terapia dialéctica conductual, la terapia enfocada a la transferencia, y la terapia focal de esquemas. La psicoterapia que se centra en temas emocionales, surgiendo en la interacción entre el paciente y el terapeuta, conocida como terapia enfocada a la transferencia, es la que más estimula cambios en las personas, que padecen el trastorno límite de la personalidad.¹¹⁵ Los principales obstáculos para la terapia, son el pensamiento polarizado, y el establecimiento de límites.¹¹⁰

-21.17.8.1.1)- Terapia Cognitivo Conductual.

-La [Terapia cognitivo-conductual](#) (TCC) es el tratamiento psicológico más ampliamente usado para trastornos mentales, pero se ha mostrado menos eficaz en el TLP, debido parcialmente a las dificultades, para desarrollar una relación terapéutica y una adhesión al tratamiento.

.Los planteamientos como la TDC y la terapia de esquemas, se desarrollaron parcialmente

como un intento de expansión o apéndice de la tradicional TCC, que utiliza un número limitado de sesiones, para centrarse en patrones de pensamiento, percepciones y conductas específicamente no adaptativas. Un estudio reciente, encontró un número de beneficios sostenidos gracias a la TCC, además del habitual tratamiento, tras una media de 16 sesiones al año.¹¹⁶.

-La [desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares](#) (EMDR) , es un tratamiento para el [TEPT](#), un trastorno que en muchos casos, se ha visto estrechamente asociado al TLP. Es semejante a la terapia cognitivo conductual y se contempla como un tipo de ésta, pero también incluye técnicas encaminadas a facilitar, un procesamiento emocional completo de los recuerdos traumáticos.

-21.17.8.1.2)- Terapia Dialéctica Conductual.



- *I'm going under my madness* (Me sumerjo en mi locura), de la fotógrafa [peruana](#) Amparo Torres. Los afectados frecuentemente reaccionan con [negación](#) antes de afrontar la [terapia](#). Según A.J. Mahari, 2006, el camino de la recuperación del TLP, pasa por el encuentro con la «herida nuclear del abandono» y «la construcción de un [yo](#) auténtico».

-En los [años 1990](#), se estableció un nuevo tratamiento psicosocial para el TLP, llamado [terapia dialéctica conductual](#) (TDC), originalmente desarrollada como una intervención para pacientes con conductas suicidas.¹¹⁷.

-Esta terapia se deriva de las [técnicas cognitivo-conductuales](#) , y se puede considerar una forma de terapia cognitivo-conductual, pero se centra en el intercambio y la negociación entre el terapeuta y el cliente, entre lo racional y lo emocional y entre la aceptación y el cambio : de ahí el nombre de [dialéctica](#).

.Los objetivos de la terapia son acordados, aunque se priorizan los temas de autolesiones. El componente nuclear es el aprendizaje de nuevas competencias, incluyendo la «conciencia plena» : [meditación atenta](#), eficiencia interpersonal : p.ej. [asertividad](#) y habilidades sociales, manejo adaptativo de la angustia, las crisis, la identificación y la regulación de las reacciones emocionales.

-La TDC se puede fundamentar en la teoría biosocial de la función de la personalidad, en la cual el TLP se ve como un trastorno biológico de la regulación emocional, en un entorno social experimentado como una invalidación por el paciente borderline.¹¹⁸.

-Se ha visto que la terapia dialéctica conductual, reduce significativamente las autolesiones y la conducta suicida en los TLP, más allá de otros tratamientos habituales por expertos, y es mejor aceptado por los clientes.¹¹⁹¹²⁰. Sin embargo, no está tan claro que tenga una eficacia adicional en el tratamiento global del TLP.¹¹¹. Se ha visto que el entrenamiento de las enfermeras en el uso de la TDC, elimina el pesimismo terapéutico por una comprensión y perspectivas más optimistas.¹²¹.

-21.17.8.1.3)- Terapia Cognitiva Focal de Esquemas.

-La [terapia de esquemas](#): Es una intervención de planteamiento integrativo, basado en técnicas cognitivo-conductuales o técnicas de adquisición de competencias, junto con la [teoría de la relación de objeto](#) y [elementos gestálticos](#). Fue desarrollada por Jeffrey Young, a lo largo de los [años 1980](#), fundándose el primer instituto de terapia de esquemas en [Manhattan](#) en 1990.

.Se centra directamente en los aspectos más profundos de la emoción, la personalidad y los esquemas : modos fundamentales de categorizar y reaccionar frente al mundo.

.El tratamiento también se centra en la [relación con el terapeuta](#) : incluyendo un proceso de «adopción limitada», la vida diaria fuera de la terapia, y las experiencias traumáticas de la infancia. Algunas investigaciones recientes restringidas sugieren que es significativamente más eficaz, que la psicoterapia enfocada a la transferencia solamente, con la mitad de los individuos TLP evaluados, como completamente recuperados tras 4 años, y con dos tercios mostrando mejoras clínicamente significativas.¹²²¹²³ Otro pequeño ensayo ha mostrado también la eficacia.¹²⁴

-21.17.8.1.4)- Terapia Cognitivo-Analítica.

-La [terapia Cognitivo-analítica](#): Fue desarrollada por Anthony Ryle, en el contexto del Servicio Nacional de Salud en el [Reino Unido](#), con el objetivo de proporcionar un tratamiento eficaz y asequible, que pueda ser proporcionado de forma realista, en recursos restringidos al ámbito de un servicio estatal de salud. Combina planteamientos cognitivos y psicoanalíticos, y ha sido adaptado para el uso con individuos con TLP, con resultados en ambos sentidos.¹²⁵

-21.17.8.1.5)- Psicoanálisis.

-Desde la perspectiva del [psicoanálisis](#), el TLP suele ser llamado *caso límite*, *caso fronterizo* traducciones ambas de la palabra inglesa más difundida: *borderline* y la alemana *Grenzfall*.

-El psicoanálisis suele definir al caso límite como una estructura [psicótica](#), que *aparenta* ser una [neurosis grave](#) de carácter, con rasgos [perversos](#) : como el [sadismo](#), o de [personalidad psicópata](#). Desde el punto de vista teórico los síntomas «neuróticos» de los TLP, cumplirían una función defensiva ante el posible [brote psicótico](#).¹²⁶

-En [1942](#), [Helene Deutsch](#), describió un tipo de personalidad, a la cual denominó en inglés: *as if* («como si»), que tiene características que luego se aplicarían en la casuística a los borderlines: «Los “como si” son aquellos casos en los cuales, la relación emocional del individuo con el mundo exterior y con su propio [ego](#), se presenta pobre o ausente, se encuentran en *relación estrecha con la [despersonalización](#)*. Aparentan ser normales exteriormente, pero carecen de autenticidad en sus vidas emocionales».¹²⁷

-[Lacan](#)¹²⁸: considera que en las personalidades borderlines, existe una [forclusión](#) por la cual el registro de lo real y de lo imaginario , como ocurre en toda psicosis, no está correctamente interrelacionado con el registro de lo simbólico, sin embargo en el caso borderline, a diferencia de las otras psicosis, el individuo tiene un "[sinthome](#)" que mantiene lábilmente la coherencia entre lo real, lo imaginario y lo simbólico : en la teoría psicoanalítica lacaniana la normal relación entre lo real, lo simbólico y lo imaginario, se da de un modo semejante al de la [topología](#) de un "[nudo borromeo](#)", pero en los casos borderlines no existe tal relación, sino que el "[sinthome](#)" cumple la función de un cuarto lazo provisional, que mantiene una frágil estructuración entre lo simbólico y los otros dos registros.¹²⁹

-El psicoanálisis tradicional se está usando menos que en el pasado,¹³⁰ tanto en general, como para tratar el TLP. Se ha ligado este tipo de intervención a la exacerbación de los síntomas del TLP,¹³¹ aunque también hay pruebas de la eficacia, de ciertas técnicas en el contexto de una hospitalización parcial.¹³²

-Todo enfoque de orientación psicodinámico, centra su necesidad en el control [contratransferencial](#) del analista. Dado el grado extremo [transferencial](#) de toda personalidad borderline, con su polarización emocional intensamente positiva y/o negativa hacia el psicoterapeuta, generará sin excepción, a como concurre en cualquier otra persona de su entorno social, una reacción contratransferencial, que interferirá y anulará inmediatamente todo intento de proceso psicoterapéutico. De ahí, el prerequisite [sine qua non](#), de haber pasado por uno o varios análisis previos, que conformen una buena estructuración de la personalidad del analista, sin idealizaciones, claro está. Por ello es imprescindible que todo intento de tratamiento, deba ser entendido desde una dualidad procesual interactiva de persona a persona, con lo cual se exigiría la inclusión del analista, como variable imposible de valorar, como alguien sujeto a estatus, rutina o presunción.

-Resulta importante valorar las controversias suscitadas sobre la rigidez en los límites personales del analista, cómo deben tratarse los momentos de crisis, y la eficacia de la confrontación tanto a nivel cuantitativo como cualitativo.

-Dos elementos implícitos en el *setting* psicoanalítico ortodoxo, como son la [asociación libre](#) y la [neutralidad](#), o intervención mínima del terapeuta, resultan contraproducentes, «debido a la deficiente estructura psíquica que poseen» estas personas. Por otra parte, y desde la extremidad de todo posicionamiento defensivo, que sitúa a la personalidad borderline dentro del episodio psicótico, se verifica a su vez su favorecimiento por medio del psicoanálisis.

-Otro elemento discordante es la larga duración del tratamiento psicoanalítico, resultando innecesario, ante tratamientos igualmente eficaces en menor tiempo.¹³³

-21.17.8.1.6)- Psicoterapia Enfocada a la Transferencia.

-La psicoterapia enfocada a la transferencia (PET), es una forma de terapia psicoanalítica que data de los [años 60](#), enraizada en los conceptos de [Otto Kernberg](#), sobre el TLP y su estructura subyacente : estructura de la personalidad borderline.

.A diferencia del caso del psicoanálisis tradicional, el terapeuta desempeña un papel muy activo en la terapia. Éste trabaja en la sesión en la relación paciente-terapeuta. Tratará de explorar y clarificar aspectos de esta relación, para que las diadas subyacentes se clarifiquen. Algunas investigaciones limitadas sobre la PET, sugieren que puede reducir algunos síntomas del TLP, que afectan a ciertos procesos subyacentes¹³⁴, y que la PET a diferencia con la [Terapia dialéctica conductual](#) y la de soporte, resulta en un funcionamiento de reflejos incrementado : la capacidad de percibir de forma realista sobre cómo piensan los otros, y conseguir un estilo de [vínculos](#) más seguro.¹³⁵ Lo que es más, la PET se ha mostrado tan efectiva como la TDC, mejorando la conducta suicida, y ha sido más eficaz que ésta, para aliviar la ira, y reducir conductas agresivas verbales o directas.¹³⁶ Ciertas investigaciones limitadas, sugieren que la PET, parece ser menos eficaz que la terapia enfocada a los esquemas, mientras que es más eficaz, que no hacer ningún tipo de tratamiento.¹²²

-21.17.8.1.7)- Psicoterapia Basada en la Mentalización.

-La [psicoterapia basada en la mentalización](#) (MBT o TBM), desarrollada por Peter Fonagy y Antony Bateman, se basa en la asunción, de que los afectados por el trastorno límite de la

personalidad, tienen una distorsión del [apego](#), debido a problemas en las relaciones paterno-filiales en la infancia.¹³⁷; donde plantean la [hipótesis](#), de que una empatía y sintonía inadecuada, por parte de los progenitores en la temprana infancia, conducen a un déficit de mentalización, definida como *la capacidad de pensar en los estados mentales como entidad separada de ellos, aunque potencialmente causativos de acciones*.¹³⁸.

.En otras palabras, la capacidad de comprender intuitivamente los pensamientos, intenciones y motivaciones de los otros, y las conexiones entre los pensamientos propios, sentimientos y acciones. Se piensa que el fracaso en la adquisición de una adecuada mentalización, es la base de los problemas con el control de los impulsos en los pacientes con TLP, así como de su inestabilidad emocional, y sus dificultades para mantener relaciones íntimas.

.El tratamiento basado en la mentalización, pretende desarrollar la autoregulación de los pacientes, mediante terapia de grupo de tipo [psicodinámico](#) y psicoterapia individual, en un contexto de comunidad terapéutica, hospitalización parcial o ambulatoria.¹³⁹¹⁴⁰.

.En una [prueba controlada aleatoria](#), un grupo de pacientes de TLP, recibió 18 meses de terapia basada en la mentalización, bajo hospitalización parcial, y posteriormente se realizó un seguimiento durante cinco años. El grupo tratado mostró beneficiarse de múltiples modos por la terapia en un amplio rango de variables, entre ellas una disminución en el número de intento de suicidios, reducción del tiempo de hospitalización, y reducción del uso de medicación.¹⁴¹

-21.17.8.1.8)- Terapia de Pareja, Conyugal o De Familia.

-La terapia de pareja: Puede ser útil para estabilizar las relaciones conyugales o de la pareja y en la reducción del conflicto y el estrés en este ámbito, que puedan empeorar los síntomas del TLP. La terapia familiar o la [psicoeducación](#) familiar, puede ayudar a educar a los miembros de la familia en relación al TLP, mejorando la comunicación familiar y la resolución de problemas en su seno, proporcionando apoyo a los miembros de la familia, para abordar la enfermedad de su ser querido.

-Hay dos patrones de implicación familiar, que puede ayudar a los clínicos a planear intervenciones desde la familia: la sobreimplicación y la negligencia. Los pacientes de TLP que se encuentran en familias sobreimplicadas, tienen que luchar a menudo con temas de dependencia, negación o por enfado de los padres.

-Está aumentando el interés por el uso de la psicoeducación y competencias en los planteamientos, que entrenan a familias con miembros que padecen TLP.¹¹³.

-21.17.8.2)- Medicación.

-Estudio de antipsicóticos en relación al Trastorno Borderline:

- [Aripiprazol](#):
 - Estudio doble/ciego: Kaplan P y otros, 2006.¹⁴²
 - Estudio de continuidad: Pedrosa Gil F. y otros, 2007 18

meses.¹⁴³

- Resultados: Ambos indican que el aripiprazol parece ser eficaz y relativamente seguro a largo plazo.
- Efectos secundarios: Dolor de cabeza, insomnio, náuseas, aturdimiento, ansiedad y estreñimiento (Kaplan 2006); Resistencia o incluso aparición de episodios maníacos en pacientes comórbidos con [TB](#).¹⁴⁴ Sin embargo los casos son poco comunes, menos intensos y en general suceden al administrar el fármaco a dosis bajas.

- [Clozapina](#):

- Estudio doble/ciego: No encontrado.
- Estudio de continuidad: No encontrado. Solo pequeños estudios de casos: (Frankenburge *et al.*, 1993; Steinert *et al.*, 1995; Chengappa *et al.*, 1995; Benedetti *et al.*, 1998).
- Resultados: En general se usa para reducir inespecíficamente casos graves de automutilación¹⁴⁵ o agresividad.¹⁴⁶ Parece que los estudios (Volavka y otros 1993) indican que la

reducción de la agresividad se debe a un efecto propio y no al antipsicótico general.

- Efectos secundarios: Graves, el peor [agranulocitosis](#).¹⁴⁷

- [Olanzapina](#):

- Estudio doble/ciego: Zanarini (2001, preeliminar).¹⁴⁸ George Nurnberg, 2004.¹⁴⁹
- Estudio de continuidad: Varios, pero en especial los combinados con otros fármacos, como la fluoxetina¹⁵⁰ o con psicoterapias (TDC).¹⁵¹
- Resultados: En general se ven resultados eficaces en todas las áreas, tanto solo como combinado con antidepresivos y psicoterapia.
- Efectos secundarios: Muy importantes, ver [Olanzapina: efectos secundarios](#). En especial es uno de los que mayor ganancia de peso producen: Ver: [Olanzapina: Ganancia de peso](#).

- [Quetiapina](#):

- Estudio doble/ciego: No se han efectuado hasta el momento.
- Estudios de tolerabilidad: Se han efectuado algunos estudios preliminares

y «open-label» para valorar la tolerabilidad y la eficacia: Bogetto 2006¹⁵² y Schifano 2007.¹⁵³

- Resultados: Resultados eficaces con algunos casos de [trombocitopenia](#) moderada.
- Efectos secundarios: Idénticos al resto de antipsicóticos atípicos, aunque en menor grado.

- [Risperidona](#):

- Estudio doble/ciego: No se han efectuado hasta el momento.
- Estudios Open-label: Se han efectuado pocos estudios, con pocos participantes y son «open-label»: Bogetto (2003).¹⁵⁴ y algún estudio en curso de la Universidad de Alabama.¹⁵⁵
- Resultados: Mejoría de síntomas agresivos, depresivos y generales.
- Efectos secundarios: Igual que otros antipsicóticos atípicos, disfunciones sexuales, especialmente eyaculación retrógrada, aumento de la [prolactina](#), puede llegar a ocasionar [diabetes](#).

-Se han usado algunos medicamentos conjuntamente con otros tratamientos del TLP, aunque la base de evidencia está limitada. Puesto que el TLP, ha sido tradicionalmente considerado como una afección primariamente psicosocial, la medicación va destinada a tratar los síntomas co-mórbidos, como la ansiedad y la depresión, más que el propio TLP.¹⁵⁶

-Para los síntomas de desregulación afectiva se utilizan los [antidepresivos](#), así como los estabilizadores del estado de ánimo : [anticonvulsivantes](#). Si la afección comórbida afectiva consiste principalmente en ansiedad, se pueden prescribir [benzodiacepinas](#).

.Para desregulaciones y alteraciones de la conducta y de la percepción, se emplean los [neurolépticos](#). En algunos casos especialmente severos, en los que existe comorbilidad con trastornos del eje I, en especial depresión grave refractaria a la farmacoterapia, se puede llegar a emplear la [terapia electroconvulsiva](#).¹¹⁰.

-21.17.8.2.1)- Antidepresivos.

-Los [antidepresivos](#) del tipo [Inhibidor selectivo de la recaptación de la serotonina](#) (ISRS), ha demostrado en ensayos controlados al azar, que mejoran los síntomas comórbidos de la ansiedad y la depresión. No está tan claro en el caso de la ira y la hostilidad, que están asociados al TLP en algunos pacientes.¹⁵⁶¹⁵⁷. De acuerdo con el libro: *Listening to Prozac* es necesaria una dosis mayor de un ISRS, para tratar los trastornos del estado de ánimo asociados con el TLP, que para la depresión sola.¹⁵⁸. También se debe esperar tres meses antes, de que aparezcan los beneficios, en comparación con las tres o seis semanas, para la depresión.

-Véase también: [Litio](#).

-21.17.8.2.2)- Antipsicóticos.

-Se ha dicho que la nueva generación de [antipsicóticos](#) atípicos, tienen un perfil de [efectos secundarios](#), mejor que el de los antipsicóticos típicos. Los antipsicóticos también se usan muchas veces para tratar las distorsiones del pensamiento o las falsas percepciones.¹⁵⁹. El uso de antipsicóticos ha variado, de intermitente, para un breve periodo psicótico o disociativo, a más en general, en particular los antipsicóticos atípicos, para los pacientes de Trastorno bipolar, así como los diagnosticados con Trastorno límite de la personalidad. Un meta-análisis de 14 estudios anteriores, ha sugerido que algunos antipsicóticos atípicos, como la: [olanzapina](#), [clozapina](#), [Aripiprazol](#), [quetiapina](#) y [risperidona](#), puede ayudar a los pacientes con síntomas de tipo psicótico, impulsivo o suicida.¹⁶⁰.

-El uso a largo plazo de antipsicóticos, es particularmente controvertido. Hay numerosos efectos secundarios en la medicación antigua, singularmente la [discinesia](#).¹⁶¹. Los antipsicóticos atípicos, también son conocidos por causar a menudo un considerable aumento de peso, con las consabidas complicaciones para la salud.¹⁶².

-21.17.8.2.3)- Otros.

-Se han realizado estudios para evaluar el empleo de algunos [anticonvulsivos](#) en el tratamiento de la sintomatología del TLP. Entre ellos, el [Topiramato](#)¹⁶³ y la [Oxcarbazepina](#)¹⁶⁴, así como antagonistas del receptor de los opiáceos como la [naltrexona](#)¹⁶⁵, para tratar los síntomas disociativos, o [clonidina](#),¹⁶⁶ un [antihipertensivo](#) con el mismo propósito. Se ha ensayado el uso de ácidos grasos poliinsaturados y omega-3, dando como resultado que no son útiles, para el tratamiento del TLP, pero que en determinadas combinaciones, podrían ser útiles, para mejorar los síntomas, que tienen que ver con el estado de ánimo.¹⁶⁷.

- 21.17.9)- Servicios Mentales de Salud y Recuperación.

-Los paciente de TLP a veces necesitan considerables atenciones y servicios de salud mental, y se ha visto que constituyen el 20 %, de los pacientes psiquiátricos hospitalizados.¹⁶⁸
· La mayor parte de los pacientes TLP, continúan utilizando tratamientos ambulatorios de manera sostenida durante varios años, pero el número que usa las formas menos asequibles y restrictivas de tratamiento, como la internación, descende con el tiempo.¹⁶⁹
· La experiencia de los servicios varía.¹⁷⁰ Evaluar el riesgo de suicidio puede ser un desafío para los servicios mentales de salud , y los mismos pacientes tienden a subestimar la letalidad de las conductas autolesivas, con un típicamente elevado riesgo de suicidio, mucho mayor que la población general , y un historial de intentos múltiples cuando están en crisis.¹⁷¹

-Se han observado en particular. dificultades en las relaciones entre los cuidadores y los individuos diagnosticados con TLP. La mayoría del equipo psiquiátrico, refiere encontrar personas con TLP, con las que el trato es de moderado a extremadamente dificultoso y en general más difícil, que otros grupos de pacientes.¹⁷² Por otra parte, los que han sido diagnosticados de TLP, refieren que el término «borderline», suena como un rótulo peyorativo, más que como un diagnóstico útil; que la conducta autodestructiva es erróneamente percibida como manipulativa, y que tienen un acceso limitado a los cuidados.¹⁷³ Se han efectuado intentos de mejorar las actitudes del público y de los trabajadores de la sanidad.¹⁷⁴¹⁷⁵

-21.17.9.1)- Combinar la Farmacoterapia y la Psicoterapia.

-En la práctica, la psicoterapia y la medicación, se combinan de forma habitual, pero se dispone de datos limitados, sobre lo que en realidad, se hace en la práctica clínica.⁷⁴ Los estudios sobre la eficacia, a menudo evalúan la eficacia de las intervenciones, cuando se les añade «tratado como de costumbre», lo cual puede implicar servicios psiquiátricos generales, consejo de soporte, medicación y psicoterapia.

-Un pequeño estudio, realizado en el ya mencionado hospital de Santa Creu, en el cual se excluye a los individuos comórbidos del eje I, ha indicado que los pacientes ambulatorios, que reciben la terapia dialéctica conductual, y toman el antipsicótico Olanzapina, muestran significativamente más mejoras relacionadas con el TLP, comparados con los que sólo hacen terapia y toman placebo.¹⁷⁶ Aunque también experimentaron ganancia de peso, y aumento del colesterol. Otro pequeño estudio, encontró que los pacientes que habían recibido TDC y tomaban fluoxetina (prozac), no mostraban mejoras significativas; mientras que los que recibían la terapia y tomaban placebo, mostraron avances significativos.¹⁷⁷

-21.17.9.2)- Dificultades en la Terapia.

-Existen retos importantes en el tratamiento del TLP, por ejemplo el referente a los cuidados hospitalarios.¹⁷⁸ En la psicoterapia, un paciente podría ser inusualmente sensible al rechazo y al abandono, y podría reaccionar negativamente : p.ej. autolesionándose o abandonando el tratamiento, si se sienten así.

· Además, los clínicos se deben distanciar emocionalmente de los pacientes, para su autoprotección o por el estigma del diagnóstico, conduciendo a una profecía autocumplida, y a un ciclo de estigmatización, en el que tanto el paciente como el terapeuta pueden contribuir.¹⁷⁹

-Algunas psicoterapias, por ejemplo la TDC, han sido desarrolladas parcialmente para evitar los problemas con la sensibilidad interpersonal, y mantener una relación terapéutica. La adherencia a los regímenes de medicación, también es problemática, debido en parte a los [efectos secundarios](#), con tasas de abandono entre el 50 % y el 80 %, en los ensayos sobre medicamentos.¹⁸⁰ Los trastornos comórbidos, en particular los relacionados con el abuso de sustancias, pueden complicar los intentos de conseguir la remisión.¹⁸¹

-21.17.9.2.1)- Otras Estrategias.

-Las psicoterapias y la medicación, forma parte del contexto completo de los servicios de salud mental, y las necesidades psicosociales relacionadas con el TLP. La base de la evidencia está limitada para ambos, y algunos individuos pueden abandonar o no obtener ningún beneficio de ellas. Se ha argumentado que la categorización diagnóstica, puede tener una utilidad limitada, dirigiendo el trabajo terapéutico en esta área, y en algunos casos solo es con referencia, a las relaciones pasadas y presentes, como se puede entender la conducta «borderline», como parcialmente adaptativa, y de ahí se ve, cómo se puede ayudar mejor a la gente.¹⁸²

-Se podrían usar muchas otras estrategias, incluyendo técnicas de la [medicina alternativa](#), ejercicio y puesta a punto física, incluyendo deportes de equipo, técnicas de [terapia ocupacional](#), incluyendo artes creativas, y dar estructura a la rutina de los días, en particular a través del empleo, ayudando con los sentimientos de competencia, por ejemplo la autoeficacia, teniendo un [rol social](#), y siendo valorados por los otros, para aumentar la [autoestima](#).¹⁸³

-Los servicios psicológicos basados en grupos, animan a los clientes a socializarse y participar en actividades tanto en solitario como en grupo. Esto puede ser en centros de día. Las [comunidades terapéuticas](#), son un ejemplo de esto, particularmente en [Europa](#). Aunque su uso ha descendido, muchos de ellos, están especializados en el tratamiento de trastornos graves de la personalidad.¹⁸⁴

-Los servicios de rehabilitación [psiquiátrica](#), que se especializan en ayudar a personas con problemas de [salud mental](#), para reducir su [discapacidad](#) psicosocial, comprometerse en actividades significativas, y evitar el estigma y la [exclusión social](#), pueden ser de valor para las personas que sufren TLP.

.También hay muchos grupos de ayuda mutua o de consejeros, dirigidos por y para individuos con TLP. El objetivo debe ser una completa recuperación psicosocial, más que la dependencia del servicio.

-21.17.10)- Aspectos Sociológicos y Culturales.

-21.17.10.1)- Coste Social del TLP.

-Hasta el momento, no se había evaluado el coste social del TLP. Un estudio realizado en [Holanda](#), valora en más de 2. 222. 000 000 euros, el coste social de los enfermos, de los cuales sólo el 22 % pertenece a cuidados sanitarios.¹⁸⁵ Lo cierto es que el TLP, tiene una elevadísima representación entre la población reclusa, constituyendo en este grupo el 23 % de los varones, y el 20 % de las mujeres.¹⁸⁶

-21.17.10.2)- Referencias Culturales.

-En la [trama](#) de algunas [películas](#) aparecen [personajes](#), que o bien están explícitamente [diagnosticados](#) o bien presentan rasgos que sugieren fuertemente un diagnóstico a psiquiatras y expertos. Las películas [Escalofrío en la noche](#) y [Atracción fatal](#), son dos de los ejemplos citados, así como el libro y película [Inocencia interrumpida](#).¹⁸⁷. Todas ellas destacan la inestabilidad emocional del trastorno y los intentos frenéticos de evitar el abandono. No obstante, en cada caso, se muestran distintos grados de agresividad con respecto a otros o a ellos mismos. Lo último es el resultado más habitual, en este tipo de situaciones.¹⁸⁸. En la película de 1992, [Mujer blanca soltera busca...](#) se destacan distintos aspectos del trastorno en el personaje Hedy, que sufre una marcada perturbación del sentido de la identidad, adaptando sistemáticamente los atributos de su compañero de piso, además de sentimientos crónicos de vacío, y al menos en las dos últimas películas, el abandono conduce a la toma de medidas drásticas.¹⁸⁹.

-En el teatro, el Trastorno límite de la personalidad, es el tema central de la obra *Blue/Orange*, de [Joe Penhall](#), estrenada en 2000, en la que los psiquiatras batallan entre ellos, por el futuro tratamiento de un paciente que padece esta afección.

-Varios analistas han establecido un presunto diagnóstico de TLP, a través de los datos biográficos de diversos personajes históricos y personalidades, como: [César Borgia](#), [Jim Morrison](#), o [Juana de Arco](#).

-El profesor [Borwin Bandelow](#), ha estudiado en su obra: *Celebrities: Vom schwierigen Glück, berühmt zu sein* (Famosos, de la mala suerte a la fama), la vida de varias personalidades de la [música](#), [literatura](#), el [cine](#) y los negocios, examinando su biografía de modo, que en algunos, encuentra criterios para establecer un diagnóstico de TLP. Algunos ejemplos serían : [Sid Vicious](#), [Diana Spencer](#) o [Luis II de Baviera](#), entre otros.¹⁹⁰.

-21.17.11)- Véase También.

- [Disociación \(psicología\)](#);
- [Historia del trastorno límite de la personalidad](#);
- [Inocencia interrumpida \(memoria\)](#). Obra autobiográfica de Susana Kaysen, paciente de TLP adaptada luego al cine.
- [Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales](#);
- [Marsha M. Linehan](#);
- [Melanie Klein](#);
- [Modelo de diátesis-estrés](#);
- [P300](#);
- [Personalidad Límite](#);
- [Trastorno bipolar](#);
- [Terapias cognitivo-conductuales](#);
- [Terapia dialéctica conductual](#);
- [Terapia cognitiva analítica](#);
- [Trastorno de personalidad](#);
- [Trastorno por estrés postraumático](#);
- [Anexo:Características generales de las personas con TLP](#).

-21.17.12)- Referencias.

1. [Volver arriba](#) ↑ [“301.83 Borderline Personality Disorder”](#) in *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th ed. DOI: [10.1176/appi.books.9780890423349.3831](#). Accedida el 2007-09-21.
2. ↑ [Saltar a:](#) ^a ^b (2004). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV-TR* (Text Revision). Washington, DC: American Psychiatric Association. ISBN

- [0-89042024-6. DSM-IV & DSM-IV-TR Borderline Personality Disorder criteria. Behave Net. Accedida el 2007-09-21.](#)
3. [Volver arriba ↑](#) Gunderson y Zanarini, 1987
 4. [Volver arriba ↑](#) Thomas A. Widiger y Myrna M. Weissman, *Epidemiology of Borderline Personality Disorder* Hosp Community Psychiatry 42:1015-1021, octubre 1991
 5. [Volver arriba ↑](#) Sverre Torgersen; Einar Kringlen y Victoria Cramer *The Prevalence of Personality Disorders in a Community Sample* [1], Arch Gen Psychiatry. 2001;58:590-596]
 6. [Volver arriba ↑](#) Swartz, M.; D. Blazer, L. George, et al. (1990). "Estimating the prevalence of borderline personality disorder in the community". *Journal of Personality Disorders* 4 (3): 257-72.
 7. [Volver arriba ↑](#) Estadísticas de pacientes hospitalizados en *DSM-IV* [2]
 8. [Volver arriba ↑](#) (2000) "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders". Washington, D.C.: *American Psychiatric Association* 4 Text Revision.
 9. [Volver arriba ↑](#) Skodol, A.E.; D.S. Bender (2003). [Why are women diagnosed borderline more than men?](#) *Psychiatr Q* 74 (4): 349-60.
 10. [Volver arriba ↑](#) Shumyatsky GP, Tsvetkov E, Malleret G, Vronskaya S, Hatton M, Hampton L, Battey JF, Dulac C, Kandel ER, Bolshakov VY., "Identification of a signaling network in lateral nucleus of amygdala important for inhibiting memory specifically related to learned fear.", *Cell*. 2002 Dec 13;111(6):905-18. [PMID 12526815](#)
 11. [Volver arriba ↑](#) Pape HC, Stork O., *Genes and mechanisms in the amygdala involved in the formation of fear memory*. Ann N Y Acad Sci. 2003 Apr;985:92-105. [PMID 12724151](#)
 12. [Volver arriba ↑](#) Pape HC, Narayanan RT, Smid J, Stork O, Seidenbecher T., *Theta activity in neurons and networks of the amygdala related to long-term fear memory.*, Hippocampus. 2005;15(7):874-80. [PMID 16158424](#)
 13. [Volver arriba ↑](#) Huang YY, Kandel ER., *5-Hydroxytryptamine induces a protein kinase A/mitogen-activated protein kinase-mediated and macromolecular synthesis-dependent late phase of long-term potentiation in the amygdala.* J Neurosci. 2007 Mar 21;27(12):3111-9. [PMID 17376972](#)
 14. [Volver arriba ↑](#) "Association between the serotonin transporter gene..." [3] Pascual J, Soler et al. en *Actas Esp Psiquiatr*. 2007 Nov;35(6):382-386.
 15. [Volver arriba ↑](#) Ni, X et al. "Serotonin 2A receptor gene is associated with personality traits, but not to disorder, in patients with borderline personality disorder." [4] *Neurosci Lett*. 2006 Nov 20;408(3):214-9. Epub 2006 Sep 26.
 16. [Volver arriba ↑](#) Ni, X et al. "Monoamine oxidase a gene is associated with borderline personality disorder" [5] *Psychiatr Genet*. 2007 Jun;17(3):153-7
 17. [Volver arriba ↑](#) [Saltar a: a b](#) JOYCE PR, KENNEDY MA y otros: "A dopamine transporter polymorphism is a risk factor for borderline personality disorder in depressed patients", *Psychol Med*. 2006 Jun; 36(6):807-13 [PMID 16623961](#)
 18. [Volver arriba ↑](#) Gurvits, I., H. Koenigsberg, L. Siever. "Neurotransmitter dysfunction in patients with borderline personality disorder." *Psychiatric Clinics of North America* 23, Nº. 1, marzo 2000
 19. [Volver arriba ↑](#) Pogarell O. et al. "EEG-vigilance differences between patients with borderline personality disorder, patients with obsessive-compulsive disorder and healthy controls." *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 2007 Nov 7 [PMID 17990048](#)

20. [Volver arriba ↑](#) De la Fuente JM, Tugendhaft P, Mavroudakakis N., "Electroencephalographic abnormalities in borderline personality disorder." *Psychiatry Res.* 1998 Feb 9;77(2):131-8 [PMID 9541149](#)
21. [Volver arriba ↑](#) Siever LJ y otros "Depressive response to physostigmine challenge in borderline personality disorder patients." [\[6\]](#) *Neuropsychopharmacology* 1997 Oct; 17(4):264-73
22. [Volver arriba ↑](#) Lis, E., Greenfield, B., Henry, M., Guile, J.M. y Dougherty, G. (2007) "Neuroimaging and genetics of borderline personality disorder: a review.", *Journal of Psychiatry and Neuroscience*, 32, 3.
23. [Volver arriba ↑](#) Davidson RJ, Jackson DC, Kalin NH. Emotion, plasticity, context and regulation: perspectives from affective neuroscience. *Psychological Bulletin*, 2000; 126(6): 873-89.
24. [Volver arriba ↑](#) SCHMAHL, C y BREMMER, JD "Neuroimaging in Borderline Personality Disorder.", *J Psychiatr Res* 2005
25. [Volver arriba ↑](#) Donegan et al. (2003). «Amygdala hyperreactivity in borderline personality disorder: implications for emotional dysregulation.». *Biological Psychiatry* 54 (11): 1284-1293.
26. [Volver arriba ↑](#) Minzenberg MJ, Fan J, New AS, Tang CY, Siever LJ. "Frontolimbic structural changes in borderline personality disorder." [\[7\]](#) *J Psychiatr Res.* 2007 Sep 6;
27. [Volver arriba ↑](#) Bremner JD et al. "Hippocampal and amygdalar volumes in dissociative identity disorder." [\[8\]](#) *Am J Psychiatry.* 2006 Apr;163(4):630-6 [PMID 16585437](#)
28. [Volver arriba ↑](#) Error en la cita: Etiqueta <ref> inválida; no se ha definido el contenido de las referencias llamadas bockian
29. [Volver arriba ↑](#) Tebartz L y otros: "Evidence of disturbed amygdalar energy metabolism in patients with borderline personality disorder.", [Neuroscience Letters 417,1](#)
30. [Volver arriba ↑](#) Buchsbaum MS. *et al.* "Reduced anterior and posterior cingulate gray matter in borderline personality disorder." [\[9\]](#) *Biol Psychiatry.* 2005 Oct 15;58(8):614-23
31. [Volver arriba ↑](#) Garner, B *et al.* "Pituitary volume in teenagers with first-presentation borderline personality disorder" [\[10\]](#) *Psychiatry Res.* 2007 Oct 11
32. [Volver arriba ↑](#) Lieb K, Zanarini MC, Schmahl C, *et al.* "Borderline personality disorder." [\[11\]](#) *Lancet* 2004;364:453-61.
33. [Volver arriba ↑](#) Tebartz van Elst L, Hesslinger B, Thiel T, *et al.* "Frontolimbic brain abnormalities in patients with borderline personality disorder: a volumetric magnetic resonance imaging study." *Biol Psychiatry* 2003;54:163-71
34. [Volver arriba ↑](#) Hazlett EA, New AS, Newmark R, *et al.* "Reduced anterior and posterior cingulate gray matter in borderline personality disorder." *Biol Psychiatry* 2005;58:614-23
35. [Volver arriba ↑](#) Rüsç N, Tebartz van Elst L, Ludaescher P, *et al.* "A voxel-based morphometric MRI study in female patients with borderline personality disorder." *Neuroimage* 2003;20:385-92
36. [Volver arriba ↑](#) Irle E, Lange C, Sachsse U. Reduced size and abnormal asymmetry of parietal cortex in women with borderline personality disorder. *Biol Psychiatry* 2005;57:173-8
37. [Volver arriba ↑](#) Schmahl C, Bremner JD. "Neuroimaging in borderline personality disorder." *J Psychiatr Res* 2006;40:419-27.

38. [Volver arriba ↑](#) New AS, Hazlett EA, Buchsbaum MS, *et al.* "Amygdala-prefrontal disconnection in borderline personality disorder." *Neuropsychopharmacology* 2007;32:1629-40
39. [Volver arriba ↑](#) Rüsç N, Weber M, Il'yasov K, *et al.* "Inferior frontal white matter microstructure and patterns of psychopathology in women with borderline personality disorder and comorbid attention-deficit hyperactivity disorder." *Neuroimage* 2007;35:738-47
40. [Volver arriba ↑](#) Tebartz van Elst y otros, "Corpus callosum abnormalities in women with borderline personality disorder and comorbid attention-deficit hyperactivity disorder", [12] *J Psychiatry Neurosci.* 2007 November; 32(6): 417–422.
41. [Volver arriba ↑](#) Harris CL, Dinn WM, Marcinkiewicz JA., "Partial seizure-like symptoms in borderline personality disorder", *Epilepsy Behav.* 2002 Oct;3(5):433-438. [PMID 12609265](#)
42. [Volver arriba ↑](#) Zanarini, M.C.; F.R. Frankenburg (1997). "[Pathways to the development of borderline personality disorder](#)". *Journal of Personality Disorder.* 11 (1): 93-104. Accedido el 2007-09-21.
43. [Volver arriba ↑](#) [Affective neuroscience and psychophysiology:Toward a Synthesis](#)
44. [Volver arriba ↑](#) HIGLEY JD y otros: *Maternal absence and stability of individual differences in CSF 5-HIAA concentrations in rhesus monkey infants.* *Am J Psychiatry.* 2005 Sep;162(9):1658-64 [PMID 16135625](#)
45. [Volver arriba ↑](#) MEANEY, MJ y KAFFMAN, A: "Neurodevelopmental sequelae of postnatal maternal care in rodents: clinical and research implications of molecular insights." *J Child Psychol Psychiatry.* 2007 Mar-Apr;48(3-4):224-44 [PMID 17355397](#)
46. [Volver arriba ↑](#) MEANEY MJ y otros: *Maternal programming of steroid receptor expression and phenotype through DNA methylation in the rat* *Front Neuroendocrinol.* 2005 Oct-Dec;26(3-4):139-62 [PMID 17301183](#)
47. [Volver arriba ↑](#) MEANEY MJ y otros: "Maternal programming of steroid receptor expression and phenotype through DNA methylation in the rat" *Front Neuroendocrinol.* 2005 Oct-Dec;26(3-4):139-62 [PMID 16303171](#)
48. [Volver arriba ↑](#) TREMBLAY R y otros: "Nonmaternal care in infancy and emotional/behavioral difficulties at 4 years old: Moderation by family risk characteristics." *Dev Psychol.* 2008 Jan;44(1):155-68 [PMID 18194014](#)
49. [Volver arriba ↑](#) [The Poly-Vagal Theory. Accedido el 2007-12-7](#)
50. [Volver arriba ↑](#) Austin MA, Riniolo TC, Porges SW. "Borderline personality disorder and emotion regulation: insights from the Polyvagal Theory." *Brain Cogn.* 2007 Oct;65(1):69-76 [PMID 17659821](#)
51. [Volver arriba ↑](#) Carrasco JL, Díaz-Marsá M, Pastrana JI, Molina R, Brotons L, López-Ibor MI, López-Ibor JJ., "Hypothalamic-pituitary-adrenal axis response in borderline personality disorder without post-traumatic features." *Br J Psychiatry.* 2007 Apr;190:357-8 [PMID 17401044](#)
52. [Volver arriba ↑](#) [Lista de Test \[BPD assessment\]](#) (en inglés), BPD resources.
53. [Volver arriba ↑](#) Driessen M. y otros "Stability of the dexamethasone suppression test in borderline personality disorder with and without comorbid PTSD: a one-year follow-up study." *J Clin Psychol.* 2007 Sep; 63(9):843-50 [PMID 17674401](#)
54. [Volver arriba ↑](#) ["New technique pinpoints crossroads of depression in rat brain."](#) *Science News*, NIMH.
55. [Volver arriba ↑](#) Geraciotti TD Jr, Kling MA, Post RM, Gold PW, "Antithyroid antibody-linked symptoms in borderline personality disorder.", *Endocrine.* 2003 Jul;21(2):153-8 [PMID 12897379](#)

56. [Volver arriba ↑](#) Riemann, D: "Increased delta power and discrepancies in objective and subjective sleep measurements in borderline personality disorder.", *J Psychiatr Res.* 2005 Sep;39(5):489-98 [PMID 15992558](#)
57. [Volver arriba ↑](#) Lammers, CH: "Declarative and procedural memory consolidation during sleep in patients with borderline personality disorder.", *J Psychiatr Res.* 2007 Aug 15 [PMID 17706671](#)
58. [Volver arriba ↑](#) Goodman, M y Siever, L: *Current Psychological and Psychopharmacologic Treatments of Borderline Personality Disorder* [\[13\]](#)
59. [Volver arriba ↑](#) [Dr Leeland heller, "the borderline experience"](#).
60. [Volver arriba ↑](#) por MedlinePlus Medicinas (agosto de 2007). [«Amitriptilina»](#). *Medicinas y Suplementos*. Consultado el 1 de febrero de 2008.
61. [Volver arriba ↑](#) Muir, WJ: "Auditory P300 in borderline personality disorder and schizophrenia.", *Arch Gen Psychiatry.* 1987 Jul;44(7):645-50 [PMID 3606330](#)
62. [Volver arriba ↑](#) St Clair DM. y otros: "Auditory P300 does not differentiate borderline personality disorder from schizotypal personality disorder.", *Biol Psychiatry.* 1989 Dec;26(8):766-74 [PMID 2590690](#)
63. [Volver arriba ↑](#) Mann JJ, "The relationship of platelet 5-HT₂ receptor indices to major depressive disorder, personality traits, and suicidal behavior." *Biol Psychiatry.* 1994 Mar 1;35(5):295-308 [PMID 8011798](#)
64. [Volver arriba ↑](#) Van Kempen GM, "Platelet serotonin, monoamine oxidase activity, and [3H]paroxetine binding related to impulsive suicide attempts and borderline personality disorder.", *Biol Psychiatry.* 1998 May 15;43(10):740-6 [PMID 9606528](#)
65. [Volver arriba ↑](#) Nair, NP: *Impaired platelet [3H]paroxetine binding in female patients with borderline personality disorder*, 2005 Nov;182(3):447-51 [PMID 16052363](#)
66. [Volver arriba ↑](#) van Kempen GM, y otros: "Suicidality, circadian activity rhythms and platelet serotonergic measures in patients with recurrent suicidal behaviour.", *Acta Psychiatr Scand.* 1996 Jan;93(1):27-34
67. [Volver arriba ↑](#) Altman, EG y otros: "EEG sleep, lithium transport, dexamethasone suppression, and monoamine oxidase activity in borderline personality disorder.", *Psychiatry Res.* 1988 Jul;25(1):19-30 [PMID 3217463](#)
68. [Volver arriba ↑](#) [\[www.biologicalunhappiness.com/BPDiscSp.htm biologicalunhappiness\]](#)
69. [↑ Salta a: ^a ^b "Borderline Personality Disorder DSM IV Criteria"](#). *BPD Today*. Accedida el 2007-09-21.
70. [Volver arriba ↑](#) Johansen, M.; S. Karterud, G. Pedersen, et al. (2004). ["An investigation of the prototype validity of the borderline DSM-IV construct."](#) *Acta Psychiatrica Scandinavica* 109 (4): 289–98. Accedida el 2007-09-21.
71. [Volver arriba ↑](#) American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (Fifth edición). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing. pp. 663-6. [ISBN 978-0-89042-555-8](#).
72. [Volver arriba ↑](#) Zhong, J.; F. Leung (2007-01-05). ["Should borderline personality disorder be included in the fourth edition of the Chinese classification of mental disorders?"](#) *Chin Med J (English)* 120 (1): 77-82.
73. [Volver arriba ↑](#) Bolton, S.; J.G. Gunderson (September 1996). ["Distinguishing borderline personality disorder from bipolar disorder: differential diagnosis and implications"](#). *Am J Psychiatry* 153 (9): 1202-7.
74. [↑ Salta a: ^a ^b "Treatment of Patients With Borderline Personality Disorder"](#). *APA Practice Guidelines*. Retrieved on 2007-09-21.

75. [Volver arriba ↑](#) ["Differential Diagnosis of Borderline Personality Disorder"](#). *BPD Today*. Accedido el 2007-09-21.
76. [Volver arriba ↑](#) Goodwin, F.K.; K.R. Jamison (1990). *Manic-Depressive Illness*. New York: [Oxford University Press](#), pp. 108-110. <meta />[ISBN 0-19-503934-3](#).
77. [Volver arriba ↑](#) Akiskal, H.S.; B.I. Yerevanian, G.C. Davis, et al. (1985). "The nosologic status of borderline personality: Clinical and polysomnographic study". *Am J Psychiatry* (142): 192-8
78. [Volver arriba ↑](#) Gunderson, J.G.; G.R. Elliott (1985). "The interface between borderline personality disorder and affective disorder". *Am J Psychiatry*. (142):277-288.
79. [Volver arriba ↑](#) McGlashan, T.H. (1983). "The borderline syndrome: Is it a variant of schizophrenia or affective disorder?" *Arch Gen Psychiatry*. (40): 1319-23.
80. [Volver arriba ↑](#) Pope, H.G. Jr.; J.M. Jonas, J.I. Hudson, et al. (1983). "The validity of DSM-III borderline personality disorder: A phenomenologic, family history, treatment response, and long term follow up study." *Arch Gen Psychiatry* (40): 23-30.
81. [Volver arriba ↑](#) [BPD Central - borderline personality disorder resources - basics](#)
82. [Volver arriba ↑](#) Zanarini MC y otros *Gender differences in borderline personality disorder: findings from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study*[\[14\]](#) *Compr Psychiatry*. 2003 Jul-Aug;44(4):284-92
83. [Volver arriba ↑](#) BLACK, Dw et al. *Relationship of sex to symptom severity, psychiatric comorbidity, and health care utilization in 163 subjects with borderline personality disorder.*" [\[15\]](#) *Compr Psychiatry*. 2007 Sep-Oct;48(5):406-12. Epub 2007 Jul 5
84. [Volver arriba ↑](#) Bradley R, Zittel Conklin C, Westen D.[\[16\]](#) "The borderline personality diagnosis in adolescents: gender differences and subtypes." *J Child Psychol Psychiatry*. 2005 Sep;46(9):1006-19
85. [Volver arriba ↑](#) Ren-Patterson RF, Cochran LW, Holmes A, Lesch KP, Lu B, Murphy DL: "Gender-dependent modulation of brain monoamines and anxiety-like behaviors in mice with genetic serotonin transporter and BDNF deficiencies.", *Cell Mol Neurobiol*. 2006 Jul-Aug;26(4-6):755-80. Epub 2006 Sep 22 [PMID 17029036](#)
86. [↑](#) [Saltar a: ^a ^b ^c](#) Arntz, A. (septiembre 2005). "[Introduction to special issue: cognition and emotion in borderline personality disorder.](#)" *J Behav Ther Exp Psychiatry* 36 (3): 167-72. Accedida el 2007-09-21.
87. [Volver arriba ↑](#) Stiglmayr, C.E.; T. Grathwol, M.M. Leneham, et al. (May 2005). "[Aversive tension in patients with borderline personality disorder: a computer-based controlled field study.](#)" *Acta Psychiatr Scand* 111 (5): 372-9.
88. [Volver arriba ↑](#) Koenigsberg H.W.; P.D. Harvey, V. Mitropoulou, et al. (May 2002). "[Characterizing affective instability in borderline personality disorder](#)". *Am J Psychiatry* 159 (5): 784-8. Retrieved on 2007-09-21.
89. [Volver arriba ↑](#) Meyer, B.; M. Ajchenbrenner, D.P. Bowles (December 2005). "[Sensory sensitivity, attachment experiences, and rejection responses among adults with borderline and avoidant features](#)". *J Personal Disord* 19 (6): 641-58.
90. [Volver arriba ↑](#) Zanarini, M.C.; F.R. Frankenburg, C.J. DeLuca, et al. (1998). "[The pain of being borderline: dysphoric states specific to borderline personality disorder](#)". *Harvard Review of Psychiatry* 6 (4): 201-7.
91. [Volver arriba ↑](#) Levy, K.N.; K.B. Meehan, M. Weber, et al. (marzo-abril 2005). "[Attachment and borderline personality disorder: implications for psychotherapy](#)". *Psychopathology* 38 (2): 64-74.

92. [Volver arriba ↑](#) American Psychiatric Association (2001). "[Psychiatric Services](#)". *Psychiatr Serv* (52): 1569-70.
93. [Volver arriba ↑](#) Potter, N. (April 2006). "[What is manipulative behavior, anyway?](#)" *J Personal Disord.* 20 (2): 139-56; discussion 181-5.
94. [Volver arriba ↑](#) McKay, D.; C.A. Gavigan, S. Kulchysky (2004). "[Social skills and sex-role functioning in borderline personality disorder: relationship to self-mutilating behavior](#)". *Cogn Behav Ther* 33 (1): 27-35.
95. [Volver arriba ↑](#) Linehan, M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford. [<meta />ISBN 0-89862-183-6](#).
96. [Volver arriba ↑](#) Hoffman, P.D.; E. Buteau, J.M. Hooley, et al. (2003). "[Family members' knowledge about borderline personality disorder: correspondence with their levels of depression, burden, distress, and expressed emotion](#)". *Family Process* 42 (4): 469-78.
97. [Volver arriba ↑](#) Allen, D.M.; R.G. Farmer (January–February 1996). "[Family relationships of adults with borderline personality disorder](#)". *Compr Psychiatry* 37 (1): 43-51.
98. [Volver arriba ↑](#) Daley, S.E.; D. Burge, C. Hammen (August 2000). "[Borderline personality disorder symptoms as predictors of 4-year romantic relationship dysfunction in young women: addressing issues of specificity](#)". *J Abnorm Psychol* 109 (3): 451-60.
99. [Volver arriba ↑](#) Zanarini, M.C.; F.R. Frankenburg, E.D. Dubo, et al. (1998). "[Axis I Comorbidity of Borderline Personality Disorder](#)". *Am J Psychiatry*. (155): 1733-9..
100. [Volver arriba ↑](#) Gregory, R. (2006). "[Clinical Challenges in Co-occurring Borderline Personality and Substance Use Disorders](#)". *Psychiatric Times* XXIII (13).
101. [Volver arriba ↑](#) Eugen Davids y Markus Gastpar "Attention deficit hyperactivity disorder and borderline personality disorder" *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, Vol. 29, Número 6, julio 2005, pgs 865-877
102. [Volver arriba ↑](#) BOHUS, M y otros: "Attention-deficit hyperactivity disorder as a potentially aggravating factor in borderline personality disorder" *The British Journal of Psychiatry* (2008) 192: 118-123. doi: 10.1192/bjp.bp.107.035782 [PMID 18245028](#)
103. [Volver arriba ↑](#) Houston RJ, Ceballos NA, Hesselbrock VM, Bauer LO., "Borderline personality disorder features in adolescent girls: P300 evidence of altered brain maturation.", *Clin Neurophysiol.* 2005 Jun;116(6):1424-32
104. [Volver arriba ↑](#) Ceballos NA, Houston RJ, Hesselbrock VM, Bauer LO., "Brain maturation in conduct disorder versus borderline personality disorder" *Neuropsychobiology.* 2006;53(2):94-100
105. [Volver arriba ↑](#) Zweig-Frank, H. "Predictors of outcome in a 27-year follow-up of patients with borderline personality disorder." *Comprehensive Psychiatry*, Volume 43, Issue 2, Pages 103-107
106. [Volver arriba ↑](#) Links PS, Heslegrave R, van Reekum R: "Prospective follow-up study of borderline personality disorder: prognosis, prediction of outcome, and Axis II comorbidity", *Can J Psychiatry.* 1998 Apr;43(3):265-70 [PMID 9561315](#)
107. [Volver arriba ↑](#) Gundersson, JG; Zanarini, MC y otros: "Predictors of 2-year outcome for patients with borderline personality disorder", *Am J Psychiatry.* 2006 May;163(5):822-6 [PMID 16648322](#)
108. [Volver arriba ↑](#) Zanarini MC, Frankenburg FR, Hennen J, Reich DB y Silk KR: "Prediction of the 10-year course of borderline personality disorder", *Am J Psychiatry.* 2006 May;163(5):827-32 [PMID 16648323](#)

109. [Volver arriba ↑](#) Zanarini, M.C.; F.R. Frankenburg, J. Hennen, et al. (February 2005). "[Psychosocial functioning of borderline patients and axis II comparison subjects followed prospectively for six years](#)". *J Personal Disord* 19 (1): 19-29. Accedido el 2007-09-23.
110. [↑ Saltar a: ^a ^b ^c](#) OLDHAM, JM y otros: Practic guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder. Octubre 2001 [\[17\]](#)
111. [↑ Saltar a: ^a ^b](#) Binks, C.A.; M. Fenton, L. McCarthy, et al. (2006). "[Psychological therapies for people with borderline personality disorder](#)". *Cochrane Database Systematic Reviews* 25 (1): CD005652. Accedido el 2007-09-23.
112. [Volver arriba ↑](#) Aviram, R.B.; D.J. Hellerstein, J. Gerson, et al. (May 2004). "[Adapting supportive psychotherapy for individuals with Borderline personality disorder who self-injure or attempt suicide](#)". *J Psychiatr Pract* 10 (3): 145-55. Acceso el 2007-09-23.
113. [↑ Saltar a: ^a ^b](#) Gunderson, J.G. MD (2006-04-10). "[Borderline Personality Disorder - Psychotherapies](#)". *American Medical Network*.
114. [Volver arriba ↑](#) Hummelen, B.; T. Wilberg, S. Karterud (enero 2007). "[Interviews of female patients with borderline personality disorder who dropped out of group psychotherapy](#)". *Int J Group Psychother* 57 (1): 67-91.
115. [↑ Saltar a: ^a ^b](#) Clarkin, J. (junio-16-2007) "Science News". *American Journal of Psychiatry* 171 (24): 374.
116. [Volver arriba ↑](#) Davidson, K.; J. Norrie, P. Tyrer, et al. (octubre 2006). "[The effectiveness of cognitive behavior therapy for borderline personality disorder: results from the borderline personality disorder study of cognitive therapy \(BOSCOT\) trial](#)". *Journal of Personality Disorders* 20 (5): 450-65.
117. [Volver arriba ↑](#) Koerner, K.; M.M. Linehan (2000). "[Research on dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder](#)". *Psychiatric Clinics of North America* 23 (1): 151-67.
118. [Volver arriba ↑](#) Murphy, E. T. PhD; J. Gunderson MD (January 1999). "[A Promising TreatmentBorderline Personality Disorder](#)". *McLean Hospital Psychiatric Update..*
119. [Volver arriba ↑](#) Verheul, R.; L.M. Van Den Bosch, M.W. Koeter, et al. (febrero 2003). "[Dialectical behavioural therapy for women with borderline personality disorder: 12-month, randomised clinical trial in The Netherlands](#)". *British Journal of Psychiatry* (182): 135-40.
120. [Volver arriba ↑](#) Linehan, M.M.; K.A. Comtois, A.M. Murray, et al. (julio 2006). "[Ensayo aleatorizado controlado durante dos años de terapias dialéctico-conductuales vs. terapia por expertos en conductas suicidas y TLP](#)". *Archives of General Psychiatry* 63 (7): 757-66.
121. [Volver arriba ↑](#) Hazelton, M.; R. Rossiter, J. Milner (febrero- marzo 2006). "[Managing the 'unmanageable': training staff in the use of dialectical behaviour therapy for borderline personality disorder](#)". *Contemporary Nurse* 21 (1): 120-30.
122. [↑ Saltar a: ^a ^b](#) Giesen-Bloo, J.; R. van Dyck, P. Spinhoven, et al. (June 2005). "[Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: randomized trial of schema-focused therapy vs transference-focused psychotherapy](#)". *Archives of General Psychiatry* 63 (6): 649-58.
123. [Volver arriba ↑](#) Darden, M. (2006-10-10). "[New hope for an 'untreatable' mental illness](#)". *EurekAlert!*
124. [Volver arriba ↑](#) Nordahl, H.M., T.E. Nysaeter (September 2005). "[Schema therapy for patients with borderline personality disorder: a single case series](#)". *J Behav Ther Exp Psychiatry* 36 (3): 254-64.

125. [Volver arriba ↑](#) Ryle, A. (February 2004). "[The contribution of cognitive analytic therapy to the treatment of borderline personality disorder](#)". *J Personal Disord* 18 (1): 3-35.
126. [Volver arriba ↑](#) [LAPLANCHE, Jean](#), [PONTALIS, Jean-Bertrand](#) bajo la dirección de [LAGACHE, Daniel](#): [Diccionario de psicoanálisis](#), Editorial Labor, Barcelona [ISBN 84-335-1510-1](#)
127. [Volver arriba ↑](#) [DEUTSCH, Helene](#): "Some forms of emotionnal disturbance and their relationship to schizophrenia." (algunas formas de disturbio emocional y su relación con la [esquizofrenia](#)), *Psychoanalytic Quarterly*, 1942, t. | 11.
128. [Volver arriba ↑](#) Le séminaire livre XXIII: Le sinthome (El seminario -libro- XXIII: El sinthome), París: Seuil, 2005.
129. [Volver arriba ↑](#) Chemama, Roland & Vandermersch, Bernard (2004). «Artículo: Sinthome». *Diccionario del psicoanálisis*. Segunda edición revisada y ampliada. Buenos Aires & Madrid: Amorrortu editores. pp. 634 -635. [ISBN 950-518-105-1](#)
130. [Volver arriba ↑](#) En lo concreto el psicoanálisis se reconoce ineficaz para la cura de los TLP o borderlines como que se reconoce ineficaz para las psicosis.
131. [Volver arriba ↑](#) "[Borderline Personality Disorder](#)"..
132. [Volver arriba ↑](#) Bateman, A.; P. Fonagy (enero 2001). "[Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: an 18-month follow-up](#)". *American Journal of Psychiatry* 158 (1): 36-42.
133. [Volver arriba ↑](#) Millon, Theodore & Davis, Roger D. (1998/2004). *Trastornos de la personalidad. Más allá del DSM-IV*. quinta reimpresión. Barcelona: Editorial Masson. p. 716. [ISBN 978-84-458-0518-3](#).
134. [Volver arriba ↑](#) Levy, K.N.; J.F. Clarkin, L.N. Scott, *et al.* (2006). "[The mechanisms of change in the treatment of borderline personality disorder with transference focused psychotherapy](#)". *Journal of Clinical Psychology* (62): 481-501.
135. [Volver arriba ↑](#) Levy, K.N.; K.B. Meehan, K.M. Kelly, *et al.* (2006). "Change in attachment patterns and reflective function in a randomized control trial of transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder". *Journal of Consulting and Clinical Psychology* (74): 1027-1040.
136. [Volver arriba ↑](#) Clarkin, J.F. PhD; K.N. Levy, PhD, M. F. Lenzenweger, PhD, *et al.* (junio 2007). "[Evaluating Three Treatments for Borderline Personality Disorder: A Multiwave Study](#)". *The American Journal of Psychiatry* (164): 922-928.
137. [Volver arriba ↑](#) Fonagy P George Gergely G and Target M (2007)The parent–infant dyad and the construction of the subjective self. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 48:3/4, 288–328
138. [Volver arriba ↑](#) Bateman A and Fonagy P (2004) Psychotherapy for Borderline Personality Disorder: Mentalization based treatment. Oxford University Press p. 71
139. [Volver arriba ↑](#) Sugarman, A (2006). «Mentalization, insightfulness, and therapeutic action. The importance of mental organization». *International Journal of Psychoanalysis* 87 (4): 965-87. [PMID 16877247](#).
140. [Volver arriba ↑](#) Bateman A and Fonagy P (2004) *Psychotherapy for Borderline Personality Disorder: Mentalization based treatment*. Oxford University Press Ch. 5
141. [Volver arriba ↑](#) Bateman A & Fonagy P (2008) "8-Year Follow-Up of Patients Treated for Borderline Personality Disorder." *American Journal of Psychiatry*, 165 (5)

142. [Volver arriba ↑](#) Kaplan, P y otros: "Aripiprazole in the treatment of patients with borderline personality disorder: a double-blind, placebo-controlled study." *Am J Psychiatry*. 2006 May;163(5):833-8 [PMID 16648324](#)
143. [Volver arriba ↑](#) Nickel MK, Loew TH, Pedrosa Gil F: "Aripiprazole in treatment of borderline patients, part II: an 18-month follow-up." *Psychopharmacology (Berl)*. 2007 May;191(4):1023-6. Epub 2007 Feb 23
144. [Volver arriba ↑](#) Suppes T, Eudicone J, McQuade R, Pikalov A 3rd, Carlson B: "Efficacy and safety of aripiprazole in subpopulations with acute manic or mixed episodes of bipolar I disorder." *J Affect Disord*. 2007 Sep 26, [PMID 17904226](#)
145. [Volver arriba ↑](#) Ferreri MM, Loze JY, Rouillon F, Limosin F: "Clozapine treatment of a borderline personality disorder with severe self-mutilating behaviours." *Eur Psychiatry*. 2004 May;19(3):177-8 [PMID 15158928](#)
146. [Volver arriba ↑](#) Chengappa KN, Ebeling T, Kang JS, Levine J, Parepally H: "Clozapine reduces severe self-mutilation and aggression in psychotic patients with borderline personality disorder." *J Clin Psychiatry*. 1999 Jul;60(7):477-84 [PMID 1045380](#)
147. [Volver arriba ↑](#) Dettling M, Cascorbi I, Opgen-Rhein C, Schaub R: "Clozapine-induced agranulocytosis in schizophrenic Caucasians: confirming clues for associations with human leukocyte class I and II antigens." *Pharmacogenomics J*. 2007 Oct;7(5):325-32. Epub 2006 Oct 17 [PMID 17001352](#)
148. [Volver arriba ↑](#) Zanarini MC, Frankenburg FR: "Olanzapine treatment of female borderline personality disorder patients: a double-blind, placebo-controlled pilot study", *J Clin Psychiatry*. 2001 Nov; 62(11):849-54 [PMID 11775043](#)
149. [Volver arriba ↑](#) George Nurnberg y otros: "Olanzapine versus placebo in the treatment of borderline personality disorder." *J Clin Psychiatry*. 2004 Jan;65(1):104-9 [PMID 14744178](#)
150. [Volver arriba ↑](#) Zanarini MC, Frankenburg FR, Parachini EA: "A preliminary, randomized trial of fluoxetine, olanzapine, and the olanzapine-fluoxetine combination in women with borderline personality disorder." *J Clin Psychiatry*. 2004 Jul;65(7):903-7 [PMID 15291677](#)
151. [Volver arriba ↑](#) Soler J, Pascual JC, Campins J, Barrachina J, Puigdemont D, Álvarez E, Pérez V: "Double-blind, placebo-controlled study of dialectical behavior therapy plus olanzapine for borderline personality disorder." *Am J Psychiatry*. 2005 Jun;162(6):1221-4 [PMID 15930077](#)
152. [Volver arriba ↑](#) Bellino S, Paradiso E, Bogetto F: "Efficacy and tolerability of quetiapine in the treatment of borderline personality disorder: A pilot study." *J Clin Psychiatry*. 2006 Jul;67(7):1042-6, [PMID 16889446](#)
153. [Volver arriba ↑](#) Perrella C, Carrus D, Costa E, Schifano F: "Quetiapine for the treatment of borderline personality disorder; an open-label study." *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2007 Jan 30;31(1):158-63, [PMID 17045720](#)
154. [Volver arriba ↑](#) Rocca P, Marchiaro L, Cocuzza E, Bogetto F: "Treatment of borderline personality disorder with risperidone." *J Clin Psychiatry*. 2002 Mar;63(3):241-4 [PMID 11926724](#)
155. [Volver arriba ↑](#) [Estudio de la Universidad de Alabama en Birgmingham en curso](#)
156. [Volver arriba ↑](#) [Saltar a: ^a ^b](#) Binks, C.A.; M. Fenton, L. McCarthy, *et al.* (2006). "[Pharmacological interventions for people with borderline personality disorder](#)". The Cochrane Database of Systematic Reviews (4).
157. [Volver arriba ↑](#) Stoffers, Jutta; Birgit A Völlm, Gerta Rücker, Antje Timmer, Nick Huband, Klaus Lieb (2010). «Pharmacological interventions for borderline

- personality disorder». *Cochrane Database of Systematic Reviews (Online)* 6: CD005653. [ISSN 1469-493X](#). doi:[10.1002/14651858.CD005653.pub2](#).
158. [Volver arriba ↑](#) Kramer, PD *Listening to Prozac*, Viking Press, junio de 1993, ISBN 0-670-84183-8
159. [Volver arriba ↑](#) Siever, L.J.; H.W. Koenigsberg (2000). "[The frustrating no-man's-land of borderline personality disorder](#)" (PDF). *Cerebrum, The Dana Forum on Brain Science* 2 (4).
160. [Volver arriba ↑](#) Grootens, K.P.; R.J. Verkes (enero de 2005). "[Emerging evidence for the use of atypical antipsychotics in borderline personality disorder](#)". *Pharmacopsychiatry* 38 (1): 20-3.
161. [Volver arriba ↑](#) Casey, D.E. (1985). "[Tardive dyskinesia: reversible and irreversible](#)". *Psychopharmacology Suppl* (2): 88-97.
162. [Volver arriba ↑](#) Ruetsch, O.; A. Viala, H. Bardou, et al. (julio-agosto de 2005). "[Psychotropic drugs induced weight gain: a review of the literature concerning epidemiological data, mechanisms and management](#)". *Encephale* (4 Pt 1): 507-16.
163. [Volver arriba ↑](#) Egger C., "Topiramate treatment for women with borderline personality disorder: a double-blind, placebo-controlled study." *J Clin Psychopharmacol*. 2006 Feb;26(1):61-6. [PMID 16415708](#)
164. [Volver arriba ↑](#) Bellino S, Paradiso E, Bogetto F., "Oxcarbazepine in the treatment of borderline personality disorder: a pilot study." *J Clin Psychiatry*. 2005 Sep;66(9):1111-5 [PMID 16187767](#)
165. [Volver arriba ↑](#) Bolm T, Piegler T., *Naltrexone in the treatment of dissociative disorders--reflections with regard to a comprehensive therapeutic concept of borderline disorders* *Psychiatr Prax*. 2001 Jul;28(5):214-8 [PMID 11479827](#)
166. [Volver arriba ↑](#) Lieb K. y otros, "Clonidine in acute aversive inner tension and self-injurious behavior in female patients with borderline personality disorder." *J Clin Psychiatry*. 2004 Oct;65(10):1414-9 [PMID 15491247](#)
167. [Volver arriba ↑](#) Sieswerda, LE y otros, "Omega-3 fatty acids as treatments for mental illness: which disorder and which fatty acid?" [\[18\]](#), *Lipids Health Dis*. 2007 Sep 18;6:21 [PMID 17877810](#)
168. [Volver arriba ↑](#) Zanarini, M.C.; Frankenburg, F.R. (March - April 2001). "[Treatment histories of borderline inpatients](#)." *Comprehensive Psychiatry* 42(2): 144-50.
169. [Volver arriba ↑](#) Zanarini, M.C.; F.R. Frankenburg, J. Hennen, et al. (enero de 2004). "[Mental health service utilization by borderline personality disorder patients and Axis II comparison subjects followed prospectively for 6 years](#)." *J Clin Psychiatry* 65 (1): 28-36.
170. [Volver arriba ↑](#) Fallon, P. (agosto 2003). "[Travelling through the system: the lived experience of people with borderline personality disorder in contact with psychiatric services](#)." *J Psychiatr Ment Health Nurs* 10 (4): 393-401.
171. [Volver arriba ↑](#) Links, P.; Y. Bergmans, S. Warwar ([July 1 2004](#)). "[Assessing Suicide Risk in Patients With Borderline Personality Disorder](#)." *Psychiatric Times* XXI (8). Accedido el 2007-09-23.
172. [Volver arriba ↑](#) Cleary, M.; N. Siegfried, G. Walter (September 2002). "[Experience, knowledge and attitudes of mental health staff regarding clients with a borderline personality disorder](#)". *Australian and New Zealand Journal of Ophthalmology* 11 (3): 186-191. Accedido el 2007-09-23.
173. [Volver arriba ↑](#) Nehls, N. (agosto 1999). "[Borderline personality disorder: the voice of patients](#)". *Res Nurs Health* (22): 285-93.

174. [Volver arriba ↑](#) Deans, C.; E. Meocevic "[Attitudes of registered psychiatric nurses towards patients diagnosed with borderline personality disorder](#)". *Contemporary Nurse*..
175. [Volver arriba ↑](#) Krawitz, R. (julio 2004). "[Borderline personality disorder: attitudinal change following training](#)". *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 38 (7): 554.
176. [Volver arriba ↑](#) Soler, J.; J.C. Pascual, J. Campins, et al. (junio 2005). "[Double-blind, placebo-controlled study of dialectical behavior therapy plus olanzapine for borderline personality disorder](#)". *Am J Psychiatry* 162 (6): 1221-4.
177. [Volver arriba ↑](#) Simpson, E.B.; S. Yen, E. Costello, et al. (marzo de 2004). "[Combined dialectical behavior therapy and fluoxetine](#)". *Journal of Clinical Psychiatry* 65 (3): 379-85.
178. [Volver arriba ↑](#) Kaplan, C.A. (septiembre de 1986). "[The challenge of working with patients diagnosed as having a borderline personality disorder](#)." *Nurs Clin North Am* 21 (3): 429-38.
179. [Volver arriba ↑](#) Aviram, R.B.; B.S. Brodsky, B. Stanley (octubre de 2006). "[Borderline Personality Disorder, Stigma, and Treatment Implications](#)." *Harvard Review of Psychiatry* 14 (5). Accedido el 2007-09-23.
180. [Volver arriba ↑](#) American Psychiatric Association (octubre 2001). "Practice Guideline for the Treatment of Patients With Borderline Personality Disorder". *Am J Psychiatry*.
181. [Volver arriba ↑](#) Zanarini, M.C.; F.R. Frankenburg, J. Hennen, et al. (2004). "[Axis I comorbidity in patients with borderline personality disorder: 6-year follow-up and prediction of time to remission](#)". *Am J Psychiatry* 161 (11): 2108-14.
182. [Volver arriba ↑](#) Warner, S.; T. Wilkins (2004). "[Between Subjugation and Survival: Women, Borderline Personality Disorder and High Security Mental Hospitals](#)". *Journal of Contemporary Psychotherapy* 34 (3): 1573-3564.
183. [Volver arriba ↑](#) Flory, L. (2004). [Understanding borderline personality disorder](#). London: Mind. Visitado el 2007-09-23.
184. [Volver arriba ↑](#) Campling, P. (2001). "[Therapeutic communities](#)". *Advances in Psychiatric Treatment* (7): 365-372.
185. [Volver arriba ↑](#) SEVERENS JL "The cost of borderline personality disorder: societal cost of illness in BPD-patients." [\[19\]](#) *Eur Psychiatry*. 2007 Sep;22(6):354-61. Epub 2007 Jun 4.
186. [Volver arriba ↑](#) Singleton, N.; H. Meltzer, R. Gatward with The Department of Health (1998-10-13). [Psychiatric morbidity among prisoners in England and Wales](#). London: The Stationery Office. <meta />[ISBN 0-11-621045-1](#).
187. [Volver arriba ↑](#) Robinson DJ. *Reel Psychiatry: Movie Portrayals of Psychiatric Conditions*. Port Huron, Michigan: Rapid Psychler Press. p. 234. [ISBN 1-894328-07-8](#).
188. [Volver arriba ↑](#) Wedding D, Boyd MA, Niemiec RM (2005). *Movies and Mental Illness: Using Films to Understand Psychopathology*. Cambridge, MA: Hogrefe. p. 59. [ISBN 0-88937-292-6](#).
189. [Volver arriba ↑](#) Robinson (Reel Psychiatry: Movie Portrayals of Psychiatric Conditions), p. 235
190. [Volver arriba ↑](#) Bandelow, Borwin (2007). *Celebrities: Vom schwierigen Glück, berühmt zu sein* (en alemán). Rowohlt Taschenbuch Verla. [ISBN 9783499622755](#).

-21.17.13)- Bibliografía.

-En español:

- American Psychiatric association. (2002). *Guía clínica para el tratamiento del trastorno límite de la personalidad*. Barcelona: ARS Médica. [ISBN 84-9706-037-7](#).
 - Bergeret, Jean (2008). *La personalidad normal y patológica*. Gedisa. [ISBN 84-7432-091-7](#).
 - Brandt, L. & Giovacchini, P. & Lobel, L. & otros. (1989). *Adolescentes Borderline*. Nueva Visión SAIC. [ISBN 950-602-192-9](#).
 - Cancrini, Luigi. (2007). *Océano Borderline: Viajes por una patología inexplorada*. Primera edición. Ediciones Paidós. [ISBN 978-84-493-2013-2](#).
 - López-Ibor Aliño, Juan J. & Valdés Miyar, Manuel (dir.) (2002). *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado*. Barcelona: Editorial Masson. [ISBN 978-84-458-1087-3](#).
 - Grossman, Seth & Millon, Carrie & Meagher, Sarah & Ramnath, Rowena (2006). *Trastornos de la personalidad en la vida moderna*. Barcelona: Editorial Masson & Elsevier. [ISBN 978-84-458-1538-0](#).
 - Haro, Gonzalo & Martínez-Raga, José (2005). *Trastorno Límite de la personalidad, paradigma de la comorbilidad psiquiátrica*. Editorial Médica Panamericana. [ISBN 978-84-7903-167-1](#).
 - Kernberg, Otto (2001). *Desórdenes fronterizos y narcisismo patológico*. Barcelona: Editorial Paidós. [ISBN 978-84-493-1051-5](#).
 - Millon, Theodore & Davis, Roger D. (2004). *Trastornos de la personalidad. Más allá del DSM-IV*. Barcelona: Editorial Masson. [ISBN 978-84-458-0518-3](#).
 - Mosquera Barral, M^a Dolores (2004). *Diamantes en Bruto I - Un acercamiento al trastorno límite de la personalidad*. Ediciones Pléyades. [ISBN 978-84-609-0595-0](#).
 - Mosquera Barral, M^a Dolores (2007). *Trastorno límite de la personalidad. Profundizando en el caos*. Madrid: Ediciones Pléyades. [ISBN 978-84-934645-3-0](#).
 - Roca Bennasar, M. (coordinador) (2004). *Trastornos de la personalidad*. Sociedad Española de Psiquiatría: ARS Médica.
 - Kernberg, O. (1997). *La agresión en las perversiones y en los desórdenes de la personalidad*. Buenos Aires: Editorial Paidós. [ISBN 978-950-12-4179-2](#).
 - Kernberg, O. (1992). *Trastornos graves de personalidad*. México: Manual Moderno. [ISBN 978-968-426-418-2](#).
 - Yeomans, Frank E.; Clarkin, John F.; Kernberg, Otto F. (2016). *Psicoterapia centrada en la transferencia. Su aplicación al Trastorno Límite de la Personalidad*. Bilbao: Desclée de Brouwer. [ISBN 978-84-330-2883-9](#).
 - Boll, Sabrina. «Terapia del trastorno límite de la personalidad». *Mente y Cerebro*. 36, 2009, págs. 20-27.
 - Díaz Marsa, Marina, M. Kazuhiro Tajima Pozo y José Luis Carrasco. «El trastorno límite de la personalidad». *Mente y Cerebro*. 36, 2009, págs. 12-19.
 - Barmaimon Enrique, Tratado de Neuroanatomía Funcional. 3 volúmenes. Ed. EDUSMP.(1984).Lima, Perú.
 - .- Barmaimon Enrique. 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.
 - .-Barmaimon Enrique. Historia Medicina, Psiquiatría, Gerontología, Envejecimiento y Geriatria. (2015). 1ª Ed. Virtual. Montevideo, Uruguay. .
 - .-Barmaimon,Enrique.(2015).Historia Ciencias Cognitivas.3 Tomos. 1ªEd. 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- Medicina Perioperatoria. 6 Tomos. 1ª Ed. Virtual.
- Barmaimon, Enrique.2017- Anestesia Locorregional- 6 Tomos.. 1ª Ed. Virtual.11-
- Barmaimon, Enrique- 2017- Libros Anestesia en Urología- 6 Tomos- 1ª.Ed. Virtual.
- [Biblioteca Virtual en Salud](#) (BVS).

-En alemán:

- Bohus, M.: *Borderline-Störung*, Hogrefe-Verlag, 1ª Edición (2002), [ISBN 3-8017-1096-3](#)
- Bronhish, T.; Bohus, M.; Dose, M.; Reddemann L.; Unkel, C.: *Krisenintervention bei Persönlichkeitsstörungen*, Klett Cotta Verlag, Stuttgart 2005, [ISBN 3-608-89007-6](#) Una fuente importante para este artículo.
- Herman, J.: *Die Narben der Gewalt*, Junfermann, 2003, [ISBN 3-87387-525-X](#) Una obra bien conocido en círculos profesionales desde el año 1992 que trata en particular la historia de las investigaciones psiquiátricas y con el tema de la violencia oculta en la sociedad. Se contemplan las perturbaciones de la personalidad Borderline desde un punto de vista nuevo y comprensivo. En relación a este artículo es una fuente suplementaria.
- Huber, M.: *Trauma und die Folgen, Tomo 1*, Junfermann, 2003, [ISBN 3-87387-510-1](#) El tema principal de este tomo son los trastornos disociativos. Las conexiones de éstas con el TLP se tratan en diversos lugares. En relación a este artículo es una fuente suplementaria.
- Kernberg, O. F.; Dulz, B.; Sachsse, U. y otros: *Handbuch der Borderline-Persönlichkeitsstörungen*, Schattauer, Stuttgart 2001, [ISBN 3-7945-1850-0](#) Una obra de referencia en la materia, con 65 autores reconocidos en 965 páginas. Una fuente principal en algunos apartados de este artículo.
- Kreisman J. J.; Straus, H.: *Zerrissen zwischen Extremen*, Kösel, 2. 2ª Edición (2007), [ISBN 978-3-466-30696-1](#)
- Kreisman J. J.; Straus, H.: *Ich hasse dich, verlaß' mich nicht. Die schwarzweiße Welt der Borderline-Persönlichkeit*, Kösel, 15. 15ª edición (2005), [ISBN 3-466-30326-5](#) También disponible en inglés bajo el título *I Hate You, Don't Leave Me: Understanding the Borderline Personality*.
- Linehan, M. M.: *Dialektisch. Behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung*, CIP-Medien (1996), [ISBN 3-9803074-8-4](#) Libro de una de las más indiscutidas autoridades mundiales, que desarrolló la terapia dialéctica conductual.
- Rohde-Dachser, C.: *Das Borderline-Syndrom*, Huber, 6. 6ª Edición (2004), [ISBN 3-456-83500-0](#).

-En inglés:

- Bateman, A. W. y Fonagy, P.: *Mentalization-based treatment of BPD*, Journal of Personality Disorders, febrero de 2004 18 (1): 36-51.
- Clarkin, J. F.; Marziali, E. y Munroe-Blum, H.: *Borderline Personality Disorder: Clinical and Empirical Perspectives*. Guilford press, 1992 [Leer en google books](#) [ISBN 0-89862-262-X](#)
- Fonagy, P.; Bateman, A. W.: (abril de 2006). *Mechanisms of change in mentalization-based treatment of BPD*. J. Clin Psychol, abril de 2006, 62 (4): 411-30.
- Horowitz, M. J.: *Psychotherapy for Borderline Personality: Focusing on Object Relations*, The American Journal of Psychiatry, mayo de 2006, 163 (5): 944-5.
- Linehan, M. M.; Tutek, D. A.; Heard, H.L. y otros: *Interpersonal Outcome of Cognitive Behavioral Treatment for Chronically Suicidal Borderline Patients*. The American Journal of Psychiatry, diciembre de 1994 151 (12): 1771.
- Mahari, A. J.: *The legacy of abandonment in borderline personality disorder*, [Phoenix Rising Publications](#), junio de 2006 [ISBN 1-4276-1453-9](#)

- Vinocur, D.: *Mental representations, interpersonal functioning and childhood trauma in personality disorders*. Long Island University: The Brooklyn Center, 2005 AAT 3195364.
- Zeigler-Hill, V.; y Abraham, P.: *Borderline personality features: Instability of self-esteem and affec*. Journal of Social & Clinical Psychology, junio de 2006 25 (6): 668-687.

-21.17.14)- Enlaces Externos.

-En español:

-Secciones de artículos y documentación en español:

- [Sin límite – Documentos](#) (artículos y noticias sobre el TLP. Foros de ayuda y soporte)
- [Discapnet/Borderline – Documentos](#) (5 artículos escritos por profesionales en español, muchos otros sobre aspectos generales).

-Agrupaciones de familiares de afectados:

- [Directorio de Asociaciones de ayuda al Trastorno Límite de la Personalidad en España](#)
- [Fundación ACAI-TLP](#) (asociación de afectados y familiares de TLP)
- [Asociación Madrileña de Ayuda e Investigación del Trastorno Límite de la Personalidad \(AMAI TLP\)](#).

-Fundaciones de ayuda e investigación de trastornos de la personalidad de familiares de afectados:

- [ARMAI TLP – Fundación de ayuda e investigación de trastornos de la personalidad \(TLP\)](#).

-Relatos de recuperación del TLP de y para personas afectadas:

- [Borderline, desde la frontera – Libro gratuito que narra la recuperación de una paciente \(basado en una historia real\)](#)

-En inglés:

- [Mental health today](#). Noticias de investigación científica sobre el TLP (Inglés)
- NHS. National Institute for Health and Clinical Excellence. [Borderline personality disorder: treatment and management. Clinical guidelines](#).
- Esta obra contiene una traducción derivada de [Borderline personality disorder](#) 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](#).
- Esta obra contiene una traducción derivada de [Borderline-Persönlichkeitsstörung](#) de Wikipedia en alemán, publicada por [sus editores](#) bajo la [Licencia de documentación libre de GNU](#) y la [Licencia Creative Commons Atribución-CompartirIgual 3.0 Unported](#).

-Obtenido de

«<https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Trastorno límite de la personalidad&oldid=103046038>»

-Categoría:

- [Trastornos de la personalidad](#)
- Se editó esta página por última vez el 31 octubre 2017 a las 10:43.

- 21.18)- TRASTORNO HISTRIÓNICO DE LA PERSONALIDAD.
-De Wikipedia, la enciclopedia libre .

Trastorno histriónico de la personalidad	
Clasificación y recursos externos	
Especialidad	Psiquiatría
CIE-10	F60.4
CIE-9	301.50
MedlinePlus	001531
MeSH	D006677

El trastorno histriónico de la personalidad (THP), está definido por la [Asociación Americana de Psiquiatría](#), como el trastorno de la personalidad, caracterizado por un patrón de excesiva búsqueda de atención, que generalmente comienza en la edad temprana adulta, incluyendo un comportamiento seductor inapropiado, y una excesiva necesidad de aprobación.

.Los sujetos histriónicos son muy animados, dramáticos, vivaces, entusiastas y coquetos. El THP afecta cuatro veces más a las mujeres, que a los hombres.¹ Tiene una prevalencia del 2-3% de la población general, y del 10-15% de los ingresos y salidas, en las instituciones mentales.² El THP forma parte del grupo dramático de los trastornos de personalidad.³.

.Las personas con THP tienen una gran necesidad de atención, realizan apariciones inapropiadas y llamativas, expresan sus emociones de forma intensa o excesiva, y pueden ser fácilmente influenciadas por otras personas. Conductas asociadas incluyen: [egocentrismo](#), [hedonismo](#), deseo continuo de apreciación, y comportamiento manipulador persistente, para conseguir sus propios objetivos.

-Índice:

-21.18)- TRASTORNO HISTRIÓNICO DE LA PERSONALIDAD.

-21.18.1)- [Descripción](#).

-21.18.2)- [Causas](#).

-21.18.3)- [Características](#).

-21.18.4)- [Véase También](#).

-21.18.5)- [Referencias](#).

-21.18.6)- [Bibliografía](#) .

-21.18.1)- Descripción.

-Personas con THP en general, son altamente funcionales, tanto social como profesionalmente. Suelen tener buenas habilidades sociales, a pesar de tender a usarlas para manipular a otros, y convertirse así en el centro de atención.⁴.

.THP también puede afectar a las relaciones personales o sentimentales, así como a su habilidad, para soportar las pérdidas o los fracasos. Pueden buscar tratamiento para la [depresión](#), cuando una relación romántica o personal cercana, termina.⁵.

.Individuos con THP, suelen equivocarse al ver su propia situación personal de forma realista, dramatizando y exagerando sus dificultades. También pueden cambiar de trabajo frecuentemente, de la misma forma, que suelen aburrirse fácilmente, y pueden preferir dejarlo por [frustración](#) : en vez de afrontarlo. Es por esto, que siempre están buscando lo novedoso y lo excitante, lo que les podría llevar a situaciones peligrosas. Todos estos factores, les llevan a tener mayor riesgo de depresión clínica.⁶.

-21.18.2)- Causas.

-Hay poca investigación sobre las causas y tratamiento de este trastorno.

-21.18.3)- Características.

-Según criterios [DSM IV](#):-⁷: Un patrón general de excesiva emotividad y una búsqueda de atención, que se manifiestan al principio de la edad adulta, y se dan en diversos contextos, como lo indican cinco o más, de los siguientes ítems:

1. No se siente cómodo en las situaciones en las que no es el centro de atención.
2. La interacción con los demás suele estar caracterizada por un comportamiento sexualmente seductor o provocador.
3. Muestra una expresión emocional superficial y rápidamente cambiante.
4. Utiliza permanentemente el aspecto físico, para llamar la atención sobre sí mismo.
5. Tiene una forma de hablar excesivamente subjetiva, y carente de matices.
6. Muestra autodramatización, teatralidad y exagerada expresión emocional.
7. Es sugestionable, por ejemplo, fácilmente influenciado por los demás, o por las circunstancias.
8. Considera sus relaciones más íntimas de lo que son en realidad.

-21.18.4)- Véase También.

- [Ensoñación excesiva](#);
- [Trastorno de personalidad](#);
- [Trastorno antisocial de la personalidad](#);
- [Trastorno límite de la personalidad](#).

-21.18.5)- Referencias.

1. [Volver arriba ↑](#) Seligman, Martin E.P. (1984). «Chapter 11». *Abnormal Psychology*. W. W. Norton & Company. [ISBN 0-393-94459-X](#).
2. [Volver arriba ↑](#) «Chapter 16: Personality Disorders». *DSM-IV-TR Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. American Psychiatric Publishing. 2000.
3. [Volver arriba ↑](#) PSICOMED.NET. «[Trastornos de la personalidad](#)».
4. [Volver arriba ↑](#) «[Histrionic Personality Disorder](#)». The Cleveland Clinic.
5. [Volver arriba ↑](#) Medline Plus. «[Trastorno histriónico de la personalidad](#)».
6. [Volver arriba ↑](#) «[Histrionic personality disorder](#)». PubMed Health.
7. [Volver arriba ↑](#) [Trastorno histriónico de la personalidad](#).

-21.18.6)- Bibliografía.

- López-Ibor Aliño, Juan J. & Valdés Miyar, Manuel (dir.) (2002). *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado*. Barcelona: Editorial Masson. [ISBN 978-84-458-1087-3](#).
- Millon, Theodore & Davis, Roger D. *Trastornos de la personalidad. Más allá del DSM-IV*. Primera edición 1998. Reimpresiones 1999 (2), 2000, 2003, 2004. Barcelona: Editorial Masson. [ISBN 978-84-458-0518-3](#).
- – & Grossman, Seth & Millon, Carrie & Meagher, Sarah & Ramnath, Rowena. *Trastornos de la personalidad en la vida moderna*. Primera edición 2001, segunda edición 2006. Barcelona: Editorial Masson & Elsevier. [ISBN 978-84-458-1538-0](#).

-Obtenido de

«[https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Trastorno histrionico de la personalidad&ol did=101410515](https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Trastorno_histrionico_de_la_personalidad&ol did=101410515)»

-Categoría:

- [Trastornos de la personalidad](#).
- Se editó esta página por última vez el 26 agosto 2017 a las 10:39.

-21.19)- TRASTORNO ANTISOCIAL DE LA PERSONALIDAD.

-De Wikipedia, la enciclopedia libre.

-El trastorno de personalidad antisocial (TPA), a veces llamado sociopatía, es una patología psiquiátrica. Las personas que la padecen, no pueden adaptarse a las normas sociales, como son las leyes y los derechos individuales. Si bien puede ser detectada a partir de los 18 años de edad, se estima que los síntomas y características, vienen desarrollándose desde la adolescencia. Antes de los 15 años, debe detectarse una sintomatología similar, pero no tan acentuada, se trata del trastorno disocial de la personalidad.

-Las personas que padecen este trastorno sufren un mal de índole psiquiátrica, un grave cuadro de personalidad antisocial, que les hace rehuir las normas preestablecidas; no saben y no pueden moldearse a ellas. A pesar de que saben que están haciendo un mal, actúan por impulso, cometiendo incluso delitos graves. Es común que se confunda este trastorno con otros conceptos parecidos, como podrían ser la conducta criminal, el [comportamiento antisocial](#), o la [psicopatía](#). Pero son trastornos, aunque relacionados, de diferentes características, con otros tratamientos y consecuencias.

-Índice.

-21.19)- TRASTORNO ANTISOCIAL DE LA PERSONALIDAD.

-21.19.1)- [Definición e Identificación de la Conducta](#).

-21.19.2)- [Características de la Conducta Antisocial](#).

-21.19.3)- [Causas](#).

-21.19.4)- [Síntomas y Síndrome Antisocial](#).

-21.19.5)- [Factores Influyentes a la Conducta Antisocial en Niños y Adolescentes](#).

-21.19.6)- [Tratamiento](#).

-21.19.7)- [Véase También](#).

-21.19.8)- [Referencias](#).

-21.19.9)- [Bibliografía](#).

Trastorno de personalidad antisocial



En 1904, [Emil Kraepelin](#) examinó por primera vez con metodología científica, los tipos de personalidades similares al trastorno antisocial de la personalidad, y sirvió de base para la creación de este diagnóstico.¹

Clasificación y recursos externos

Especialidad	Psiquiatría
CIE-10	F60.2
CIE-9	301.7
CIAP-2	P80
MedlinePlus	000921
PubMed	Buscar en Medline mediante PubMed (en inglés)

Sinónimos

Personalidad sociopática

Desórdenes o trastornos de personalidad antisocial

-21.19.1)- Definición e Identificación de la Conducta.

-De acuerdo con estudios de la conducta antisocial, se ha estipulado la dificultad de identificar este trastorno. Reconsiderando así la falta de atención por medio de agentes externos , ya sea educadores, familiares, etc., en estas conductas se han dejado pasar por alto, muchas de sus características, para lograr una identificación de este trastorno en el individuo.

-Para poder lograr la identificación de este trastorno, existen factores con los que se tendrá que trabajar, comenzando con la comparación de la conducta normal, ya que estas conductas antisociales, suelen surgir eventualmente en el desarrollo normal , incluyendo la variación de sexo, matizando los altos índices de conducta antisocial en niños y adolescentes, que conllevan un desarrollo o patrón de cambio normal en su vida.

.Un ejemplo de este argumento, está presente en los estudios que hicieron Achenbach y Edelbrock , en 1981, quienes observaron altos índices , desde un 20-50 por 100, de conductas antisociales específicas en menores de 4 a 16 años, tales como destrucción y desobediencia en el hogar.

.Por otro lado, estos indicios son relativamente variantes, ya que por su significado histórico-cultural y geográfico, no pueden ser un eje de generalización, no obstante la comparecencia de estos rasgos de conductas, sí es común en las etapas de desarrollo normal. La diversidad de sexo, es también un factor que influye en las conductas antisociales, como etapa del desarrollo , según Kazdin, Alan E. & Buela-Casal, Gualberto, en 1994.

-En conjunto, para la identificación de las conductas antisociales, hay que tener presente las normas de conducta en el desarrollo normal, rechazando la certeza, en que por peleas y/o distracciones, se defina un cuadro clínico en ese individuo, sin antes tener en cuenta su edad y sexo.².

-21.19.2)- Características De la Conducta Antisocial.

Por medio del marco de evidencias de las conductas patentizadas en el individuo, se puede catalogar la magnitud en la persona. Según Kazdin & Buela-Casal en su estudio, em 1994, se encuentran evidencias primordiales, que sirven de guía para poder identificar, algún trastorno clínico en la personalidad del individuo; una de estas, es la frecuencia e intensidad de conductas, determinadas por el alto alcance del producto de tal conducta, que la frecuencia de la conducta durante el desarrollo normal en el individuo , ej.: niño.

-Otra de las características que se observa es la repetición, la longanimidad y magnitud de la conducta en el individuo, siendo , según los estudios realizados por los autores mencionados, una guía para poder definir niveles de la conducta antisocial. Como ejemplo tenemos la conducta de aislamiento, esta conducta puede que no llame la atención a externos, pero su tiempo, es decir, su extensión, junto con el comportamiento antes indicado, sí conlleva un alto valor.

-Por tanto, las características presentes son combinadas con el proceso de determinación en índices clínicos de la conducta antisocial. Quiere decir , que los niños que presenten todos estos manifestos, como: gravedad en la conducta, frecuencia y variantes, no son justificados como para algún tratamiento clínico, ya que por su desarrollo de identificación de la conducta, está en combinación con su desarrollo normal.².

-21.19.3)- Causas.

-Se estima que este trastorno es causado por una variedad de factores. Muchos son de índole genética, pero también tiene mucha importancia, el entorno de la persona, especialmente el de los familiares directos, en su posterior desarrollo. Los investigadores también consideran, que existen factores biológicos, que pueden contribuir en su progreso. La manifestación de procesos químicos anormales en el sistema nervioso, y posibles daños en las partes del cerebro, que atañen a la toma de decisiones, pueden llegar a despertar un comportamiento impulsivo y agresivo. Otra de las causas de TPA, puede ser el abuso de [estupefacientes](#).

-21.19.4)- Síntomas y Síndrome Antisocial.

-Si bien la sociopatía es más común entre los hombres que en las mujeres, no existen barreras de ninguna clase para padecerlo. Pero para ser diagnosticado, la persona debe tener al menos 18 años de edad, aunque por lo menos desde los 15 años, ya puede presentar algunos síntomas, para que el trastorno sea dictaminado con precisión.

-Entre las características más comunes del TPA, se encuentran la ausencia de [empatía](#) y remordimiento, también una visión de la autoestima distorsionada, una constante búsqueda de nuevas sensaciones, que pueden llegar a extremos insólitos, la deshumanización de la víctima, o la falta de preocupación a las consecuencias.

.El [egocentrismo](#), la [megalogomanía](#), la falta de responsabilidad, la extroversión, el exceso de [hedonismo](#), altos niveles de impulsividad, o la motivación por experimentar sensaciones de control y poder, también son muy comunes. Este tipo de trastorno no se relaciona con ataques de pánico o con [esquizofrenia](#).³.

-Dentro de los síntomas comunes que pueden prevalecer en la conducta antisocial, se encuentra el síndrome de aislamiento. Este síndrome es también nombrado como huida o evitación, este síndrome es caracterizado por su peculiaridad de aislamiento, pero se manifiesta como una tendencia a evadir, o evitar relaciones y/o contacto con las exigencias sociales; esta conducta consta de lo reservado y lo introvertido, que puede ser un individuo dentro de la misma sociedad, y quienes les rodean.

-Según los estudios realizados, estos individuos sufren la crítica, el rechazo, o desprecio de la sociedad, por tanto por medio de esa incomodidad, utilizan un método de defensa para evitar esas dificultades, precisamente enfrentan problemas para las relaciones interpersonales. Como es descrito en estos estudios de la conducta, estos individuos enfrentan una lucha constante para salir de sí mismos, y expandirse a las relaciones sociales. Esta conducta no solamente se caracteriza de una negación total a las relaciones interpersonales de los individuos, sino que por su constante lucha de salir de sí mismos, ellos realmente tienen un deseo de poder lograr dichas relaciones, estas relaciones solo se dan con personas, con las que ellos sientan empatía. Esta lucha entre el deseo y el temor, ocasionan en estos individuos una frustración hasta sentirse fracasados. Por tanto, esta frustración puede traer consigo, el refugio en la fantasía como la introversión.

-Según Quintana, Guillermo, en 1996, utiliza a Millon como recurso a la identificación de los diferentes tipos de evitación en la conducta; asimismo, Quintana, parte con la premisa que de acuerdo a Millon, hay dos clases principales de evitación, ellas son: la evitación social activa y la evitación social pasiva. La activa se define por el temor de ser rechazado y será alto el índice de evitación, esto es por la desconfianza en sí mismo, o sea un aislamiento forzado por inseguridad; y la pasiva es descrita por incapacidades emocionales; por tanto, el

mecanismo de defensa de estos individuos, es aferrarse a un mundo de fantasías, y a su propia fantasía interpersonal.⁴

-21.19.5)- Factores Influyentes A la Conducta Antisocial En Niños y Adolescentes.

-Durante la etapa de desarrollo, las tendencias que pueden reflejarse, tienden ser de evitación o aislamiento, y no extensas. Cuando estas etapas de conductas dejan de ser parte del desarrollo, la situación se agrava cuando estas conductas afectan al manejo y funcionamiento del niño, como resultados se muestran en otros : padres, maestros, etc., en esta situación amerita la participación de evaluaciones clínicas. Por consiguiente, se encuentran ciertas y primarios factores de los trastornos de conducta, que redundarán como influyentes a la conducta social en niños y adolescentes.

-Tales factores principales son: el contexto familiar, las condiciones ambientales y medios tecnológicos como factores que pueden ser de influencia a un alto índice en la conducta antisocial. Comenzando con el contexto familiar en los niños, según los estudios, la conducta antisocial, está relacionada con el comportamiento de los padres de este niño o joven. Este comportamiento puede estar sujeto a alguna conducta delictiva y alcoholismo del padre, como también la infidelidad y/o conflictos personales entre la relación.

.Como segundo argumento, las condiciones ambientales o contexto en el hogar de ese niño, son papel de riesgo para una conducta antisocial mayor en el trastorno, esto se le incluirá las relaciones, que tienen ellos con sus padres. Como último factor, se tiene a los medios tecnológicos ,como factores de riesgos en el niño.⁵

-21.19.6)- Tratamiento.

-Las personas con trastorno de personalidad antisocial, no logran admitir que están frente a un problema, que debe ser tratado : egosintonía. Es por ello que es fundamental que exista un estímulo externo, que les permita aceptar dicha condición. Puede venir desde la propia familia, como también desde la justicia, que le ordene un tratamiento, en vistas de los problemas que le puede acarrear.

.Este trastorno puede agravarse, en algunos casos, especialmente cuando la persona a tratar, tiene como hábito el consumo de drogas. Muchos tipos de terapia pueden colaborar a sobrellevar de mejor modo la enfermedad. La terapia grupal, puede ser clave para hacer entender a la persona, que puede interactuar con los demás, sin necesidad de violencia o desprecio. La terapia de comportamiento cognitivo y la terapia de modificación, pueden contribuir a alterar los patrones problemáticos de pensamiento, que el tratado posee y a estimular los comportamientos positivos en sociedad.

-Dentro de la órbita psiquiátrica, los medicamentos se usan para combatir síntomas específicos, como la agresividad y la irritabilidad. Los fármacos conocidos como “antipsicóticos”, han demostrado tener éxito en el tratamiento del trastorno. Si bien se presupone que el TPA, es una enfermedad crónica, algunos síntomas ,especialmente el comportamiento criminal, pueden ir disminuyendo con lentitud, con el paso del tiempo y un tratamiento adecuado.

-21.19.7)- Véase También.

- [Psicopatía;](#)
- [Trastorno de personalidad.](#)

-21.19.8)- Referencias.

1. [Volver arriba ↑](#) Millon, Theodore (2002). *Psychopathy: Antisocial, Criminal, and Violent Behavior*. Guilford Press. pp. 3–18. [ISBN 1-57230-864-8](#).
2. [↑ Salta a: ^a ^b](#) Kazdin, Alan E. & Buela-Casal, Gualberto (1994). *Conducta antisocial: evaluación, tratamiento y prevención en la infancia y adolescencia*. Madrid: Pirámide.
3. [Volver arriba ↑](#) [Trastorno antisocial de la personalidad](#)
4. [Volver arriba ↑](#) Quintana, Guillermo (1996). *La psicología de la personalidad y sus trastornos*. Madrid: Editorial CCS.
5. [Volver arriba ↑](#) Castella Rosell, Montserrat; Sanchez-Carbonell, Xavier; Graner Jordana, Carla & Beranuy Fargues, Marta (2007). El adolescente ante las tecnologías de la información y la comunicación: internet, móvil y videojuegos. *Papeles del Psicólogo*, 28(3), pp. 196-204. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77828306>

-21.19.9)- Bibliografía.

- López-Ibor Aliño, Juan J. & Valdés Miyar, Manuel (dir.) (2002). *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado*. Barcelona: Masson. [ISBN 978-84-458-1087-3](#).
- Millon, Theodore & Davis, Roger D. (primera edición 1998. Reimpresiones 1999 (2), 2000, 2003, 2004). *Trastornos de la personalidad. Más allá del DSM-IV*. Barcelona: Masson. [ISBN 978-84-458-0518-3](#).
- – & Grossman, Seth & Millon, Carrie & Meagher, Sarah & Ramnath, Rowena (primera edición 2001, segunda edición 2006). *Trastornos de la personalidad en la vida moderna*. Barcelona: Masson & Elsevier. [ISBN 978-84-458-1538-0](#).
- Simone Einzmann, «Trastorno antisocial de la personalidad», *Mente y Cerebro*, 43, 2010, págs. 34-40.

Obtenido de

«[https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Trastorno antisocial de la personalidad&oldid=103148744](https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Trastorno_antisocial_de_la_personalidad&oldid=103148744)»

Categorías:

- [Psicología social](#);
- [Trastornos de la personalidad](#);
- [Sociología](#);
- Se editó esta página por última vez el 4 noviembre 2017 a las 12:00.

-21.20)- PERSONALIDAD AUTORITARIA.

- De Wikipedia, la enciclopedia libre.

-Personalidad autoritaria: Es el conjunto de características individuales, que, adquiridas durante la infancia, predisponen a un individuo a aceptar y adoptar creencias políticas antidemocráticas, encontrar satisfacción en la sumisión a la autoridad, dirigiendo la agresión hacia las minorías sociales, étnicas o a los grupos sometidos a la marginación social. Esta personalidad se caracteriza por la presencia de actitudes intolerantes, como: la xenofobia, el racismo, y la discriminación social, entre otros. También se caracteriza por unas formas de pensar muy determinadas y rígidas, es decir, estereotipadas, con abundancia de prejuicios, actitudes propias del conservadurismo y actitudes intolerantes.

-[Theodor W. Adorno](#), [Frenkel-Brunswik](#), [Daniel Levinson](#) y [Nevitt Sanford](#), teorizaron acerca de un tipo de personalidad, que hacía referencia al "individuo potencialmente fascista",¹ al cual etiquetaron como "personalidad autoritaria", basándose en escritos anteriores de [Erich Fromm](#),² que ya empleaba este término. Por ello, las influencias históricas sobre su teoría, incluyen el ascenso del fascismo en la década de 1930, la Segunda Guerra Mundial y el Holocausto. Un componente principal de la "personalidad autoritaria", es la susceptibilidad a la ideología antisemita y sus creencias antidemocráticas. Su gran corpus de investigación, conocido como El estudio de Berkeley, se centró principalmente en el prejuicio, dentro de un marco teórico psicoanalítico / psicosocial, es decir, un marco teórico freudiano y frommiano.

-Índice.

-21.20)- PERSONALIDAD AUTORITARIA.

-21.20.1)- [La teoría Original](#).

-21.20.2)- [Validez](#).

-21.20.3)- [Reinterpretaciones Actuales](#).

-21.20.4)- [Experimentos](#).

-21.20.5)- [Véase También](#).

-21.20.6)- [Referencias](#)

-21.20.1)- La Teoría Original.

-Adorno, en 1950, consideró la personalidad autoritaria, como la característica de poseer un superego estricto, que controla a su vez, un ego más débil, incapaz de hacer frente a sus fuertes impulsos. Estos conflictos intrapsíquicos, acaban provocando inseguridades personales, lo que finalmente conlleva al superyó de la persona, a ceñirse a las normas convencionales impuestas desde el exterior: convencionalismo, y a la sumisión a las autoridades, que imponen estas normas: la sumisión autoritaria.. Ante estas inseguridades, el individuo desarrolla mecanismos de defensa del ego, que se observan en la persona, cuando esta evita la auto-referencia de la ansiedad, produciendo un impulso del ello, es decir, proyectando estos mecanismos sobre los colectivos "inferiores" de la cultura dada: proyectividad, mediante una intolerancia basada en creencias conservadoras: el poder altamente evaluativo y duro, y rígidas: estereotipadas. Además, el individuo crea una visión cínica de la humanidad, y establece una dependencia de la fuerza y la resistencia, que es el resultado de las ansiedades producidas, por fallas percibidas en las normas convencionales de la sociedad: la destructividad y el cinismo. Otras características propias de este tipo de personalidad, se basan en una tendencia general, a centrarse en aquellos, que violan los valores convencionales, y como resultado actúan con dureza hacia ellos: la agresión autoritaria, que establecen una oposición general a las tendencias subjetivas y creativas: anti-intrasección, que también presentan cierta tendencia a creer en la determinación mística: superstición, y, por último, desarrollan una preocupación exagerada con la promiscuidad.

-En lo que respecta al desarrollo del niño, la formación del tipo autoritario, se produce en los primeros años de la vida de la persona, en forma potencialmente influenciada, por la conducta de los padres y la estructura familiar. "Explotación autoritaria jerárquica".³

.Esto explica que las relaciones entre padres e hijos, pueden dar lugar a este tipo de personalidad, sobre todo bajo la influencia de padres, que tienen una necesidad de dominación, y por ello, dominan, amenazan al niño, con dureza y exigen obediencia a los comportamientos convencionales.

.Este comportamiento hacia el niño, suele repercutir y fomentar en el desarrollo de las

características de esta personalidad. Además, los padres que tienen una preocupación por la situación social, comunican al niño estas preocupaciones en términos de reglas rígidas, y externalizadas. En consecuencia, el niño termina por sufrir, y reprime sus sentimientos de resentimiento y agresión hacia los padres, que son en cambio, idealizados con reverencia.

-Ante esta teoría, [Alfred Adler](#), proporciona otra perspectiva, que une la "voluntad de poder sobre los demás", como un rasgo neurótico centralizado, que por lo general surge como un agresivo exceso de compensación, por los sentimientos percibidos y por un intento contrarrestar el miedo a los sentimientos de inferioridad e insignificancia. De acuerdo con este punto de vista, el individuo autoritario, tiene la necesidad de mantener el control y demostrar superioridad sobre los demás, añadiendo la creación de una visión del mundo, poblado por enemigos, que caracteriza de vacíos de igualdad, empatía y preocupados exclusivamente por su propio beneficio.

-21.20.2)- Validez.

-Poco después de la publicación de la obra de Adorno, et al. *La personalidad autoritaria* 1950, la teoría fue objeto de muchas críticas. Principalmente hubo varios problemas teóricos que imposibilitaban, la interpretación psicoanalítica de la personalidad, y a esto se sumaron algunos problemas metodológicos centrados en las insuficiencias de la escala F. Otra crítica, es que esta teoría insinúa que existe autoritarismo sólo en la derecha del espectro político. Como resultado, algunos han afirmado que la teoría está terciada por el sesgo político. [Kreml](#), demostró que aunque hay similitudes estilísticas entre autoritarios y anti-autoritarios, por ejemplo en aspectos como el dogmatismo, larigidez, etc. la construcción de variables como: 1) la necesidad relativa de orden; 2) la necesidad relativa de poder, 3) el rechazo o la aceptación de un impulso, y 4) extraversión introversión frente, posibilitan la diferencia entre ambos tipos, y esta visión e interpretación, podría sustentar una teoría psico-político de amplio espectro.⁴

-[Wiggins](#), proporcionó una explicación detallada de cómo el constructo autoritario, es un ejemplo de la aproximación sintética a la evaluación de la personalidad. En resumen, en el enfoque sintético, se supone que las personas con características de personalidad autoritaria, se evalúan con el modelo intuitivo del investigador, sobre qué características se ajustan a los requisitos de rol : apoyo del fascismo. Por lo tanto, no es un enfoque completamente empírico, si no que tiende, a una interpretación basada en la predicción. Más recientemente, [Jost](#), [Glaser](#), [Kruglanski](#) y [Sullloway](#), en 2003,⁵ han indagado y presentado una hipótesis sobre cómo la investigación tradicional en el autoritarismo o el conservadorismo, ha confundido las variables psicológicas, por ejemplo, características de personalidad, con los criterios políticos : actitudes conservadoras. Por lo tanto, las escalas de medición de las diferencias individuales en el autoritarismo, a menudo incluyen los criterios enunciados de actitud de las ideologías políticas. Aunque el autoritario, es un constructo de personalidad, Adorno et al., en 1950, propone que el entorno social, influyó en la expresión del prejuicio expresado, basado en el "clima de opinión", que existía en el momento. Por lo tanto, las creencias ideológicas creadas dentro de la cultura y de otras fuerzas sociales, dan forma a los prejuicios de la persona autoritaria.

.Sin embargo, como señala [Taylor](#), en 1998,⁶ la hipótesis de interacción de la sociedad y el individuo, se desatiende de la mayor parte de la investigación posterior, que implementó la escala F en estudios psicológicos diferenciales. Dada la ciencia de la evaluación de la personalidad, la variedad de métodos de Adorno, et al., utilizados son ahora compatibles, ya que la falta de estudios empíricos, que se utilizan en la escala F o las otras escalas desarrolladas por Adorno et al., son actualmente explicadas. Después de extensas

investigaciones basadas en cuestionarios y análisis estadísticos, el psicólogo canadiense [Bob Altemeyer](#), encontró en 1981, que sólo tres de los nueve componentes de la hipótesis del modelo de personalidad autoritaria, estaban correlacionados entre sí: la sumisión autoritaria, la agresión autoritaria, y convencionalismo.⁷

-21.20.3)- Reinterpretaciones Actuales.

-Bob Altemeyer, llevó a cabo una serie de estudios sobre lo que él llamó el autoritarismo de derechas (RWA), y presentó el análisis más reciente de este tipo de personalidad.⁸

.El objetivo de la investigación, se basa en las preferencias políticas, medido a través de encuestas, que indican tres tendencias. Estas son: 1) la sumisión a las autoridades legítimas; 2) agresión dirigida hacia los grupos minoritarios, y 3) la adhesión a los valores y creencias del contexto social del momento.

.Más recientemente, Jost, Glaser, Kruglanski y Sulloway , en 2003, han propuesto que el autoritarismo, RWA y otras construcciones similares de conservadurismo político, son una forma de cognición social motivada. Estos investigadores proponen que el conservadurismo tiene características similares al autoritarismo, la resistencia al cambio, y la justificación de la desigualdad, como los componentes principales. Además, las personas conservadoras tienen necesidades de lidiar con la incertidumbre y la amenaza , por ejemplo, mediante la búsqueda de la seguridad y el dominio en las jerarquías sociales, y los motivos de disposición , por ejemplo, gestión de terror y la autoestima. A pesar de sus deficiencias metodológicas, la teoría de la personalidad autoritaria, ha tenido una gran influencia en investigaciones en el campo de la psicología política, y de la personalidad, y sobre la psicología social.

-21.20.4)- Experimentos.

- [Experimento de Milgram](#);
- [Experimento de la cárcel de Stanford](#);
- [Experimento de Robber's Cave](#);
- [Tercera Ola](#).

-21.20.5)- Véase También.

- [Autoritarismo](#);
- [Franquismo sociológico](#);
- [Mayoría silenciosa](#)⁹;
- [Mayoría moral](#);
- [Obediencia debida](#);
- [Tiranía de la mayoría](#);

-21.20.6)- Referencias.

- BRUCE, S. & YEARLEY, S.(eds.), *Sage Dictionary of Sociology*, London, SAGE, 2009.
- 1. [Volver arriba ↑](#) Adorno, T. W., Frenkel-Brunswik, E., Levinson, D.J., Sanford, R. N. (1950). The Authoritarian Personality. Norton: NY.
- 2. [Volver arriba ↑](#) Baars, J. & Scheepers, P. (1993). "Theoretical and methodological foundations of the authoritarian personality". Journal of the History of the Behavioral Sciences, 29, pp. 345-353.
- 3. [Volver arriba ↑](#) (Adorno et al., 1950, pp 482-484)
- 4. [Volver arriba ↑](#) Kreml, William P. (1977). The anti-authoritarian personality. Oxford; New York: Pergamon Press.[ISBN 978-0080210636](#).
- 5. [Volver arriba ↑](#) Jost, JT., Glaser, J., Kruglanski, AW., and Sulloway, FJ. (2003). Political conservatism as motivated social cognition. Psychological Bulletin, 129. pp 339-375.

6. [Volver arriba ↑](#) Taylor, S. (1998). The social being in social psychology. In The handbook of social psychology, 4th, ed. (Eds. Gilbert, D.T., Fiske, S., and Lindzey, G). pp. 58-95.
7. [Volver arriba ↑](#) Altemeyer, B. (1981). Right-wing authoritarianism. University of Manitoba Press. [ISBN 978-0-88755-124-6](#).
8. [Volver arriba ↑](#) Altemeyer, B. (1998). The other "authoritarian personality". Advances in Experimental Social Psychology, 30, 47-91.
9. [Volver arriba ↑](#) Browne, Junius Henri (1874). "The Silent Majority". Harper's Magazine, June to November. Fuente citada en [en:Silent majority](#)

Obtenido de

«https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Personalidad_autoritaria&oldid=102968132»

Categoría:

- [Sociología](#)
- Se editó esta página por última vez el 30 octubre 2017 a las 10:58.

-21.21)- TRASTORNO ESQUIZOIDE DE LA PERSONALIDAD.

-De Wikipedia, la enciclopedia libre

Trastorno Esquizoide de la Personalidad	
Clasificación y recursos externos	
Especialidad	Psiquiatría
CIE-10	F60.1
CIE-9	301.20
MedlinePlus	000920
MeSH	D012557

-El trastorno esquizoide de la personalidad (TEP), está englobado dentro del grupo A, de los [trastornos de la personalidad](#). Los individuos que lo padecen, se caracterizan por la falta de interés, en relacionarse socialmente, y por una restricción de la expresión emocional. Puede aparecer durante la infancia o la adolescencia, aunque se suele diagnosticar en la edad adulta. Su prevalencia se estima en menos del 1 % de la población.

-Índice.

-21.21)- TRASTORNO ESQUIZOIDE DE LA PERSONALIDAD.

- 21.21.1)- [Diagnóstico según DSM IV.](#)
- 21.21.2)- [Relaciones Sociales.](#)
- 21.21.3)- [Diagnóstico Diferencial.](#)
- 21.21.4)- [Perfil Fenomenológico de Akhtar.](#)
- 21.21.5)- [Véase También.](#)
- 21.21.6)- [Referencias.](#)
- 21.21.7)- [Bibliografía.](#)
- 21.21.8)- [Enlaces Externos.](#)

-21.21.1)- Diagnóstico Según DSM IV.

-Los criterios [DSM IV](#) ,para el trastorno esquizoide de la personalidad son:¹:

.1. Un patrón general de distanciamiento de las relaciones sociales y de restricción de la expresión emocional en el plano interpersonal, que comienza al principio de la edad adulta, y se da en diversos contextos, como lo indican cuatro (o más) de los siguientes puntos:

1. Ni desea ni disfruta de las relaciones personales, incluido el formar parte de una familia;
2. Escoge casi siempre actividades solitarias;
3. Tiene escaso o ningún interés en tener experiencias sexuales con otra persona;
4. Disfruta con pocas o ninguna actividad;
5. No tiene amigos íntimos o personas de confianza, aparte de los familiares de primer grado;
6. Se muestra indiferente a los halagos o las críticas de los demás;
7. Muestra frialdad emocional, distanciamiento o aplanamiento de la afectividad.

.2. El trastorno esquizoide de la personalidad: No debe diagnosticarse, si los patrones de comportamiento, aparecen exclusivamente en el transcurso de una esquizofrenia, un trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos, un trastorno psicótico, o un trastorno generalizado del desarrollo, o si son debidos a los efectos fisiológicos de una enfermedad neurológica o de otro tipo.

-21.21.2)- Relaciones Sociales.

-De acuerdo con Gunderson, los individuos con trastorno esquizoide de la personalidad, se encuentran perdidos sin las personas, que normalmente se encuentra a su alrededor, porque necesitan de una sensación de seguridad y estabilidad. Sin embargo, cuando el espacio personal vital es invadido, se encuentran ahogados, y sienten la necesidad de liberarse y ser independientes. Las personas con personalidad esquizoide, son más felices cuando se encuentran en relaciones, en las que el compañero, demanda pocas exigencias emocionales o íntimas.

-Las personas con personalidad esquizoide son vistos como distantes, fríos e indiferentes, lo que les causa algunos problemas sociales, pudiendo sufrir acoso en los diversos planos de su existencia, escolar, laboral, familiar, y en general, una devolución social de su indiferencia.

.La mayor parte de estos individuos, tienen dificultades estableciendo relaciones personales, o expresando sus sentimientos de una manera significativa, y pueden permanecer pasivos en situaciones desfavorables.

.Debido a la falta de comunicación con otras personas, aquellos diagnosticados con trastorno esquizoide, pueden no tener un reflejo claro de ellos mismos, y saber qué tal se llevan con otros. El reflejo es importante para que sean más conscientes de sí mismos, y de sus acciones en entornos sociales.

.Su mundo interior les resulta suficiente, y sus ideas las consideran de valor objetivo, siendo

capaces de llevar direcciones opuestas, a las de la normalidad grupal de su entorno, y de desafiarlas. Existe una fobia grupal característica.

-Las personas con trastorno esquizoide de la personalidad, son a menudo sexualmente apáticos, aunque normalmente no sufren de [anorgasmia](#). Muchos esquizoides tienen necesidades sexuales normales, y prefieren masturbarse, en lugar de tener que enfrentarse a los aspectos sociales, de encontrar una pareja sexual. Por tanto, sus necesidades sexuales pueden parecer menores, que en el caso de los no esquizoides, ya que el esquizoide prefiere permanecer solo. Cuando tienen sexo, estos individuos a menudo sienten que su espacio personal es violado, y comúnmente sienten que la [masturbación](#) o la abstinencia sexual, es preferible a la pérdida de la intimidad, que deben soportar para tener sexo.

-21.21.3)- Diagnóstico Diferencial.

-El trastorno esquizoide de la personalidad, comparte varios aspectos con: la [depresión](#), el [trastorno de personalidad por evitación](#), y el [Síndrome de Asperger](#), y puede resultar difícil distinguirlos entre sí. Sin embargo, existen características diferenciadoras importantes:

- Mientras que las personas con trastorno esquizoide, pueden sufrir depresión, éste no siempre es el caso. Contrariamente a las personas con depresión, las esquizoides no suelen considerarse inferiores a los demás, aunque seguramente reconocerían ser diferentes.
- Contrariamente al trastorno de personalidad por evitación, aquellos afectados por trastorno esquizoide de la personalidad, no evitan las relaciones sociales por ansiedad o sentimientos de incompetencia, sino porque son realmente indiferentes a las relaciones sociales.
- Contrariamente al síndrome de Asperger, el trastorno esquizoide de la personalidad, no implica ningún impedimento en la comunicación no verbal, ej. falta de contacto visual o entonación inusual, o patrones de intereses restringidos, o comportamientos repetitivos, ej. adherencia estricta a rutinas o rituales, intereses inusualmente intensos en un único tema.

.Por el contrario, las personas con personalidad esquizoide, son típicamente más indiferentes respecto a sus actividades. El trastorno esquizoide de la personalidad no afecta la capacidad de expresarse o comunicarse eficazmente con otros, y no se considera relacionado con ningún tipo de [autismo](#).

-Bajo estrés algunos esquizoides pueden experimentar ocasionalmente algún episodio de [trastorno psicótico breve](#).

-21.21.4)- Perfil Fenomenológico de Akhtar.

-Características clínicas²:

Área	Características	
	Explícitas	Ocultas
Concepto propio	• cumplidor • estoico • no competitivo • autosuficiente • falta de asertividad • sentimiento de	• cínico • no auténtico (falso) • despersonalizado • sensación de vacío, como un autómatas alternando con fantasías vengativas

	inferioridad y mediocridad en la vida	• omnipotentes, grandiosidad oculta
Las relaciones interpersonales	• retraído • distante • tiene pocos amigos cercanos • inmune a las emociones ajenas • miedo de la intimidad	• sutilmente sensible • muy curioso acerca de los demás • hambriento de amor • envidioso de espontaneidad ajena • intensamente necesitado de participación junto a otros • capaces de emoción con personas íntimas cuidadosamente seleccionadas
Adaptación Social	• prefiere las actividades ocupacionales y recreativas solitarias • variadamente sociable o marginal en grupos • vulnerable a las doctrinas esotéricas, debido a una fuerte necesidad de pertenecer a algo • tendencia a la indolencia y la pereza	• falta la claridad en sus metas • débil sentido de pertenencia a su grupo étnico • capacidad de trabajo constante (por lo general) • a veces muy creativo y capaz de contribuciones únicas y originales • capaz de una resistencia apasionada en ciertos ámbitos de interés
Amor y sexualidad	• asexual, a veces célibe • libre de intereses románticos • aversión hacia chismes e insinuaciones sexuales	• intereses voyeurísticos secretos • vulnerables a sufrir de erotomanía • tendencia hacia perversiones compulsivas
Ética, Normas e Ideales	• moral idiosincrásica y convicciones políticas • tendencia hacia intereses espirituales, místicos y parapsicológicos	• variabilidad moral • a veces sorprendentemente amoral y vulnerable a crímenes ocasionales: en otros momentos, altruista, al punto del sacrificio propio
Estilo Cognitivo	• distraído • absorto en la fantasía • habla vaga y afectada • alternancias entre la elocuencia e incapacidad de expresarse	• pensamiento autista • fluctuaciones entre un agudo contacto con la realidad externa e hiperreflexividad acerca de sí mismo • uso egocéntrico del lenguaje.

-Las personas con TEP prefieren la independencia, la soledad y el desapego. También están cómodos con el hecho, de que tienen una incapacidad para la extroversión. A pesar de que

experimentan poco la ansiedad, pueden incluso ver la diferencia entre ellos, y el resto del mundo.

.Un paciente con TEP, comentó que no podía disfrutar plenamente de la vida, que tiene porque siente que está viviendo en un caparazón. Además, señaló que su inestabilidad angustiaba a su esposa. De acuerdo con Beck y Freeman, los pacientes con trastornos de la personalidad esquizoide, se consideran «más observadores que participantes en el mundo que les rodea».

-21.21.5)- Véase También.

- [Ensoñación excesiva](#);
- [Síndrome de Asperger](#);
- [Trastorno de personalidad por evitación](#);
- [Hikikomori](#);
- [Mutismo selectivo](#).

-21.21.6)- Referencias.

1. [Volver arriba ↑](#) [Trastorno esquizoide de la personalidad](#)
2. [Volver arriba ↑](#) Salman Akhtar (1987): [Schizoid Personality Disorder: A Synthesis of Developmental, Dynamic, and Descriptive Features](#). American Journal of Psychotherapy, 151:499-518.

-21.21.7)- Bibliografía.

- López-Ibor Aliño, Juan J. & Valdés Miyar, Manuel (dir.) (2002). *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado*. Barcelona: Editorial Masson. [ISBN 978-84-458-1087-3](#).
- Millon, Theodore & Davis, Roger D. *Trastornos de la personalidad. Más allá del DSM-IV*. Primera edición 1998. Reimpresiones 1999 (2), 2000, 2003, 2004. Barcelona: Editorial Masson. [ISBN 978-84-458-0518-3](#).
- – & Grossman, Seth & Millon, Carrie & Meagher, Sarah & Ramnath, Rowena. *Trastornos de la personalidad en la vida moderna*. Primera edición 2001, segunda edición 2006. Barcelona: Editorial Masson & Elsevier. [ISBN 978-84-458-1538-0](#).

-21.21.8)-Enlaces Externos.

- [Esquizoide.NET - Una aproximación a la realidad esquizoide. El trastorno visto por un afectado](#).

-Obtenido de

«[https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Trastorno esquizoide de la personalidad&oldid=100828414](https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Trastorno_esquizoide_de_la_personalidad&oldid=100828414)»

-Categoría:

- [Trastornos de la personalidad](#).
- Se editó esta página por última vez el 31 octunre 2017, a las 10:53.

-21.22)- COMPORTAMIENTO.

.De Wikipedia, la enciclopedia libre.

-En [psicología](#), comportamiento o conducta, es el conjunto de respuestas, bien por presencia o por ausencia, que presenta un [ser vivo](#) en [relación](#) con su [entorno](#) o ¹ mundo de [estímulos](#).

El comportamiento puede ser [consciente](#) o [inconsciente](#), [voluntario](#) o involuntario, etc; 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](#). La ciencia que estudia la conducta humana es la psicología.

-Índice.

-21.22)- COMPORTAMIENTO.

-21.22.1)- [Delimitación del Término](#).

-21.22.2)- [Comportamiento en Psicología](#).

-21.22.2.1)- [Conducta](#).

-21.22.2.2)- [Aspectos Psico-sociales](#).

-21.22.3)- [Comportamiento de los Sistemas Sociales](#) .

-21.22.3.1)- [Agrupaciones y Sociedades](#).

-21.22.3.2)- [Costes y Beneficios de Vivir en Grupo](#).

-21.22.3.3)- [Las Adaptaciones a la Vida en Grupo](#).

-21.22.3.4)- [Conducta Formal](#).

-21.22.3.5)- [Realización Voluntaria](#).

-21.22.4)- [Comportamiento del Consumidor](#).

-21.22.5)- [Véase También](#).

-21.22.6)- [Referencias](#)

-21.22.7)- [Bibliografía](#).

-21.22.8)- [Enlaces Externos](#)

-21.22.1)- 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, se hace una distinción importante entre conducta y cognición, pues si bien todos los seres vivos presentan comportamiento, no necesariamente todos presentan cognición.

-En [ciencias sociales](#): Se considera que el comportamiento se ve influido, además de aspectos psicológicos, también por 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. El conjunto de patrones de comportamiento, más prototípico y estable de una persona, sería el núcleo de lo que usualmente, se denomina personalidad. El comportamiento se basa en factores biológicos, así como en factores externos: nuestro entorno, las experiencias, etcetera.

-21.22.2)- 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 incumpliendo 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, en 1997, citado por Ramos, en 2007.

-Según la teoría ecológica, propuesta por Bronfenbrenner en 1979, citado por García, en 2001, se considera 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. 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.

-21.22.2.1)- 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 adaptadas, dentro de un contexto o una comunidad. Es un indicador observable, físico de los procesos internos del individuo.

-21.22.2.2)- 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, la Etología, y la antropología en el caso del comportamiento humano, ampliando su estudio a todo el Reino Animal.

-21.22.3)- 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.

-21.22.3.1)- 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 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; 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.

-21.22.3.2)- 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.

-21.22.3.3)- 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 ,tenemos que ver a 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 José Luis Tella, en 2002, de la Estación Biológica de Doñana (Sevilla), se comparó la cantidad y la variedad de parásitos sanguíneos, entre parejas de aves próximas, la mayoría del mismo género, 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..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 pasará si las especies sociales, que viven en grandes aglomeraciones y en habitáculos 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 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.

-21.22.3.4)- 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, y puntual. Esta palabra tiene su base en la aplicación, principalmente en la conducta, que tienen las personas, con respecto a sus valores.

- 21.22.3.5)- 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.

-21.22.4)- 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, qué porcentaje preferirá ahorrar para consumos futuros.

-21.22.5)- Véase También.

- Adaptación social;
- Comportamiento social;
- Control social;

- [Cultura](#);
- [Ecología del comportamiento](#) - [Etología](#);
- [Antropología](#);
- [Psicología](#);
- [Zona de confort](#).

-21.22.6)- Referencias.

1. [Volver arriba ↑ «Comportamiento»](#). *Wikipedia, la enciclopedia libre*. 3 de febrero de 2017.

-21.22.7)- 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.
- .- Barmaimon Enrique. 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.
- .-Barmaimon Enrique. Historia Medicina, Psiquiatría, Gerontología, Envejecimiento y Geriatria. (2015). 1ª Ed. Virtual. Montevideo, Uruguay. .
- -Barmaimon, Enrique.(2015).Historia Ciencias Cognitivas.3 Tomos. 1ªEd. 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- Medicina Perioperatoria. 6 Tomos. 1ª Ed. Virtual.
- Barmaimon, Enrique.2017- Anestesia Locorregional- 6 Tomos.. 1ª Ed. Virtual.11-
- Barmaimon, Enrique- 2017- Libros Anestesia en Urología- 6 Tomos- 1ª.Ed. Virtual.
- [Biblioteca Virtual en Salud](#) (BVS).

-21.22.8)- Enlaces Externos.

-  [Wikiquote](#) alberga frases célebres de o sobre [Comportamiento](#).
-  [Wikcionario](#) tiene definiciones y otra información sobre [comportamiento](#).

 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=Comportamiento&oldid=103081618>»

-Categorías:

- [Comportamiento](#);

- [Antropología](#);
- [Etología](#).
- Se editó esta página por última vez el 1º noviembre 2017 a las 13:21.

-21.23)- PENSAMIENTO.

-De Wikipedia, la enciclopedia libre.



-*El pensador*, de Auguste Rodin, en el [Museo Rodin](#), en París



-Biblioteca de Celso.



-El pensamiento es un fenómeno psicológico racional, objetivo y externo, derivado del pensar para la solución de problemas.

.El pensamiento es la actividad y creación de la [mente](#); se dice que todo aquello, que es traído a existencia, mediante la actividad del [intelecto](#).

.El término es comúnmente utilizado como forma genérica, que define todos los productos que la mente puede generar, incluyendo las actividades racionales del intelecto, o las abstracciones de la [imaginación](#); todo aquello, que sea de naturaleza mental , es considerado

pensamiento, bien sean estos abstractos, racionales, creativos, artísticos, etc.

.Se considera pensamiento, también la coordinación del trabajo creativo de múltiples individuos, con una perspectiva unificada en el contexto de una institución.

-Índice.

-21.23)- PENSAMIENTO.

-21.23.1)- [Definiciones](#).

-21.23.2)- [Características](#).

-21.23.3)- [Clasificación](#).

-21.23.4)- [Relación entre el Pensamiento y el Lenguaje](#).

-21.23.5)- [Operaciones Racionales](#).

-21.23.6)- [El Pensamiento en la Tipología Psicológica](#).

-21.23.7)- [Enfermedades](#) .

-21.23.7.1)- [Trastornos Del Curso Del Pensamiento](#) .

-21.23.7.1.1)- [Trastornos de la Velocidad](#).

-21.23.7.1.2)- [Trastornos de la Forma](#).

-21.23.7.2)- [Trastornos del Contenido del Pensamiento](#).

-21.23.8)- [Véase También](#).

-21.23.9)- [Referencias](#) .

-21.23.10)- [Bibliografía](#).

-21.23.11)- [Enlaces Externos](#).

-21.23.1)- Definiciones.

- *Pensar*: Formarse ideas en la mente. Reflexionar.
- *Imagen*: Son las representaciones virtuales, desde su concepción acerca del proceso psicológico racional, subjetivo e interno de conocer, comprender, juzgar y razonar los procesos, objetivos y hechos.
- *Lenguaje*: Es la función de expresión del pensamiento en forma oral o escrita, para la comunicación y el entendimiento. Nos plantea dos definiciones de pensamiento, una de las cuales se relaciona directamente con la resolución de problemas.
- *Pensamiento*: Fenómeno psicológico racional, objetivo y externo derivado del pensar, para la solución de problemas que nos aquejan día tras día.

- "El proceso de pensamiento, es un medio de planificar la acción y de superar los obstáculos, entre lo que hay y lo que se proyecta".

-Según la definición teórica, el pensamiento es aquello, que se trae a la realidad por medio de la actividad intelectual. Por eso, puede decirse que los pensamientos, son productos elaborados por la mente, que pueden aparecer por procesos racionales del intelecto, o bien por abstracciones de la imaginación.

- "El pensamiento se podría definir como imágenes, ensoñaciones, o esa voz interior que nos acompaña durante el día y en la noche, en forma de sueños". La estructura del pensamiento o los patrones cognitivos, son el andamiaje mental, sobre el que se conceptualiza la experiencia o la realidad.

-21.23.2)- Características.

- El pensamiento es lo que cada individuo posee y lo va desarrollando conforme va aprendiendo.
- El pensar lógico, se caracteriza porque opera mediante conceptos y razonamientos.
- Existen patrones, que tienen un comienzo en el pensamiento y hace que el pensamiento tenga un final, esto sucede en milésimas de segundos, a su vez miles de comienzos y finales, hacen de esto un pensamiento lógico; esto depende del medio de afuera, y para estar en contacto con ello, dependemos de los cinco sentidos.

- El pensar siempre responde a una motivación, que puede estar originada en el ambiente natural, social o cultural, o en el sujeto pensante.
- El pensar es una resolución de problemas. La necesidad exige satisfacción.
- El proceso del pensar lógico, siempre sigue una determinada dirección. Esta dirección va en busca de una conclusión, o de la solución de un problema, no sigue propiamente una línea recta, sino más bien zigzagueante, con avances, paradas, rodeos y hasta retrocesos.
- El proceso de pensar, se presenta como una totalidad coherente y organizada, en lo que respecta a sus diversos aspectos, modalidades, elementos y etapas.
- El pensamiento, es simplemente el arte de ordenar las matemáticas, y expresarlas a través del sistema lingüístico.
- Las personas poseen una tendencia al equilibrio, una especie de impulso hacia el crecimiento, la salud y el ajuste. Existen una serie de condiciones, que impiden y bloquean esta tendencia, el aprendizaje de un concepto negativo de sí mismo, es quizás una de las condiciones bloqueadoras más importantes. Un concepto equivocado o negativo de sí mismo, deriva de experiencias de desaprobación o ambivalencia, hacia el sujeto en las etapas tempranas de su vida cotidiana.

-21.23.3)- Clasificación.

- Deductivo: va de lo general a lo particular: Una forma de razonamiento, de la que se desprende una conclusión a partir de una o varias premisas.
- Inductivo: Es el proceso inverso del pensamiento deductivo, es el que va de lo particular a lo general. La base es, la figuración de que si algo es cierto, en algunas ocasiones, lo será en otras similares.
- Analítico: Realiza la separación del todo en partes, que son identificadas o categorizadas.
- Creativo: Aquel que se utiliza en la creación o modificación de algo, introduciendo novedades, es decir, la producción de nuevas ideas, para desarrollar o modificar algo existente.
- Instintivo: Es aquel que poseen la mayoría de los seres vivos, el cual genera acciones.
- Sistémico: Es una visión compleja de múltiples elementos, con sus diversas interrelaciones. Sistémico deriva de la palabra sistema, lo que nos indica que debemos ver las cosas de forma interrelacionada.
- **Crítico**: Examina la estructura de los razonamientos, sobre cuestiones de la vida diaria, y tiene una doble vertiente analítica y evaluativa. Intenta superar el aspecto mecánico del estudio de la lógica. Es evaluar el conocimiento, decidiendo lo que uno realmente cree, y por qué. Se esfuerza por tener consistencia en los conocimientos que acepta, y entre el conocimiento y la acción.
- Interrogativo: Es el pensamiento con el que se hacen preguntas, identificando lo que a uno le interesa saber, sobre un tema determinado.
- Racional: Es el pensamiento que contradice lo irracional.
- Pensamiento Social: Se basa en el análisis de elementos en el ámbito social, en este se plantean interrogantes, y se hacen críticas, que ayuden en la búsqueda de soluciones a las mismas. Además puede considerarse como el pensamiento, que tiene cada persona dentro de la sociedad.

-21.23.4)- Relación Entre El Pensamiento y El Lenguaje.

- El pensamiento no sólo se refleja en el **lenguaje**, sino que lo determina.

- El lenguaje precisa del pensamiento.
- El lenguaje transmite los [conceptos](#), juicios y raciocinios del pensamiento.
- El pensamiento se conserva y se fija a través del [lenguaje](#).
- El lenguaje ayuda al pensamiento, a hacerse cada vez más concreto.
- El pensamiento es la pasión del ser racional, del que procura descubrir hasta lo más mínimo, y lo convierte en un [conocimiento](#).
- El pensamiento involucra una estructura conocida, como "la estructura del pensamiento".
- El lenguaje es simplemente un manejo de símbolos : dígame codificación, el pensamiento es un acondicionador del lenguaje.
- El pensamiento es el límite a la acción inconsciente, generada en la mayoría de los casos, por mensajes errados o mal interpretados.
- Las formas del lenguaje se basan en el pensamiento, sin embargo estas no tienen una relación de paralelismo, sino que son mutuamente dependientes, por lo que es importante analizarlas en conjunto.
- El razonamiento deductivo usa la lógica, para pasar de las generalizaciones a una conclusión más concreta y específica. La razón deductiva es lo contrario de la razón inductiva, que utiliza la lógica para pasar de algo concreto dado a generalizaciones. Muchos campos de estudio se basan en el razonamiento deductivo, por lo que es importante, que los estudiantes aprendan a desarrollar este método de pensamiento crítico. Los maestros usan diversas actividades divertidas para enseñar y practicar el razonamiento deductivo. Entonces, definimos que hacemos uso del razonamiento deductivo en la vida diaria, ya sea para determinar un día, una hora, una estructura o una fisiología, en fin, a lo que llegamos, es que todo en la vida se deriva de: la lógica, la determinación y la razón.

-21.23.5)- Operaciones Racionales.

- [Análisis](#): División mental, es decir el pensamiento se divide en dos formas izquierda y derecha. El lado derecho puede pensar todo lo negativo, y el izquierdo todo lo positivo.
- [Síntesis](#): Se reúne todo lo mental, para luego ser analizado o recordado.
- Comparación: Establece semejanzas y diferencias, entre los distintos objetos y fenómenos de la realidad.
- [Generalización](#): Proceso en el que se establece, lo común de un conjunto de objetos, fenómenos y relaciones.
- [Abstracción](#): Operación que consiste en mostrar mentalmente, ciertos rasgos, generalmente ocultos por la persona, distinguiéndose de rasgos y anexos accidentales, primarios ,y prescindiendo de aquellos pensamientos.

-21.23.6)- El Pensamiento En La Tipología Psicológica.

-El psicólogo [Carl Jung](#), en su libro [Tipos psicológicos](#), propuso la existencia de cuatro funciones principales en la consciencia, entre las cuales se encuentra la función pensamiento. Las tres funciones restantes son: la [sensación](#), la [intuición](#) y el [sentimiento](#).

- Estas cuatro funciones son modificadas por dos actitudes principales: [introversión](#) y [extraversión](#). A partir de esta teoría, se desarrolla más tarde el [Indicador Myers-Briggs](#), que cuenta con 16 combinaciones tipológicas : 8 tipos más, que en la tipología junguiana clásica; de las cuales cuatro son del tipo pensamiento:

- [INTP](#); Introvertido, Intuitivo, Pensamiento (Thinking), Perceptivo.
- [ISTP](#); Introvertido, Sensitivo, Pensamiento (Thinking), Perceptivo.
- [ENTJ](#); Extravertido, Intuitivo, Pensamiento (Thinking), Calificador (o Judging).

- [ESTJ](#); Extravertido, Sensitivo, Pensamiento (Thinking), Calificador (o Judging).
- Los dos primeros pertenecen al pensamiento introvertido, con orientación intuitiva y sensitiva respectivamente; y los dos últimos, al pensamiento extravertido con orientación intuitiva y sensitiva, también respectivamente.

-21.23.7)- Enfermedades.

-Los trastornos del pensamiento, suelen ser divididos en trastornos del curso, del contenido del pensamiento, y en ciertos casos, se añade un tercer grupo, los trastornos de la vivencia del pensamiento.

-21.23.7.1)- Trastornos Del Curso Del Pensamiento.

-Los trastornos del curso del pensamiento, incluyen enfermedades de la fluidez del pensamiento, es decir, como se formulan, organizan y presentan, los pensamientos de un individuo.

-21.23.7.1.1)- Trastornos De La Velocidad.

-Los trastornos de la velocidad, incluyen problemas de salud, que afectan la cantidad y la velocidad de los pensamientos. Sus principales trastornos son los siguientes:¹:

- [Taquipsiquia](#) o pensamiento acelerado;
- [Fuga de ideas](#): En la que el pensamiento parece saltar súbitamente de un tema a otro;
- [Bradipsiquia](#) o pensamiento inhibido;
- Bloqueo o interrupción brusca del pensamiento, antes de completar la idea

-21.23.7.1.2)- Trastornos De La Forma.

-Los trastornos de la forma propiamente dicha, incluyen enfermedades de la direccionalidad y la continuidad del pensamiento. Los más significativos incluyen:¹:

- [Pensamiento Circunstancial](#): Cuando la información compartida es excesiva, redundante y, por lo general, no relacionada con el tema, hasta finalmente comunicar lo que se desea.
- [Pensamiento Divagatorio](#).
- [Ecolalia](#): Repetición persistente de palabras o frases de otra persona.
- [Pensamiento Tangencial](#): Pensamientos irrelevantes, que no se relacionan a la centralidad de lo que se desea comunicar.
- [Perseverancia](#): Repetición constante al mismo estímulo, tal como responder con la misma palabra, a todas las preguntas del interrogatorio.
- [Disgregación](#).
- [Neologismo](#): Creación de palabras nuevas, incomprensibles para el interrogador.

-21.23.7.2)- Trastornos Del Contenido Del Pensamiento.

-Las principales incluyen:¹:

- [Preocupaciones](#);
- [Ideas falsas](#), por lo general reversible;
- Ideas obsesivas;
- Ideas fóbicas;
- [Pensamiento mágico](#).

-21.23.8)- Véase También.

- [Pensamiento crítico](#);
- [Pensamiento divergente](#);
- [Pensamiento lateral](#).

-21.23.9)- Referencias.

1. ↑ [Saltar a:](#) ^a ^b ^c Julio Vallejo Ruiloba [Introducción a la psicopatología y la Psiquiatría](#) (en español). Publicado por [Elsevier](#) España, 2006; pág 187-190. [ISBN 84-458-1659-4](#).

-21.23.10)- Bibliografía.

- Luís María Gonzalo Sanz. *Entre libertad y determinismo. Genes, cerebro y ambiente en la conducta humana*. Cristiandad: Madrid (2013). [ISBN 978-84-7057-519-8](#).
- Barmaimon Enrique, Tratado de Neuroanatomía Funcional. 3 volúmenes. Ed. EDUSMP.(1984).Lima, Perú.
- .- Barmaimon Enrique. 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.
- .-Barmaimon Enrique. Historia Medicina, Psiquiatría, Gerontología, Envejecimiento y Geriatria. (2015). 1ª Ed. Virtual. Montevideo, Uruguay. .
- -Barmaimon,Enrique.(2015).Historia Ciencias Cognitivas.3 Tomos. 1ªEd. 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- Medicina Perioperatoria. 6 Tomos. 1ª Ed. Virtual.
- Barmaimon, Enrique.2017- Anestesia Locorregional- 6 Tomos.. 1ª Ed. Virtual.11-
- Barmaimon, Enrique- 2017- Libros Anestesia en Urología- 6 Tomos- 1ª.Ed. Virtual.
- [Biblioteca Virtual en Salud](#) (BVS).

-21.23.11)- Enlaces Externos.

-  [Wikiquote](#) alberga frases célebres de o sobre [Pensamiento](#).
-  [Wikcionario](#) tiene definiciones y otra información sobre [pensamiento](#).

Obtenido de «<https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Pensamiento&oldid=102416703>»

-Categoría:

- [Pensamiento](#);
- Se editó esta página por última vez el 7 octubre 2017, a las 20:14.

-21.24)- SENTIMIENTO.

-De Wikipedia, la enciclopedia libre.

-Sentimiento, se refiere tanto a un estado de ánimo, como también a una [emoción](#) conceptualizada, que determina el estado de ánimo.^{[1234](#)}. Por tanto, «el estado del sujeto, caracterizado por la impresión afectiva, que le causa determinada persona, animal, cosa, recuerdo o situación en general».^{[5](#)}.

.En [ciencia cognitiva](#), se ha comprobado, que el funcionamiento normal del cerebro, cambia

según el estado de ánimo subyacente, y que en ocasiones, incluso las decisiones racionales de las personas, pueden verse notoriamente afectadas por los sentimientos.

.Los sentimientos son el resultado de las [emociones](#), y pueden ser [verbalizadas](#) : [palabras](#).

.Las emociones son expresiones [neurofisiológicas](#), del sistema nervioso, y de estados mentales.

.El sentimiento, puede definirse como la autopercepción, que la mente hace de un determinado estado emocional, el que a su vez, se ve influido por factores neurofisiológicos.

-21.24)- SENTIMIENTO .

-21.24.[1](#))- [Introducción](#)

-21.24.[1.1](#))- [Psicodinámica](#).

-21.24.[1.2](#))- [Memoria y Motivación](#).

-21.24.[2](#))- [Tipología Psicológica](#).

-21.24.[3](#))- [Referencias](#) .

-21.24.[4](#))- [Bibliografía](#).

-21.24.5 [Enlaces Externos](#).

-21.24.1)- [Introducción](#).

-El sentimiento es el resultado de las emociones. Esta respuesta está mediada por [neurotransmisores](#), como la [dopamina](#), la [noradrenalina](#) y la [serotonina](#). Forma parte de la dinámica cerebral del ser humano y de los demás animales, capacitándolos para reaccionar a los eventos de la vida diaria; al drenarse una sustancia producida en el cerebro, hay muchas emociones.

-21.24.1.1)- [Psicodinámica](#).

-La psicodinámica se refiere a la sucesión de procesos mentales, que experimenta una persona. Esta psicodinámica, está impulsada por pulsaciones psicológicas y fisiológicas, y se ve influida naturalmente, tanto por acontecimientos externos o estímulos, como por estados de ánimo internos.

-Se denomina estímulo emotivo, a cualquier situación externa o estímulo, capaz de alterar el estado de ánimo de una persona. Los estímulos emotivos, adecuadamente sostenidos en el tiempo, pueden hacer nacer el sentimiento de: por ejemplo, [amor romántico](#), que no es más que la expresión del sistema límbico, por continuar viéndose sometido a las cargas emocionales necesarias, que equilibran y liberan de ciertos rasgos no preferentes, del estado anímico, y que por reacción, hace creer que encamina a un estado de flujo, que permitirá sostener el estado felicidad.

-Así, la mente establece el objetivo, y los hechos fomentan o contrarrestan su consecución y preservación. La variación del estado preferente, que hace la mente del objetivo, induce en ella, como principio la emoción, que podría desencadenar un sentimiento, que la motiva a actuar.

-Los sentimientos están regidos por las leyes, que gobiernan el funcionamiento energético del [cerebro](#). Inhibir por preferencia del [ego](#), un sentimiento equivale a fomentar un [anhelo](#); postergar un anhelo, fomenta una [frustración](#) o una [vehemencia](#).

.Los sentimientos necesitan de una razón o cauce, para lograr un estado de [satisfacción](#) y equilibrio.

-21.24.1.2)- [Memoria y Motivación](#).

-Los sentimientos asociados a estados de ánimos, actúan como condicionantes de algunos procesos mentales y, por tanto, pueden actuar como factores, que alteran la psicodinámica. Es un hecho conocido, que la intensidad de los recuerdos, puede verse influida fuertemente por el estado de ánimo. En particular, muchas situaciones traumáticas, inducen estados de ánimo muy específicos, que hacen que los recuerdos creados bajo dicho estado de ánimo, sean especialmente intensos y perdurables.

-Las personas deprimidas pueden llegar a tener percepciones de sí mismas y de la realidad muy ajustadas. Mientras que muchas personas no deprimidas, con un estado de ánimo más positivo, frecuentemente tienden a ser optimistas, y a minimizar dificultades reales. Se considera que en algunos casos, el "realismo excesivo" de las personas deprimidas, les dificulta emprender acciones con entusiasmo y confianza, a diferencia de las personas "engañadamente optimistas".

-21.24.2)- Tipología Psicológica.

-En función del temperamento y la personalidad, unas personas son más proclives a mantener más tiempo un tipo de sentimiento, que en otros. En función de esas tendencias, algunos [psicólogos de la personalidad](#), han propuesto clasificaciones de la personalidad, en términos de esas tendencias en la dinámica de los sentimientos.

-El psicólogo [Carl Jung](#), en su libro [Tipos psicológicos](#), propuso la existencia de cuatro funciones principales en la consciencia, entre las cuales se encuentra la función sentimiento.

.Las tres funciones restantes son: la [sensación](#), la [intuición](#) y el [pensamiento](#). Estas cuatro funciones son modificadas, por dos actitudes principales: [introversión](#) y [extraversión](#).

.A partir de esta teoría, se desarrolló el [Indicador Myers-Briggs](#), que cuenta con 16 combinaciones tipológicas : 8 tipos más que en la tipología junguiana clásica, de las cuales cuatro son del tipo sentimiento:

- [INFP](#): introvertido, intuitivo, sentimiento, perceptivo;
- [ISFP](#): introvertido, sensitivo, sentimiento, perceptivo;
- [ENFJ](#): extrovertido, intuitivo, sentimiento, calificador;
- [ESFJ](#): extrovertido, sensitivo, sentimiento, calificador;

-Los dos primeros pertenecen al sentimiento introvertido con orientación intuitiva y sensitiva respectivamente, y los dos últimos , al sentimiento extrovertido con orientación intuitiva y sensitiva, también respectivamente.

-21.24.3)- Referencias.

1. [Volver arriba ↑ «Diccionario de la lengua española - Vigésima segunda edición». <http://www.rae.es/>.](#)
2. [Volver arriba ↑ «Definición de sentimiento». <http://definicion.de/>.](#)
3. [Volver arriba ↑ «sentimiento». <http://es.thefreedictionary.com/>.](#)
4. [Volver arriba ↑ «sentimiento». <http://www.wordreference.com/>.](#)
5. [Volver arriba ↑](#) Castilla del Pino, Carlos (2.000) (2.008). *Teoría de los sentimientos*. Barcelona: Tusquets Editores, S.A. p. 346. [ISBN 978-84-8310-798-0](#).

-21.24.4)- Bibliografía.

- [Castilla del Pino, Carlos \(2.000\) \(2.008\). *Teoría de los sentimientos*. Barcelona: Tusquets Editores, S.A. \[ISBN 978-84-8310-798-0\]\(#\).](#)
- [Eduardo Punset \(12/2006\). *El alma está en el cerebro. Radiografía de la máquina de pensar* \(Tercera edición\). \[ISBN 84-03-09737-9\]\(#\).](#)

- Jonathan Haidt. *La hipótesis de la felicidad. La búsqueda de verdades modernas en la sabiduría antigua*. E. D. Gedisa. [ISBN 84-9784-152-2](#).
- [Eduardo Punset](#) (02/2006). *El viaje a la felicidad. Las nuevas claves científicas* (Octava edición). E. D. Destino. [ISBN 84-233-3777-4](#).
- Barmaimon Enrique, Tratado de Neuroanatomía Funcional. 3 volúmenes. Ed. EDUSMP.(1984).Lima, Perú.
- .- Barmaimon Enrique. 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.
- .-Barmaimon Enrique. Historia Medicina, Psiquiatría, Gerontología, Envejecimiento y Geriatria. (2015). 1ª Ed. Virtual. Montevideo, Uruguay. .
- -Barmaimon,Enrique.(2015).Historia Ciencias Cognitivas.3 Tomos. 1ªEd. 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- Medicina Perioperatoria. 6 Tomos. 1ª Ed. Virtual.
- Barmaimon, Enrique.2017- Anestesia Locorregional- 6 Tomos.. 1ª Ed. Virtual.11-
- Barmaimon, Enrique- 2017- Libros Anestesia en Urología- 6 Tomos- 1ª.Ed. Virtual.
- [Biblioteca Virtual en Salud](#) (BVS).

-21.24.5)-Enlaces Externos.

-  [Wikiquote](#) alberga frases célebres de o sobre [Sentimiento](#).

-Obtenido de «<https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Sentimiento&oldid=102882035>»
-[Categoría](#):
 - [Sentimientos](#).
 - Se editó esta página por última vez el 26 octubre 2017, a las 18:36.

-21.25)- IDENTIDAD.

-De Wikipedia, la enciclopedia libre.

-Índice.

-21.25)- IDENTIDAD.

-21.25.1)- [En Filosofía](#).

-21.25.2)- [En Matemática](#).

-21.25.3)- [En Ciencias Sociales : principalmente Psicología, Sociología y Ciencia Política](#)

-21.25.4)- [En Sexualidad](#).

-21.25.5)- [Grupos o Movimientos Políticos o Sociales](#).

-21.25.6)- [En Arte](#).

-21.25.7)- [Anatomía y Fisiología](#).

-21.25.8)- [Economía](#).

-21.25.9)- [Identificación Documental e Informática](#).

-21.25.10)- [Enlaces Externos](#).

-El término identidad puede referirse:

-21.25.1)- En Filosofía.

- a la [identidad](#), la relación que toda "entidad" : filosofía, matemáticas, lógica, etc.) mantiene sólo consigo misma;
 - al [principio de identidad](#), un principio lógico y filosófico;
 - a la [identidad de los indiscernibles](#), un principio lógico y filosófico;
 - a la [teoría de identidad](#), o teoría de la identidad de la mente;
- 21.25.2)- En Matemática.
- a una [identidad](#), una expresión que permanece verdadera, sin importar los valores que se asignen a las variables que aparecen en ella;
 - a la [función identidad](#), una función matemática que devuelve su propio argumento;
 - al [elemento identidad](#), en álgebra;
 - a la [función identidad](#), una función matemática;
 - a la [matriz identidad](#);
- 21.25.3)- En Ciencias Sociales : principalmente Psicología, Sociología y Ciencia política.
- a la [identidad](#), un concepto para entender el desarrollo psicológico y social de cada ser humano;
 - a la [identidad cultural](#), el conjunto de valores, símbolos, creencias y costumbres de una cultura;
 - a la [identidad nacional](#), la identidad basada en el concepto de nación, es decir, el sentimiento de pertenencia a una colectividad histórico-cultural, definida con características diversas, rasgos de cosmovisión definidos con mayor o menor localismo o universalismo : desde la cultura a la civilización, costumbres de interacción, organización social y política : particularmente, el Estado , que tanto si se identifica con él, como si se identifica contra él;
 - a la [identidad política](#), una forma de identidad social, que marca la pertenencia a ciertos grupos que tengan en común una lucha por alguna forma de poder;
 - a la [identidad de lugar](#);
 - en el desarrollo psicológico, a la [crisis de identidad](#);
 - en psicopatología:
 - al [trastorno de identidad disociativo](#);
 - al [trastorno de identidad de la integridad corporal](#), abreviado *BIID* (siglas, en inglés, de *Body Integrity Identity Disorder*), una enfermedad mental;
 - en psicología, a la [identificación](#);
 - en psicoanálisis:
 - a la [identificación](#);
 - a la [identificación proyectiva](#);
 - al [síndrome de Estocolmo](#) o identificación con el agresor;
 - a la [identidad de lugar](#);
- 21.25.4)- En Sexualidad.
- a la [identidad de género](#), la percepción subjetiva de cada persona en cuanto a sentirse varón o mujer, no sólo en términos biológicos, sino también psicosociales, que pueden ser independientes de los caracteres físicos;
 - a la [identidad sexual](#), la identidad basada en la orientación sexual o en características sexuales biológicas;
 - a la disforia de género, también llamada [trastorno de identidad de género](#);
- 21.25.5)- Grupos o Movimientos Políticos o Sociales.

- a [Identidad, Tradición, Soberanía](#), un grupo del Parlamento Europeo;
- a [Identidad Cristiana](#), un movimiento y fundamentalista cristiano de los Estados Unidos;
- a [Identidad del Reino de Valencia](#) (IRV), un partido de la Comunidad Valenciana, en España;
- a [Hijos por la Identidad y la Justicia contra el Olvido y el Silencio](#), una organización de Argentina;
- a [Identidad Nacional-Patriota-Chilena](#);
- a [Identidade Galega](#), una organización en Galicia, España;
- a [identidad dejando huella](#), un grupo político estudiantil;

-21.25.6)- En Arte.

- a [La identidad](#) (título original: *L'identité*), una novela de Milán Kundera, 1996;
- a [Identidad](#), una película estadounidense;
- a [Identidad](#), un álbum musical de Taller Canario;
- a [Identidad](#), un libro de Zygmunt Bauman;
- a [Teatro x la Identidad](#), un ciclo de teatro en Argentina que desde el 2000 apoya a las Abuelas de Plaza de Mayo en la búsqueda y restitución de sus nietos;
 - en la subcultura de los superhéroes, a la [identidad secreta](#);

-21.25.7)- En Anatomía y Fisiología.

- a la [identidad de órgano](#), en el desarrollo embrionario;

-21.25.8)- En Economía.

- a una [identidad corporativa](#), una manifestación física de la marca;
- a una [identidad federada](#), una gestión de identidad en los sistemas de información;

-21.25.9)- Identificación Documental e Informática.

- a una [identificación](#) (página de desambiguación);
- a [Identidad 2.0](#) o [identidad digital](#);
- al [documento de identidad](#);
- al [robo de identidad](#);
- al [phishing](#) (anglicismo por [suplantación de identidad](#));

-21.25.10)- Enlaces Externos.

-  [Wikcionario](#) tiene definiciones y otra información sobre [identidad](#).

Obtenido de «<https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Identidad&oldid=102691181>»

Categorías:

- [Wikipedia:Desambiguación](#)
- [Identidad](#)
- Se editó esta página por última vez el 19 octubre 2017 a las 16:58.

-21.26)- INTELIGENCIA.

-De Wikipedia, la enciclopedia libre.

-La inteligencia es un concepto difícil de definir. Una definición sencilla la describe, como la capacidad de generar información nueva, combinando la que recibimos del exterior, con aquella de la que disponemos en nuestra memoria. Se trata de una capacidad general, que implica varios factores: el pensamiento abstracto dirigido hacia la resolución de problemas, o en la capacidad de adquirir conocimientos.

-Índice.

-21.26)- INTELIGENCIA .

-21.26.1)- [Etimología](#).

-21.26.2)- [Definición de la Inteligencia](#).

-21.26.3)- [Tipos de Inteligencia](#) .

-21.26.3.1)- [Capacidades, Aptitudes y Habilidades](#).

-21.26.4)- [Ámbito Psicológico](#) .

-21.26.4.1)- [Definiciones](#) .

-21.26.4.1.1)- [Definición Diferencial de la American Psychological Association](#).

-21.26.4.1.2)- [Definición general del *Mainstream Science on Intelligence*](#)

-21.26.4.2)- [Diversos Modelos Sobre la Estructura de la Inteligencia](#).

-21.26.4.2.1)- [Modelos Factoriales](#) .

-21.26.4.2.1.1)- [Spearman y el factor G](#).

-21.26.4.2.1.2)- [Las Capacidades Mentales Primarias de Thurstone](#)

-21.26.4.2.1.3)- [Modelos Jerárquicos de la Inteligencia](#).

-21.26.4.2.2)- [Modelos Múltiples No Factoriales](#) .21.26.4.2.2.1 [Inteligencias múltiples](#).

-21.26.4.2.2.2)- [Teoría Triárquica de la Inteligencia](#).

-21.26.4.2.2.3)- [Inteligencia Emocional](#).

-21.26.5)- [Intentos de Medir la Inteligencia](#) .

-21.26.5.1)- [Cociente Intelectual](#).

-21.26.5.2)- [Controversias](#).

-21.26.6)- [La Inteligencia Dentro de la Evolución Biológica](#) .

-21.26.6.1)- [Grados](#).

-21.26.6.2)- [Inteligencia Primaria](#).

-21.26.6.3)- [Inteligencia Humana](#).

-21.26.7)- [Desarrollo de la Inteligencia](#).

-21.26.7.1)- [Principio de Lateralidad](#).

-21.26.7.2)- [El efecto Flynn](#).

-21.26.8)- [Véase También](#).

-21.26.9)- [Notas y Referencias](#).

-21.26.10)- [Enlaces Externos](#).

-21.26.1)- [Etimología](#).

-La palabra inteligencia proviene del latín *intelligere*, término compuesto de *inter* «entre» y *legere* «leer, escoger». La inteligencia permite elegir las mejores opciones para resolver una cuestión.

.Se convirtió en el término medieval "intelligentia" para la comprensión. Sin embargo, este término estaba fuertemente ligado a las teorías metafísicas y cosmológicas del escolasticismo teleológico, incluidas las teorías de la inmortalidad del alma, y el concepto de Inteligencia Activa. Todo este enfoque del estudio de la naturaleza, fue fuertemente rechazado por los primeros filósofos modernos como: [Francis Bacon](#), [Thomas Hobbes](#), [John Locke](#) y [David Hume](#), que preferían la palabra.¹.

-21.26.2)- [Definición de la Inteligencia](#).

-No hay una definición unitaria y aceptada de la inteligencia. Una de ellas proviene de la [psicología](#); donde definir qué es la inteligencia, ha sido siempre objeto de [polémica](#);² ante un escenario tan diversificado de opiniones, Vernon , en 1960, sugirió una clasificación de las principales definiciones:

- Ch.Spearman: Capacidad unitaria para resolver problemas y crear nuevos contenidos³;
- H. J. Eysenck: Vinculó la inteligencia biológica con el procesamiento neuronal eficiente³
- L. GHumphreys :Conjunto de habilidades para adaptarse al entorno³
- H. Gardner Capacidad de resolución de problemas y la elaboración de productos que sean valorados³
- L. S. Gottfredson Capacidad mental general que incluye la habilidad de razonar, planificar, resolver problemas, pensar en abstracto , comprender ideas complejas , aprender rápido y aprender de la experiencia, que es más que una destreza académica o del aprendizaje por medio de libros³
- Alfred Binet El juicio, también llamado "sentido común", "sentido práctico", "iniciativa", la facultad de adaptarse a las circunstancias ... auto-crítica.⁴
- David Wechsler La capacidad agregada o global del individuo de actuar con propósito, de pensar racionalmente y de manejar eficazmente su entorno.⁵
- Cyril Burt Capacidad cognitiva innata⁶
- Linda Gottfredson La capacidad de lidiar con la complejidad cognitiva⁷
- Sternberg y Salter Comportamiento adaptativo dirigido a metas⁸
- Reuven Feuerstein La teoría de la modificación cognitiva estructural describe la inteligencia como "la propensión única de los seres humanos a cambiar o modificar la estructura de su funcionamiento cognitivo para adaptarse a los cambios de una situación a lo largo de la vida"⁹
- Legg y Hutter "La inteligencia mide la capacidad de un agente para alcanzar los objetivos en una amplia gama de entornos", que ha sido matemáticamente formalizado"¹⁰
- Alexander Wissner-Gross $F=T \nabla St$ ¹¹

-21.26.3)- Tipos de Inteligencia.

-Globalmente, podemos entender, la inteligencia como una capacidad mental : como la creatividad por ejemplo, que puede ser entendida de manera diferente, aun estando las diversas concepciones conectadas entre ellas.

.Por un lado , la inteligencia Natural o inteligencia A, es una disposición biológica e innata del individuo, que constituiría el núcleo básico de la inteligencia.

.Por otro lado, la inteligencia Social o inteligencia B, cotidiana, observable a partir del comportamiento.

.Finalmente, la tercera concepción haría referencia a una inteligencia Psicométrica o inteligencia C, investigada a partir de su evaluación con test psicológicos. A esta medida se le llama QI, se trata de un estimador parcial de la capacidad.

.Por lo tanto, podemos visualizar la inteligencia Natural(A) y la Psicométrica(C), como componentes de la inteligencia Practica o B, siendo A la base disposicional, y siendo la C la operativización en términos de rendimiento. ¹².

- 21.26.3.1)- Capacidades, Aptitudes y Habilidades.

-Dada la generalidad del constructo inteligencia, es conveniente familiarizarse con términos como: capacidad, aptitud, habilidad , destreza.

.La capacidad es un concepto genérico que designa, la potencialidad para realizar una conducta en términos de eficacia y nivel de ejecución. La capacidad y aptitud, son conceptos similares, disposiciones en alguna medida innatas, las cuales ejecutan un comportamiento adaptativo. La aptitud tiene un significado mas específico.

.Habilidad y destreza: Son conocimientos prácticos y técnicos, adquiridos mediante el aprendizaje, el entrenamiento y la practica. Cuando estos se han focalizado en materias o tareas muy específicas , decimos que han desarrollado una competencia especifica, o que una persona es competente en un área determinada. Es evaluada en términos de rendimiento o ejecución.

.El rendimiento es una determinada tarea, que se verá mediatizada, tanto por la disposición innata: capacidad, como por los grados de destreza en la material. El rendimiento y la ejecución ,son el nivel de obtención de resultados : aciertos, en una tarea. ¹³.

-21.26.4)- Ámbito Psicológico.

-21.26.4.1)- Definiciones.

-Las definiciones psicológicas han sido elaboradas, bajo diversas perspectivas, tales como: la [psicología experimental](#), la [psicología diferencial](#), y la [psicología genética](#).

-21.26.4.1.1)- Definición Diferencial de la American Psychological Association.

-La [American Psychological Association](#) (APA), una organización científica y profesional de psicólogos de Estados Unidos, lo expuso así: ¹⁴:

"Los individuos difieren los unos de los otros en habilidad de comprender ideas complejas, de adaptarse eficazmente al entorno, así como el de aprender de la experiencia, en encontrar varias formas de razonar, de superar obstáculos mediante la reflexión. A pesar de que estas diferencias individuales, puedan ser sustanciales, éstas nunca son completamente consistentes: las características intelectuales de una persona, variarán en diferentes ocasiones, en diferentes dominios, y juzgarán con diferentes criterios. El concepto de "inteligencia", es una tentativa de aclarar y organizar este conjunto complejo de fenómenos".

-21.26.4.1.2)- Definición General del *Mainstream Science on Intelligence*.

-Definición que fue suscrita por cincuenta y dos investigadores, en ¹⁵1994: "Una capacidad mental muy general que, entre otras cosas, implica la habilidad de razonar, planear, resolver

problemas, pensar de manera abstracta, comprender ideas complejas, aprender rápidamente y aprender de la experiencia. No es un mero aprendizaje de los libros, ni una habilidad estrictamente académica, ni un talento para superar pruebas. Más bien, el concepto se refiere a la capacidad de comprender el propio entorno".

-21.26.4.2)- Diversos Modelos Sobre la Estructura de la Inteligencia.

-En psicología diferencial, se han formulado varios modelos teóricos, para conceptualizar y operativizar la inteligencia,¹⁶ es necesario diferenciar los modelos factoriales, de los no factoriales.

-21.26.4.2.1)- Modelos Factoriales.

-21.26.4.2.1.1)- Spearman y el factor G.

-[Charles Spearman](#) realizaba diversos estudios, en uno de ellos en particular, se dio cuenta que parte de la [varianza](#) explicada, venía dada por la especificidad de cada prueba, que realizaba, mientras que otra parte de la varianza, venía explicada como un factor común en todas las pruebas. Para poder comprobarlo, Spearman inventó el [análisis factorial](#), para explicar esta "teoría bifactorial de la inteligencia"; en ella, afirmaba que cualquier medida de inteligencia, se podía dividir en dos componentes, uno común denominado "G", y otro específico "S". Al tener esta varianza compartida, cada prueba no medía un atributo del todo independiente, ya que el factor "S", dependía del factor "G". Por lo tanto, la medida del factor G es más importante. Actualmente hay evidencias empíricas, que constatan la existencia del factor "G".

-21.26.4.2.1.2)- Las Capacidades Mentales Primarias de Thurstone.

-[Louis leon Thurstone](#), en 1938, propuso un modelo alternativo multifactorial de las capacidades cognitivas, llamado PMA (Positive Mental Attitude). También usó el análisis factorial como metodología, pero siguiendo un procedimiento diferente, proporcionando así, una estructura diferente de la inteligencia. Según este modelo, la inteligencia se medía por las puntuaciones obtenidas en pruebas de cada aptitud específica. Thurstone defendía que su propuesta era realista y útil. De esta manera, se medían las aptitudes por separado, y se podía comparar las puntuaciones de cada persona, en una prueba específica sin tener relaciones posibles con otras pruebas. En el modelo de aptitudes mentales primarias, definía 13 factores, de los que se han podido identificar 7: factor espacial (E), factor numérico (N), velocidad perceptiva (P), fluidez verbal (V), memoria (M), inducción (R) y comprensión verbal (V).

-21.26.4.2.1.3)- Modelos Jerárquicos de la Inteligencia.

-Las aportaciones de la Escuela de Londres, se resumen en la introducción del análisis factorial, como metodología de análisis, y extracción de factores, la definición de un modelos jerárquico de la inteligencia, y el hallazgo del factor "G". A partir de este modelo básico, varios autores han propuesto diferentes estructuras, en función de los factores aislados con análisis factorial.¹⁷

-[Cyril Burt](#), en 1949, ha propuesto un modelo jerárquico, con diferentes niveles inferiores al factor "G", que ha ido extrayendo a partir de ir descomponiendo las correlaciones residuales al factor general. Con este procedimiento, definió una estructura de 18 factores organizados en diferentes niveles. En el primer nivel, estarían los factores asociados a las sensaciones; en el segundo nivel estarían los procesos perceptivos complejos; en el tercer nivel se

encontraban los procesos asociativos; en el cuarto los procesos relacionales; y en la cima se encontraba el factor "G", con el nivel máximo de abstracción e integración.¹⁷.

-[Raymond B. Cattell](#): Ha formulado un modelo estructural de la inteligencia, que conseguía incluir los modelos de Thurstone y Spearman, y que actualmente continua vigente, siendo uno de los más sólidos. Mediante análisis factorial, ha diferenciado tres agrupamientos de factores. En el primer nivel, las aptitudes primarias de Thurstone; en el tercer nivel el factor "G" de Spearman; y entre estos dos, se situaría un factor de segundo orden, que ha definido como inteligencia fluida (GF) e inteligencia cristalizada (GC), que correlacionan entre ellas. La GF correspondería a aquel componente de la inteligencia de base genética y neurofisiológica, que reflejaría los procesos mentales superiores, en especial el razonamiento inductivo; y la GC corresponde a aquella parte ejercitada, en la interacción con el medio sociocultural.¹⁷.

-[Jhon B. Carroll](#), en 1993: Ha hecho un trabajo exhaustivo, para integrar todas las investigaciones sobre inteligencia. Éste análisis ha acabado en el "modelo de los estratos" de Carroll.¹⁸ El trabajo de Carroll se enmarca dentro del euge de la psicología cognitiva, y representa una reorientación del estudio de la inteligencia, acentuando el proceso por delante de los resultados. Así a diferencia de los modelos anteriores, la medida de la inteligencia se realizó mediante tareas específicamente cognitivas, en lugar de usar test psicométricos. Para muchos estudiantes de la psicología de la inteligencia, este sería el mejor modelo actual sobre la inteligencia humana.¹⁹.

-21.26.4.2.2)- Modelos Múltiples No Factoriales.

-A finales del siglo XX, surgen varias teorías psicológicas, que cobran gran celebridad: la [Teoría de las inteligencias múltiples](#), la [Teoría triárquica de la inteligencia](#) y la que trata de la [Inteligencia emocional](#).

-21.26.4.2.2.1)- Inteligencias Múltiples.

-[Howard Gardner](#), psicólogo norteamericano de la Universidad de Harvard, escribió en 1983, "Las estructuras de la mente", un trabajo en el que consideraba, el concepto de inteligencia, como un potencial, que cada ser humano posee en mayor o menor grado, planteando que ésta no podía ser medida por instrumentos normalizados en test de CI²⁰, y ofreció criterios, no para medirla, sino para observarla y desarrollarla.

.Según Howard Gardner, creador de la [Teoría de las inteligencias múltiples](#), la inteligencia es la capacidad, para resolver problemas o elaborar productos, que puedan ser valorados en una determinada cultura. Propuso varios tipos de inteligencia, igualmente importantes:

- [Inteligencia Lingüística](#): Capacidad de usar las palabras de manera adecuada. Caracteriza a [escritores](#) y poetas. Implica la utilización de ambos hemisferios cerebrales.
- [Inteligencia Lógica-matemática](#): Capacidad que permite resolver problemas de [lógica](#) y [matemática](#). Es fundamental en científicos y filósofos. Al utilizar este tipo de inteligencia, se hace uso del hemisferio lógico. Era la predominante en la antigua concepción unitaria de "inteligencia".
- [Inteligencia Musical](#): Capacidad relacionada con la comprensión, creación, organización, reproducción, improvisación y abstracción de estímulos auditivos complejos, es decir música, incluyendo ritmos y polirritmia, tonalidades, patrones musicales, melodías, polifonías, etc. Es la aptitud propia de los [músicos](#) y [bailarines](#).
- [Inteligencia Espacial](#): La capacidad de distinguir aspectos como: color, línea, forma, figura, espacio, y sus relaciones en tres dimensiones. Esta inteligencia se relaciona con campos tan diversos como: el [diseño](#), la [arquitectura](#), la [geografía](#), la [ingeniería](#), la [escultura](#), la [cirugía](#) o la [marina](#).

- **Inteligencia Corporal-cinestésica:** Capacidad de controlar y coordinar los movimientos del cuerpo y expresar sentimientos con él. Es el talento de los: [actores](#), [mimos](#), o [bailarines](#). Implica a [deportistas](#) o [cirujanos](#).
- **Inteligencia Intrapersonal** o emocional: Está relacionada con las emociones, y permite entenderse a sí mismo. Relacionada con las ciencias psicológicas.
- **Inteligencia Interpersonal** o Social: Capacidad para entender a las demás personas con [empatía](#); está relacionada con las emociones. Es típica de los buenos [vendedores](#), [políticos](#), [profesores](#) o [terapeutas](#).

-Posteriormente añadió:

- **Inteligencia Naturalista:** La utilizamos al observar y estudiar la [naturaleza](#), para organizar y clasificar. Los [biólogos](#) y [naturalistas](#), son quienes más la desarrollan.
- **Inteligencia Existencial o Filosófica:** La capacidad para situarse a sí mismo, con respecto al cosmos y autosugestionarse.

-21.26.4.2.2.2)- Teoría Triárquica de la Inteligencia.

-[Robert J. Sternberg](#), psicólogo estadounidense y profesor de la Universidad de Yale, en su [Teoría triárquica de la inteligencia](#) de 1985, estableció tres categorías para describir la inteligencia:

- **Inteligencia Componencial-analítica:** La capacidad para planificar, ejecutar y el logro del conocimiento.
- **Inteligencia Experiencial-creativa:** Habilidad fundada en la experiencia para tratamiento de la novedad y la automatización de procesos.
- **Inteligencia Contextual-práctica:** Relacionada con la conducta adaptativa al mundo real.

- 21.26.4.2.2.3)- Inteligencia Emocional.

- [Daniel Goleman](#), psicólogo estadounidense, publicó en 1995, el libro *Emotional Intelligence*, "[Inteligencia emocional](#)", que adquirió fama mundial, aunque fueron Peter Salovey y John D. Mayer, los que acuñaron la citada expresión "Inteligencia emocional", en 1990.

.Anteriormente, el psicólogo [Edward Thorndike](#), había manejado un concepto similar en 1920, la "Inteligencia social".

.Para Goleman la inteligencia emocional, es la capacidad para reconocer sentimientos propios y ajenos, y la habilidad para manejarlos. Considera que la inteligencia emocional, puede organizarse en cinco capacidades: conocer las emociones y sentimientos propios, reconocerlos, manejarlos, crear la propia motivación, y manejar las relaciones.

.Goleman enseña, que tener inteligencia emocional, es la capacidad que el ser humano, tiene para decir las cosas en el momento correcto, de la manera correcta, con la intensidad correcta, y en el lugar correcto a las personas correctas.

-21.26.5)- Intentos De Medir la Inteligencia.

-La [psicometría](#) es la disciplina que se encarga de las mediciones psicológicas. Los primeros trabajos de psicometría, surgieron para evaluar la inteligencia, mediante diversos test, cuya aplicación permitía estimar el [cociente intelectual](#) de los individuos; una medida que se suponía aproximada al constructo de la inteligencia.

.Los criterios de científicidad más extendidos en psicometría, para la aceptación de los tests de inteligencia, son la [fiabilidad](#) y la [validez](#), medidas obtenidas generalmente a través de técnicas estadísticas, basadas en la [correlación](#), como: el [análisis factorial](#) o la [regresión lineal](#).

.Algunos de estos test, ofrecen una única medida, un "[factor general de inteligencia](#)", o *Factor G* en términos de la Teoría bifactorial de [Charles Spearman](#), que se determina comparando el rendimiento del sujeto, con el obtenido por su grupo de referencia, en condiciones similares. Otros tests, sin embargo, están diseñados bajo un marco teórico diferente, y en consecuencia permiten la estimación de varias medidas independientes, correspondientes a los distintos tipos de inteligencia.

-21.26.5.1)- Cociente Intelectual.

-[Cociente intelectual](#).

-El cociente intelectual o cociente de inteligencia, abreviado *CI*; *IQ* en inglés, es la relación entre la inteligencia de un individuo, medida con un test de inteligencia, y la inteligencia media cronológica, es decir, la esperable por su edad.²¹

.Con la finalidad de hallar un método de correlacionar la edad mental, con la edad cronológica, [William Stern](#), en 1912, formuló el cociente intelectual. Esta nueva medida de la inteligencia, consistía en la división entre la edad mental y la edad cronológica, multiplicada por 100. El valor 100 obtenido cuando ambas coinciden, representa el *nivel normal* de inteligencia.²²

-Los primeros test de inteligencia, los realizaron [Alfred Binet](#) y [Theodore Simon](#), en 1905, y tres años después, aparecieron las primeras escalas de inteligencia, destinadas a evaluar a niños de entre tres y doce años.

.Fue en el informe de 1908, donde introdujeron formalmente el concepto de "edad mental", enumerando específicamente los tres a ocho ítems, que podían pasar la mayoría de los niños de cada nivel de edad.²³

· En los años 30, [David Wechsler](#) lo adaptó a otros grupos de edad.



-21.26.5.2)- Controversias.

-Los test para evaluar el cociente intelectual, fueron empleados, inicialmente, para predecir el rendimiento escolar. Los creadores no creyeron que estuvieran midiendo una inteligencia estática, y a pesar de ello, los críticos argumentan, que los test de inteligencia, han sido empleados para justificar teorías genéticas, en las que la inteligencia sería una cualidad única y fija.²⁴

-Las investigaciones acerca de la inteligencia humana, crean gran preocupación en el público y generan más críticas que los estudios científicos de otras áreas.

.Así, hay numerosos estudios, que han puesto en tela de juicio, la relevancia de los test psicométricos. Hay controversias sobre los factores genéticos en la inteligencia, particularmente en cuestiones sobre si estas diferencias, se relacionan con la raza y el sexo,

o cómo interpretar, el incremento en las puntuaciones de los test, conocido como el [efecto Flynn](#).

-Actualmente, la mayoría de los investigadores, rechazan esta forma de clasificar la inteligencia, principalmente por su parcialidad. Argumentan que esta visión sólo mide una parte de lo que comúnmente se entiende por inteligencia. Además, la fiabilidad es baja, porque hay circunstancias, que influyen en el resultado, como: el estado de ánimo, la salud, o el conocimiento previo de pruebas similares.

.Uno de los críticos más activos y acreditados, en contra del CI y de su uso, ha sido el paleontólogo [Stephen Jay Gould](#), quien argumentaba, que la inteligencia no es fácilmente mensurable, rebatía los puntos de vista hereditarios, rechazaba el [análisis factorial](#), como criterio científicamente válido en la investigación psicométrica, exponía el fuerte fundamento político, que subyace a gran parte de la investigación histórica sobre la inteligencia, y terminaba denunciando los abusos de un sector de la Psicología, que abandonando la objetividad científica, ha invocado criterios pretendidamente científicos, para justificar prejuicios meramente sociales y políticos.²⁵.

-21.26.6)- La Inteligencia Dentro de la Evolución Biológica.

-En el marco de la [Teoría de la evolución](#), para que cualquier rasgo o característica se mantenga y se desarrolle, ha de otorgar alguna ventaja a los individuos que la presentan.

-En el caso de la inteligencia referida al ser humano, hay varias teorías que pretenden explicar el proceso.

.Así, algunos autores, como el paleontólogo español [Juan Luis Arsuaga](#), lo atribuyen a los cambios impuestos por el [bipedismo](#), y por un cambio en la dieta, cuya proporción de vegetales, fue disminuyendo, y eso supuso cambios en la conducta.²⁶.

-Los investigadores Aiello y Dunbar, encontraron una relación directa entre el tamaño del neocórtex, y la cantidad de miembros que forman los grupos sociales.²⁶ Ellos lo sostienen como un indicio, de que el desarrollo y evolución de la inteligencia, son impulsados principalmente por la necesidad de mantener complejas relaciones sociales, como: la cooperación, la competencia, la alianza, el engaño, etc.²⁶.

-La naturaleza no desarrolla formas de vida inteligentes por premeditación; los seres más simples, reaccionan ante el medio mediante programación genética, miedos y afinidades instintivas. Un pequeño cambio en estos instintos, implica muchas generaciones.

.La selección natural ha favorecido la rapidez en la adaptación al medio. Esta criba de seres vivos, ha seleccionado aquellos, que disponen de un sistema nervioso central, como los seres superiores, dentro de la escala trófica de alimentación.

.Dentro de esta escala, la selección ha dejado en la cumbre, a aquellos que disponen de un sistema nervioso central con cerebro e identidad de individuos.

.Esta disposición del sistema nervioso, les hace capaces de administrar en mayor o menor medida, sus comportamientos, aprendiendo y reaccionando en consecuencia, esto es, con inteligencia, un resultado consecuente del ahorro energético, que supone memorizar y recordar, para luego aplicar resultados.

-La inteligencia no es una cualidad únicamente humana : [solipsismo](#) humano; en mayor o menor medida, todos los seres vivos la tienen, basada en las hormonas, visceralidad, el sistema nervioso periférico o el central, incluso con zonas específicas del [sistema nervioso central](#), para procesos concretos. Muchos animales, tienen signos claros de inteligencia instintiva, e incluso pueden lograr algunas etapas racionales primarias bajo entrenamiento.

-21.26.6.1)- Grados.

-Las distintas cualidades psíquicas y sus distintos grados de desarrollo, pueden considerarse como las distintas formas de inteligencia, utilizadas para un uso práctico, lúdico o perverso, pero en todos los casos, inteligencia.

-La naturaleza nos muestra, que la inteligencia es una cuestión de grado; podemos encontrar rasgos inteligentes, en aquellas situaciones, en el que el ecosistema, alberga sistemas biológicos capaces de ahorrar energía, frente a otras alternativas más costosas. El hecho de encontrar el camino más corto entre dos puntos, es una muestra de que se está aplicando algún tipo de lógica, cuyo procesamiento da evidencias de un grado de inteligencia.²⁷.

-La inteligencia depende de las variaciones del sistema, que se sujeta a la [teoría general de sistemas](#), estableciendo una lógica, y a su vez, la lógica depende de un diferencial.

.En la naturaleza encontramos constantes indicios de diferenciales. Las unidades biológicas reactivas ante la variación de los diferenciales del medio, se podrían catalogar como unidades de funcionamiento condicionado o lógico.

.Entonces , ante una variación concreta de un valor del medio, esa unidad biológica actuará siempre de la misma manera. Se puede decir, que la unidad de la inteligencia es la lógica, que a su vez se basa en la termodinámica del medio, o sea algo totalmente natural.²⁸.

- 21.26.6.2)- Inteligencia Primaria.

-Se han realizado en Japón, experimentos con [Physarum Polycephalum](#).²⁹ Estos plasmodiales son organismos unicelulares, con múltiples núcleos, que son capaces de encontrar el camino más corto en un laberinto. Es el mejor ejemplo de procesamiento de información, sin poseer un sistema nervioso.

-21.26.6.3)- Inteligencia Humana.

-Existe una discusión sobre si la inteligencia humana contiene algún aspecto que la diferencie de forma cualitativa de las demás especies o incluso de la inteligencia artificial.

-Sólo a partir de [Darwin](#), se ha comprendido, que no somos la *especie elegida*, sino una *especie única*, entre otras muchas especies únicas, aunque maravillosamente inteligente.³⁰.

-Ciertamente el concepto de inteligencia humana, puede variar mucho, dependiendo de la perspectiva del ser y su punto de vista, es por esto, que grandes pensadores, escogen su propio concepto idóneo de la palabra, intentando generalizar lo más ampliamente posible.

- 21.26.7)- Desarrollo de la Inteligencia.

-La [pedagogía](#) es la ciencia que estudia la educación humana, y elabora técnicas que faciliten el aprendizaje; los [pedagogos](#) muestran gran interés, en los diferentes aspectos relacionados con la inteligencia, y sus factores condicionantes, tanto psicológicos y biológicos, como socio-culturales. Algunos de estos condicionantes son:

- Factores Hereditarios: El carácter hereditario, no significa una relación lineal, ni que se encuentre predeterminado. La combinación de genes, ofrece multitud de posibilidades. Estudios realizados con gemelos idénticos : monocigóticos, y mellizos :dicigóticos, ayudan a establecer estas diferencias.³¹ Es un factor más, no determinante.
- Otros factores Biológicos: La migración de mayor densidad de [neuronas](#) especializadas, en almacenar conocimiento, desde el tronco encefálico hacia la corteza cerebral, crea conexiones sinápticas más entrelazadas, en los primeros meses de vida.
- Factores Ambientales: El entorno del individuo es crucial, para el desarrollo de la inteligencia; situaciones muy opresivas, pueden limitarla al generar inestabilidad emocional. El medio sociocultural es muy importante, en el desarrollo intelectual de

un individuo. Un sujeto que se desarrolle en un ambiente con adecuados estímulos cognitivos, puede desarrollar mayores aptitudes intelectuales, frente a un sujeto que se críe en un ambiente con pobreza de estímulos. Véase: a Kaspar Hauser:

- Educación: Una educación esmerada, puede proporcionar valiosas herramientas para desenvolverse.
- Motivación: Un individuo puede desarrollar mejor su inteligencia, si es motivado por su familia, o personas de su entorno, a mejorar su percepción cognitiva.
- Hábitos Saludables: Una dieta sana, genera mejores condiciones para desarrollarse. Dormir adecuadamente facilita el desarrollo de los procesos cerebrales. El alcohol y otras drogas, pueden llegar a incapacitar al individuo.

-21.26.7.1)- Principio de Lateralidad.

-El neurofisiólogo Roger Sperry, en sus trabajos, demostró que nuestros dos hemisferios cerebrales, se nutren de las mismas informaciones básicas, pero que las procesan de forma distinta. Cada uno de nosotros, tiene un hemisferio dominante : predisposición genética. El hemisferio cerebral izquierdo, domina aspectos como: el lenguaje, la solución de problemas lógicos, y el pensamiento analítico; mientras que en el hemisferio derecho, destacan la comprensión espacial, musical o el dibujo.

-La creatividad: En el proceso creativo, los hemisferios cerebrales se encuentran en actividad al mismo tiempo, funcionando de forma coherente e integrada en el acto creador, aunque cada hemisferio, es dominante en ciertas actividades; los dos están básicamente capacitados en todas las áreas, y las habilidades mentales, se hallan distribuidas por toda la corteza cerebral.³².

-La enseñanza: Sefchovich y Waisburd, estiman que los programas de las escuelas, y en general la educación, se han apoyado principalmente en las habilidades del hemisferio cerebral izquierdo; mientras que el otro hemisferio, se ha desarrollado por sí solo, lo que ha ocasionado, que se hayan quedado fuera, habilidades y funcionamientos , que son indispensables para el desarrollo creativo.³² Para ampliar información sobre la inteligencia en la educación podéis acceder a este artículo:

<http://www.sciencedirect.com.sire.ub.edu/science/article/pii/S0160289606000171>

-21.26.7.2)- El efecto Flynn.

-El efecto Flynn o el incremento secular de la inteligencia, explica el aumento del CI ,de una generación a otra, en la población de un país. En este aumento, influyen factores como el grado de desarrollo del país, las características del test, que se usa, y las características de la muestra evaluada.

.Se da el caso, que en países que han empezado hace relativamente poco, su modernización, el incremento del cociente intelectual entre generaciones es mayor; mientras que en países que empezaron su desarrollo en el S. XIX, el incremento es mucho menor.

-A partir de los resultados obtenidos, se pueden extrapolar las siguientes conclusiones, explicadas a modo de hipótesis:

- Hipótesis de Flynn: No aumenta la inteligencia, pero si la capacidad de resolver problemas abstractos.
- Hipótesis Educativa: El aumento del cociente intelectual, se debe a la universalidad de la educación.

- Hipótesis de Brand: La complejidad de la vida social de los individuos, hace aumentar su [cociente intelectual](#).
- Hipótesis Nutricional: La mejora de la nutrición y los cuidados parentales, son la causa del aumento del [cociente intelectual](#).¹⁶.

-21.26.8)- Véase También.

- [Cerebro](#);
- [Cociente intelectual](#);
- [Creatividad](#);
- [Entendimiento](#);
- [Inteligencia artificial](#);
- [Inteligencia colectiva](#);
- [Inteligencia emocional](#);
- [Inteligencia sanitaria](#);
- [Mediación cultural](#);
- [Memoria](#);
- [Mensa \(organización\)](#);
- [Mente](#);
- [Psicometría](#);
- [Robert Sternberg](#);
- [Superdotación intelectual](#);
- [Talento](#);
- [Intelectual](#);
- [oligofrenia](#);
- [frenología](#).

-21.26.9)- Notas y Referencias.

1. [Volver arriba](#) ↑ Maich, Aloysius (1995). *A Hobbes Dictionary*. Blackwell: 305.
2. [Volver arriba](#) ↑ «Revisión histórica del concepto de inteligencia: una aproximación a la inteligencia». *Redalyc*.
3. [Volver arriba](#) ↑ [Saltar a:](#) ^a ^b ^c ^d ^e David Gallardo-Pujol i Antonio Andrés Pueyo (ed.). «5- Estabilitat i desenvolupament de la Intel·ligència i el QI». *Psicologia de les Diferències Individuals* (en catalán). p. 53.
4. [Volver arriba](#) ↑ ^ Binet, Alfred (1916) [1905]. "New methods for the diagnosis of the intellectual level of subnormals". *The development of intelligence in children: The Binet-Simon Scale*. E. S. Kite (Trans.). Baltimore: Williams & Wilkins. pp. 37-90. Retrieved 10 July 2010. originally published as *Méthodes nouvelles pour le diagnostic du niveau intellectuel des anormaux*. *L'Année Psychologique*, 11, 191-244
5. [Volver arriba](#) ↑ ^ Wechsler, D (1944). *The measurement of adult intelligence*. Baltimore: Williams & Wilkins. [ISBN 0-19-502296-3](#) OCLC 219871557. ASIN = B000UG9J7E
6. [Volver arriba](#) ↑ Burt, C. (1954). «The Differentiation of Intellectual Ability.» *The British Journal of Educational Psychology*.
7. [Volver arriba](#) ↑ Gottfredson, L. (1998). «The General Intelligence Factor» (pdf). *Scientific American Presents*. 9 (4): 24–29. Retrieved 2008-03-18.
8. [Volver arriba](#) ↑ Sternberg, R. J.; Salter, W. (1982). *Handbook of human intelligence*. Cambridge, UK: Cambridge University Press. ISBN 0-521-29687-0 OCLC11226466
9. [Volver arriba](#) ↑ Feuerstein, R., Feuerstein, S., Falik, L & Rand, Y. (1979; 2002). *Dynamic assessments of cognitive modifiability*. ICELP Press, Jerusalem: Israel;

- Feuerstein, R. (1990). «The theory of structural modifiability.» En B. Presseisen (Ed.), *Learning and thinking styles: Classroom interaction*. Washington, DC: National Education Associations
10. [Volver arriba ↑](#) Jump up to: ^{a b} Legg; M. Hutter. . "A Collection of Definitions of Intelligence"157: 17–24. ///// S. Legg; M. Hutter (2007). "Universal Intelligence: A Definition of Machine Intelligence". *Minds & Machines*. 17 (4): 391–444. doi10.1007/s11023-007-9079-x
 11. [Volver arriba ↑](#) "TED Speaker: Alex Wissner-Gross: A new equation for intelligence". *TED.com*.
 12. [Volver arriba ↑](#) David Gallardo-Pujol i Antonio Andrés Pueyo (ed.). «5- Estabilitat i desenvolupament de la Intel·ligència i el QI». *Psicologia de les Diferències Individuals* (en catalán). p. 50.
 13. [Volver arriba ↑](#) David Gallardo-Pujol i Antonio Andrés Pueyo (ed.). «5- Estabilitat i desenvolupament de la Intel·ligència i el QI». *Psicologia de les Diferències Individuals* (en catalán). pp. 49 y 50.
 14. [Volver arriba ↑](#) «APA Task Force Report, *Intelligence: Knowns and Unknowns*.».
 15. [Volver arriba ↑](#) [Mainstream Science on Intelligence](#) reprinted in Gottfredson (1997). *Intelligence* p. 13.
 16. [↑ Salta a: ^{a b}](#) Pueyo, Antonio Andrés (2013). *Psicología de las diferencias individuales* (en catalán). Models estructurals de la intel·ligència: Edicions llibreria universitaria de Barcelona. p. 59.
 17. [↑ Salta a: ^{a b c}](#) Pueyo, Antonio Andrés (2013). «5». *psicología de las diferencias individuales* (en catalán). librería universitaria de Barcelona. p. 63.
 18. [Volver arriba ↑](#) «[modelo de los estratos de Carroll](#)». *wikipedia*. Consultado el 11 de mayo de 2017.
 19. [Volver arriba ↑](#) Pueyo, Antonio Andrés (2013). «5». *Psicología de las diferencias individuales* (en catalán). librería universitaria de Barcelona. pp. 64-65.
 20. [Volver arriba ↑](#) El [cociente de inteligencia](#) es un índice que pretende establecer la relación entre la edad mental y la edad cronológica.
 21. [Volver arriba ↑](#) Maíllo, Adolfo (1970). *Introduction to psychology*. Mc Graw-Hill Book Company.
 22. [Volver arriba ↑](#) Pueyo, Andrés (2013). «4». *Psicología de las diferencias individuales* (en catalán). Barcelona: Librería universitaria de Barcelona. p. 54. [ISBN 978-84-15372-431](#).
 23. [Volver arriba ↑](#) Eysenck, Hans (1983). «3». *Estructura y medición de la inteligencia*. Barcelona: Editorial Herder. p. 87. [ISBN 84-254-1251-X](#).
 24. [Volver arriba ↑](#) [The myth of intelligence](#). *The Psychological Record*, vol. 53, 2003.
 25. [Volver arriba ↑](#) [<http://www.xtec.es/~lvallmaj/academia/gould2.htm> «Gould: Evolución»]. *www.xtec.es*.
 26. [↑ Salta a: ^{a b c}](#) Libro *La especie elegida*, 1998, de Juan Luis Arsuaga e Ignacio Martínez. Capítulo 11 «La inteligencia social», subtítulo «Tamaño del cerebro y tamaño del grupo social», aproximadamente en el sitio 60 % del libro.
 27. [Volver arriba ↑](#) Eduardo Punset, *El viaje a la felicidad*.
 28. [Volver arriba ↑](#) Eduardo Punset. *Como crear un superorganismo*. Redes.
 29. [Volver arriba ↑](#) «[Cellular memory hints at the origins of intelligence](#)».
 30. [Volver arriba ↑](#) J. L. Arsuaga, I. Martinez. *La especie elegida*, 1998, Ed. Temas de hoy, pag. 336.
 31. [Volver arriba ↑](#) Mientras en gemelos el grupo sanguíneo es igual (100%), en mellizos es el 66%. El color de los ojos 99% y 28%.

32. ↑ [Saltar a: ^a ^b «2007/pdf/CREATIVA.pdf M.C.D. Cynthia P. Villagómez: Pedagogía creativa en el ámbito de las artes y el diseño.».](#)

-Fuentes Consultadas:

- Punset, Eduardo. (2006) *El viaje a la felicidad. Las nuevas claves científicas*. Ed. Destino. Octava Edición. [ISBN 84-233-3777-4](#)
- Lederman, Leon M. y Hill, Christopher T. (2006) *La simetría y la belleza del universo*. Ed. TusQuets. 1ª Edición. Patrocinado por Cosmo Caixa - Fundación la Caixa. Colección Metatemáticas. [ISBN 84-8310-351-6](#).

-21.26.10)- Bibliografía

- Richard Meili (1986) *La estructura de la inteligencia*. Herder Barcelona
- Hans J.Eysenck (1983) *Estructura y medición de la inteligencia*. Herder Barcelona
- Gardner, Howard (2003) *Inteligencias múltiples*, Paidós, [ISBN 950-12-5012-1](#)
- Sternberg, R. J. (1985) *A Triarchic Theory of Intelligence*. [Cambridge University Press](#).
- Goleman, Daniel (1996) *Inteligencia emocional*. Kairos. Barcelona.
- Bonner, John T. (1980) *The evolution of Culture in Animals*. Princeton University Press
- En español: Bonner, John T. (1982) *La revolución de la cultura de los animales*, Alianza Editorial.
- Barmaimon Enrique, *Tratado de Neuroanatomía Funcional*. 3 volúmenes. Ed. EDUSMP.(1984).Lima, Perú.
- .- Barmaimon Enrique. *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.
- .-Barmaimon Enrique. *Historia Medicina, Psiquiatría, Gerontología, Envejecimiento y Geriatria*. (2015). 1ª Ed. Virtual. Montevideo, Uruguay. .
- -Barmaimon,Enrique.(2015).*Historia Ciencias Cognitivas*.3 Tomos. 1ªEd. 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- *Medicina Perioperatoria*. 6 Tomos. 1ª Ed. Virtual.
- Barmaimon, Enrique.2017- *Anestesia Locorregional*- 6 Tomos.. 1ª Ed. Virtual.11-
- Barmaimon, Enrique- 2017- *Libros Anestesia en Urología*- 6 Tomos- 1ª.Ed. Virtual.
- [Biblioteca Virtual en Salud](#) (BVS).

-21.26.11)- Enlaces Externos.

-  [Wikimedia Commons](#) alberga contenido multimedia sobre [Inteligencia](#).
-  [Wikcionario](#) tiene definiciones y otra información sobre [inteligencia](#).
-  [Wikiquote](#) alberga frases célebres de o sobre [Inteligencia](#).
- [Historia y variedad de estudios experimentales de la evaluación intelectual](#).
- [CTY España, Johns Hopkins University, Center for Talented Youth International Charter Member](#)
- [BBC Mundo | Ciencia | Inteligencia y materia gris](#)

Obtenido de «<https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Inteligencia&oldid=102950416>»

Categoría:

- [Inteligencia](#)
- Se editó esta página por última vez el 29 octubre 2017, a las 15:26.

-21.27)- SENSACIÓN.

.De Wikipedia, la enciclopedia libre.

-La sensación, también conocida como procesamiento sensorial, es la recepción de [estímulos](#) mediante los [órganos sensoriales](#). Estos transforman las distintas manifestaciones de los estímulos importantes para los seres vivos, de forma calórica, térmica, química o mecánica del medio ambiente , incluyendo en ese al [Cuerpo humano](#), en impulsos eléctricos y químicos, para que viajen al [sistema nervioso](#) central o hasta el [cerebro](#), para darle significación y organización a la información. Esto, dependiendo de la particular forma de procesamiento de cada ser vivo : [percepción](#).

-Índice.

-21.27)- SENSACIÓN.

-21.27.[1](#))- [Diferencias Entre Sensación y Percepción](#).

-21.27.[2](#))- [La Sensación en la Tipología Psicológica](#).

-21.27.[3](#))- [Sentidos](#).

-21.27.[4](#))- [Véase También](#).

-21.27.[5](#))- [Bibliografía](#) .

-21.27.1)- Diferencias Entre Sensación y Percepción.

-Según [Goldstein](#), el proceso sensorio-perceptivo, se puede dividir en varias etapas. En un primer momento, un estímulo se presenta en el medio, y los sentidos, dependiendo su modalidad, están adaptados para responder a tal estímulo, que podemos llamar estímulo distal. Los sentidos poseen acaso [neuronas](#) especializadas, que se encargan de activarse, frente a un tipo de energía en especial. Estas neuronas receptoras, toman información del estímulo, y reproducen su esencia; esto es, elaboran un estímulo proximal, que describe las cualidades del estímulo real, y envían esa información, a otras neuronas, a modo de impulsos electroquímicos.

-En el instante, en que la transmisión del estímulo, pasa al sistema nervioso central, para ser integrado, se puede determinar la diferencia entre el proceso sensorial y el proceso perceptivo; puesto que el primero, se limita a una recepción de estímulos físicos aislados simples del ambiente, mientras que la percepción es una interpretación, dación de significado, y organización de esa información, brindada por el proceso sensorial.

.Es decir, sentimos enrarecimientos del aire : ondas, pero percibimos sonidos; sentimos acciones mecánicas, pero percibimos caricias o golpes; sentimos gases volátiles, pero percibimos la fragancia de un perfume o el aroma del desayuno.

.De modo que nuestras percepciones, no son registros directos del mundo, que nos rodea, sino que se construyen internamente, siguiendo reglas [innatas](#), y constricciones impuestas por las capacidades del sistema nervioso.

-Colores, sonidos, olores y sabores, son construcciones mentales, creadas en el cerebro por el procesamiento sensorial. No existen como tales fuera del cerebro. Solo si existe un organismo capaz de procesar la información del exterior, esta tendrá sentido.

.Nuestro cerebro crea el mundo en el que vivimos, y son la sensación, y luego la percepción, los procesos encargados de absorber la información del mundo externo, y también del

interno, para dar significado a las cosas.

. Por ejemplo, los colores no existen fuera del organismo, solo existen los distintas medidas del [espectro](#) de [luz](#). Según la más reciente perspectiva, no parece existir el [tiempo](#), lo que se da es el cambio de las cosas, pero nuestro cerebro, crea una línea temporal, para permitirnos mover en un parámetro de continuidad, entre unas acciones y otras.

-21.27.2)- La Sensación en la Tipología Psicológica.

-El psicólogo [Carl Jung](#), en su libro [Tipos psicológicos](#), propuso la existencia de cuatro funciones principales en la consciencia, entre las cuales se encuentra la función sensación. - Las tres funciones restantes son: el [pensamiento](#), la [intuición](#) y el [sentimiento](#). Estas cuatro funciones, son modificadas por dos actitudes principales: [introversión](#) y [extraversión](#).

.A partir de esta teoría, se desarrolla más tarde el [Indicador Myers-Briggs](#) que cuenta con 16 combinaciones tipológicas , 8 tipos más que en la tipología junguiana clásica, de las cuales cuatro son del tipo sensación:

- [ISTJ](#); Introvertido, Sensación, Pensamiento (Thinking), Calificador (o Judging).
- [ISFJ](#); Introvertido, Sensación, Sentimiento (Feeling), Calificador (o Judging).
- [ESTP](#); Extravertido, Sensación, Pensamiento (Thinking), Perceptivo.
- [ESFP](#); Extravertido, Sensación, Sentimiento (Feeling), Perceptivo.

-Los dos primeros pertenecen a la sensación introvertida, con orientación pensamiento y sentimental respectivamente; y los dos últimos a la sensación extravertida con orientación pensamiento y sentimental, también respectivamente.

-21.27.3)- Sentidos.

- [Sentidos](#).

- Los sentidos son el mecanismo fisiológico de la [percepción](#). El estudio y clasificación de los sentidos, se lleva cabo por muchas [ciencias](#), sobre todo: las [neurociencias](#), la [psicología](#) cognitiva, y la [filosofía de la percepción](#):

- [Sentido de la vista](#) o de la visión.
- [Sentido del gusto](#) o de sabor.
- [Sentido del oído](#) o de la audición.
- [Sentido del tacto](#).
- [Sentido del olfato](#) o del olor.

-21.27.4)- Véase También.

- [Sentidos](#);
- [Impulso nervioso](#);
- [Neurona aferente](#);
- [Percepción](#);
- [Sensación térmica](#).

-21.27.5)- Bibliografía.

- W. Matlin, Margaret; Foley, Hugh J. (1996) Sensación y percepción, Prentice Hall Hispanoamericana 1996. [ISBN 9688806773](#)
- E. Goldstein. (1999) Sensación y percepción, Mexico:International Thomson Editores. [ISBN 968-7529-80-6](#)
- E. Kandel. (1997) Neurociencia y Conducta, Editorial Pearson. [ISBN 978-84-89660-05-2](#)

- Barmaimon Enrique, Tratado de Neuroanatomía Funcional. 3 volúmenes. Ed. EDUSMP.(1984).Lima, Perú.
- .- Barmaimon Enrique. 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.
- .-Barmaimon Enrique. Historia Medicina, Psiquiatría, Gerontología, Envejecimiento y Geriatria. (2015). 1ª Ed. Virtual. Montevideo, Uruguay. .
- -Barmaimon,Enrique.(2015).Historia Ciencias Cognitivas.3 Tomos. 1ªEd. 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- Medicina Perioperatoria. 6 Tomos. 1ª Ed. Virtual.
- Barmaimon, Enrique.2017- Anestesia Locorregional- 6 Tomos.. 1ª Ed. Virtual.11-
- Barmaimon, Enrique- 2017- Libros Anestesia en Urología- 6 Tomos- 1ª.Ed. Virtual.
- [Biblioteca Virtual en Salud](#) (BVS).

-Obtenido de «<https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Sensación&oldid=101844956>»

-**Categorías:**

- [Sistema nervioso](#);
- [Neurociencia](#);
- [Percepción](#).
- Se editó esta página por última vez el 13 septiembre 2017, a las 11:43.

-21.28)- INTUICIÓN.

- De Wikipedia, la enciclopedia libre.

La intuición (del [latín](#) *intuitio*,¹ «mirar hacia dentro» o «contemplar») es un concepto de la [Teoría del conocimiento](#) aplicado también en la [epistemología](#) que describe el que es directo e inmediato, sin intervención de la [deducción](#) o del [razonamiento](#), siendo considerado como [evidente](#).²

Se cree que la [percepción](#) sensible ofrece un conocimiento intuitivo de la realidad. De la misma forma, el [entendimiento](#) tenía una "intuición intelectual" capaz de conocer la [esencia](#) de las cosas y sus diversas formas mediante los [conceptos](#).³

En la Edad Moderna ha sido estudiado por los [racionalistas](#), los [empiristas](#), [Kant](#) y el [crítico](#) y la [fenomenología](#).

No obstante lo anterior, poco a poco el problema de la intuición ha ido derivando desde el campo de la especulación filosófica al campo de la ciencia positiva, siendo considerado más bien un tema de investigación [psicológica](#) y [neurológica](#).

Según algunas teorías [psicológicas](#), se le llama intuición al [conocimiento](#) que no sigue un camino racional para su construcción y formulación, y por lo tanto no puede explicarse o,

incluso, verbalizarse. El individuo puede relacionar ese conocimiento o información con experiencias previas, pero por lo general es incapaz de [explicar](#) por qué llega a una determinada [conclusión](#) o [decisión](#).⁴ Las intuiciones suelen presentarse más frecuentemente como [reacciones emotivas](#) repentinas a determinados sucesos, [percepciones](#) o [sensaciones](#) que como [pensamientos](#) abstractos elaborados y muy relacionados con las [creencias](#) e [ideologías](#).

En el lenguaje popular suele significar con frecuencia *presentimiento*.⁵

-Índice.

-21.28)- INTUICIÓN.

-21.28.1)- [Enfoques Racionales de la Intuición](#).

-21.28.2)- [Desde la Psicología Cognitiva y la Psicología Analítica](#) .

-21.28.2.1)- [La intuición en la tipología psicológica](#)

-21.28.3)- [Aspectos Cognitivos](#).

-21.28.4)- [Esoterismo](#).

-21.28.5)- [Referencias](#).

-21.28.6)- [Bibliografía](#).

-21.28. 7)- [Véase También](#).

-21.28.8)- [Enlaces Externos](#).

-21.28.1)- Enfoques Racionales de la Intuición.

- La conciencia no crítica, suele dar por supuesto, que el conocimiento directo en la [experiencia](#) por los [sentidos](#), garantiza una intuición acerca de lo [real](#).

.Como se ha explicado la intuición, en cuanto origen del conocimiento y sus formas, así como su relación con la realidad, y por tanto su contenido de verdad, ha dado lugar, a casi todas las formas de consideración, acerca del valor de la [filosofía](#) y de la [ciencia](#).

.Desde el comienzo de la reflexión filosófica, el conocimiento de los sentidos, ha sido puesto en cuestión, en cuanto a su [objetividad](#) y [universalidad](#), y por tanto su valor de conocimiento [científico](#); suscitándose, entonces, el problema permanente, acerca de cómo es posible el valor objetivo de los [conceptos](#), y su relación con lo sensible, y en definitiva, la objetividad del conocimiento, en su pretensión de conocimiento [verdadero](#), como ciencia.

-La llamada filosofía tradicional, ha justificado la verdad de los conceptos, como conocimiento obtenido por abstracción, del conocimiento singular de la experiencia, puesto que el [entendimiento](#) agente, era capaz de "intuir las esencias" de las cosas.

.Si tradicionalmente, se admitía la intuición del conocimiento sensible de la experiencia, como la intuición intelectual del entendimiento, en la elaboración de los conceptos, tal planteamiento, cambia radicalmente en la Edad Moderna.

-[Descartes](#)⁶ desde el [racionalismo](#), considera válida la intuición:

- en la [representación sensible](#) de la [extensión](#) como [ideas](#), en la [conciencia](#), y
- como [deducción](#) de ideas en la conciencia, a partir de unos principios o [ideas innatas](#); lo que denomina [análisis](#), como conocimiento [evidente](#) con [certeza](#), en la confianza en la bondad de Dios, que no puede engañarse ni engañarnos.

-Los [empiristas](#), en cambio no reconocerán más intuición, que la intuición sensible de la experiencia, como [ideas](#) en la conciencia; concibiendo la [evidencia](#), como "representación en la conciencia".

-[Kant](#) distingue, en su [Crítica de la razón pura](#), la [intuición sensible](#) condicionada a las "intuiciones puras de la sensibilidad", pero no acepta la [intuición intelectual](#).⁷ Siguiendo respecto a la primera, el modelo empirista, considera los conceptos de la experiencia, como

una síntesis : juicios sintéticos, de lo empírico o "a posteriori", y la propia actividad del entendimiento, en la aplicación a dicho contenido empírico de unos conceptos "a priori": , aplicación de las [categorías](#); el campo de aplicación de unos posibles "juicios sintéticos a priori", los propios de la ciencia, queda limitado al campo de la experiencia posible. Lo que da lugar al [crítico](#).

-Un intento de superación de la postura kantiana, ha sido la de la [fenomenología](#) de [Husserl](#) ,pretendiendo una "intuición de esencia", que recuerda la intuición tradicional platónico-aristotélica.

-La cuestión del conocimiento científico, en su relación con los conocimientos "formales" o a priori, y los contenidos "materiales" de la experiencia, dio lugar a una profunda problemática, en cuanto a la consideración y justificación del conocimiento científico.

-Los matemáticos, por ejemplo, según consideraron el fundamento de su ciencia, se denominaron [intuicionistas](#) o [formalistas](#).

.Hoy día, la intuición es considerada dentro del marco de investigación de las acciones cognitivas, lo que se conoce como [cognitivismo](#). Es un problema de [transversalidad](#), en que intervienen multitud de ciencias, tanto estrictamente positivas : [neurofisiología](#), [biología molecular](#), genética, psicología,..etc., como filosóficas : antropología, sociología, lingüística, cultura... etc).

-Según Burke y Miller, la intuición sería la solución de problemas, realizada de modo inconsciente, y basada en el conocimiento acumulado por la experiencia cotidiana, la actividad profesional específica, y la formación académica.

.Es decir, que la intuición, no es una facultad distinta a la actividad racional y creativa ordinaria; su diferencia radicaría en que el proceso, que da lugar a su realización práctica, se llevaría a cabo, mediante una intervención automática del subconsciente, en el que éste, seleccionaría la información guardada en la memoria, relevante en cada situación particular.

-21.28,2)- Desde la Psicología Cognitiva y la Psicología Analítica.

-[Jean Piaget](#), en su obra *Seis estudios de psicología*, considera la intuición, como una de las etapas del desarrollo mental, en la primera infancia. La define como una simple interiorización de las percepciones y los movimientos, bajo la forma de imágenes representativas.

-La intuición es comprensión sintética, es el primer indicio de una profunda unificación subjetiva. La manera más útil de desarrollar la intuición, es mediante la interpretación de los símbolos.⁸.

-Para el psicólogo [Carl Gustav Jung](#), la intuición es una función psicológica, que transmite percepciones por vía inconsciente. Todo puede ser objeto de esa forma de percepción, tanto objetos externos como internos. En la intuición un contenido cualquiera, se presenta como un todo acabado, sin que al comienzo seamos capaces de indicar o averiguar, como ha llegado a constituirse. Sus contenidos tienen, como los de la [sensación](#), el carácter de lo dado, al contrario de los contenidos del [sentimiento](#) y el [pensamiento](#), que tienen el carácter de algo 'derivado' o 'producido'.⁹.

-Se necesitan símbolos "mágicamente" efectivos, que contengan aquellos analogismos primitivos, que hablan a lo inconsciente. Sólo mediante el [símbolo](#), puede lo [inconsciente](#), ser alcanzado y expresado.¹⁰

-Esa función del símbolo , en el desarrollo de la intuición, la define [Howard Gardner](#), como [inteligencia intrapersonal](#), como la habilidad para plasmar los sentimientos en códigos simbólicos.¹¹.

-Algunos autores¹², entre ellos [Gerd Gigerenzer](#), argumentan que habitualmente se desarrollan muchos procesos mentales en el cerebro, que perciben y elaboran deducciones inconscientes, o en un sentido más biológico, ponderaciones condicionadas por los [prejuicios cognitivos](#), donde solo el resultado pasa a ser consciente.

.Al conocer el resultado de forma consciente, y no el como se ha llegado a este, la persona interpreta ese resultado, como una intuición, o además debido a factores evolutivos como un resultado acertado.

.Este proceso natural, es una herencia evolutiva, que permite una rápida conclusión, que no entre en conflicto con la voluntad o consciencia del individuo.¹³

.Otros autores asocian este factor evolutivo, a la selección puesto que aquellos cuyo resultado inicial más rápido, les parece correcto, reaccionan también con mayor velocidad y en condiciones de competencia; esto puede ser una ventaja, independientemente de la veracidad de la información o de como se ha llegado a este.

.La intuición por tanto, no deja ser una forma de [prejuicio cognitivo](#). Con frecuencia es necesario saber solo el resultado, puesto que así se evita el gasto energético de deducirlo conscientemente. Sin embargo, este modo de razonamiento, aunque eficiente evolutivamente, no lo es cuando la respuesta inmediata no es necesaria. La consciencia es la forma que tenemos los humanos, de manejar mediante la lógica : reglas demostradas correctas sobre y con la experiencia, y la experiencia : datos de entrada del mundo definido por nuestros sentidos; eficientemente a nuestro ambiente.

.Las reglas de la lógica no son las únicas reglas, que han sido usadas puesto que a lo largo de la historia, se han usado diferentes reglas o normas, ideadas por diferentes estamentos sociales, para dilucidar lo que es verdad y lo que no es verdad, a partir de nuestros sentidos.

.Véase: [epistemología](#) y [método científico](#).

-Por otro lado, la intuición analizada desde la perspectiva de la lógica, no conduce a un resultado necesariamente falso o falaz, aunque el modo de razonamiento con el que se ha llegado a este puede que si lo sea.

.El no conocer el modo de razonamiento, nos hace entrar en la [falacia ad ignorantiam](#) ([prejuicio cognitivo](#)), impidiendo saber si el método que realiza nuestro cerebro inconscientemente, es correcto o no. Esto es así, puesto que el saber o conocer, cómo se ha llegado al resultado, permite la sistematización automatización y verificación del patrón de razonamiento. Una vez conocido este patrón, se puede probar y verificar, si es cierto para todos los casos. La verificación es muy importante, ya que permite evitar el [auto-engaño](#)¹⁴ y aproximarse a la verdad. Por tanto, se hace necesario, desde una perspectiva sosegada analizar e intentar descubrir como el cerebro, ha llegado a dicha conclusión con los datos que posee. De esta forma, se pasa de la intuición a la deducción. Así el modo de razonamiento, puede salir a la luz para mejorarse y/o modificarse.

-21.28.2.1)- La Intuición en la Tipología Psicológica.

-[Carl Jung](#) en su libro [Tipos psicológicos](#), propuso la existencia de cuatro funciones principales en la consciencia entre las cuales se encuentra la función intuición. Las tres funciones restantes son: la [sensación](#), el [pensamiento](#) y el [sentimiento](#). Estas cuatro funciones son modificadas por dos actitudes principales: [introversión](#) y [extraversión](#). A partir de esta teoría se desarrolla más tarde el [Indicador Myers-Briggs](#), que cuenta con 16 combinaciones tipológicas : 8 tipos más que en la tipología junguiana clásica, de las cuales cuatro son del tipo intuitivo;

- [INTJ](#); Introvertido, Intuitivo, Pensamiento (Thinking), Calificador (o Judging).
- [INFJ](#); Introvertido, Intuitivo, Sentimiento (Feeling), Calificador (o Judging).
- [ENTP](#); Extravertido, Intuitivo, Pensamiento (Thinking), Perceptivo.

- [ENFP](#); Extravertido, Intuitivo, Sentimiento (Feeling), Perceptivo.

-Los dos primeros pertenecen a la intuición introvertida con orientación pensamiento y sentimiento respectivamente; y los dos últimos a la intuición extravertida con orientación pensamiento y sentimiento, también respectivamente.

-21.28.3)- Aspectos Cognitivos.

-Desde una perspectiva cognitiva,¹⁵ se considera que el [cerebro](#), trabaja con una mente de dos vías, las cuales interactúan. Según [Daniel Kahneman](#), hay:

- Una mente oculta e intuitiva, que es rápida, automática, que no requiere esfuerzo y que es asociativa e implícita, y a la que no es posible acceder por introspección.
 - Sobre ella, influirían dos elementos: 1) una serie de atajos mentales, heurísticos, desarrollados a lo largo de la evolución, que son los que capacitan a los seres humanos, para los juicios rápidos y frugales, y que, en ocasiones, generan indicios perceptivos, que pueden generar ilusiones o falsas percepciones; y 2) las asociaciones aprendidas a lo largo de una historia vital, que se constituyen en sentimientos, que guían nuestros juicios.
- Por otro, está la mente consciente o explícita, discursiva, secuencial, racional, y que requiere un esfuerzo para que funcione.

-21.28.4)- Esoterismo.

-Las mayoría de doctrinas esotéricas, dan una gran estima a la intuición, entendiéndola como una facultad complementaria o alternativa a la razón.

-21.28.5)- Referencias.

1. [Volver arriba ↑](#) [Real Academia Española](#) y [Asociación de Academias de la Lengua Española](#) (2014). «intuición». *Diccionario de la lengua española* (23.^a edición). Madrid: [Espasa](#). ISBN 978-84-670-4189-7.
2. [Volver arriba ↑](#) [Ferrater Mora](#) op. cit. entrada "intuición"
3. [Volver arriba ↑](#) Sobre todo la tradición [platónico-aristotélica](#) y su incorporación a la filosofía cristiana.
4. [Volver arriba ↑](#) [El Pais.com](#). Jenny Moix (14-11-2010): "¿Podemos fiarnos de la intuición?".
5. [Volver arriba ↑](#) [drae: intuición](#)
6. [Volver arriba ↑](#) <http://www.e-torredebabel.com/Historia-de-la-filosofia/Filosofiamedievalymoderna/Descartes/Descartes-Intuicion.htm> Intuición en Descartes.
7. [Volver arriba ↑](#) <http://www.e-torredebabel.com/Historia-de-la-filosofia/Filosofiamedievalymoderna/Kant/Kant-Intuicion.htm> Intuición en Kant
8. [Volver arriba ↑](#) Alice Bailey. Espejismo, un problema mundial. Argentina. Fundación Lucis, 1950
9. [Volver arriba ↑](#) Carl Gustav Jung, *Tipos psicológicos*, Ed. Sudamericana, pág. 539.
10. [Volver arriba ↑](#) C. G. Jung- R. Wilhelm. [El secreto de la Flor de Oro](#). Buenos Aires:editorial paidós, 1961
11. [Volver arriba ↑](#) Howard Gardner. Estructuras de la mente. Santafé de Bogotá: Fondo de Cultura económica, 1993

12. [Volver arriba ↑ «El cerebro de Darwin: Intuiciones y toma de decisiones»](#). Consultado el 2009.
13. [Volver arriba ↑ «Cerebro: La Intuición En La Toma De Decisiones - Ciencia Y Sociedad Xii. Por Qué Somos Como Somos»](#). Archivado desde [el original](#) el 27 de noviembre de 2012.
14. [Volver arriba ↑](#) Bach, Kent (1981), "An Analysis of Self-Deception", *Philosophy and Phenomenological Research*, vol. 41, nº.3, pp. 351-370.
15. [Volver arriba ↑](#) Cf. David G. Myers, «El poder y los peligros de la intuición», *Mente y Cerebro*, 33, 2008, págs. 22-29.

-21.28.6)- Bibliografía.

- Fradet, Pierre-Alexandre, *Derrida-Bergson. Sur l'immédiateté*, [Hermann](#), Paris, coll. "Hermann Philosophie", 2014. [ISBN 9782705688318](#)
- Ferrater Mora, J. (1984). *Diccionario de Filosofía (4 tomos)*. Barcelona. Alianza Dicciones. [ISBN 84-206-5299-7](#).
- Barmaimon Enrique, Tratado de Neuroanatomía Funcional. 3 volúmenes. Ed. EDUSMP.(1984).Lima, Perú.
- .- Barmaimon Enrique. 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.
- .-Barmaimon Enrique. Historia Medicina, Psiquiatría, Gerontología, Envejecimiento y Geriatria. (2015). 1ª Ed. Virtual. Montevideo, Uruguay. .
- -Barmaimon,Enrique.(2015).Historia Ciencias Cognitivas.3 Tomos. 1ªEd. 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- Medicina Perioperatoria. 6 Tomos. 1ª Ed. Virtual.
- Barmaimon, Enrique.2017- Anestesia Locorregional- 6 Tomos.. 1ª Ed. Virtual.11-
- Barmaimon, Enrique- 2017- Libros Anestesia en Urología- 6 Tomos- 1ª.Ed. Virtual.
- [Biblioteca Virtual en Salud](#) (BVS).

-21.28.7)- Véase También.

- [Hemisferio cerebral](#);
- [Creatividad](#);
- [Instinto](#);
- [Intelecto](#);
- [Prejuicio cognitivo](#);
- [Sentido común](#);
- [Intuición empírica](#);
- [Intuición intelectual](#);
- [Intuición femenina](#);
- [Intuición sensible](#);
- [Pensamiento intuitivo](#);
- [Sexto sentido](#);
- [Paradoja del cuervo](#).

-21.28.8)- Enlaces Externos.

-  [Wikcionario](#) tiene definiciones y otra información sobre [intuición](#).
- [Lo intuitivo en el diseño](#)

Obtenido de «<https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Intuición&oldid=102831552>»

Categorías:

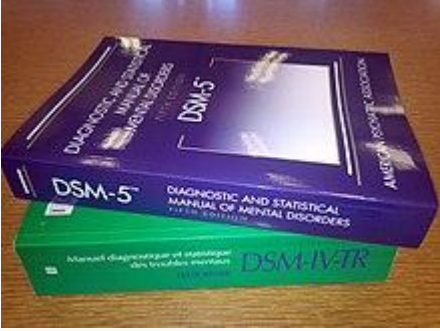
- [Cognición](#);
- [Epistemología](#);
- [Gnoseología](#);
- [Términos de psicología](#).
- Se editó esta página por última vez el 24 octubre 2017, a las 18:35.

-21.29)- MANUAL DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES.

-De Wikipedia, la enciclopedia libre.

Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales

de [Asociación Estadounidense de Psiquiatría](#) 



Idioma [Inglés](#) 

Fecha de publicación [2013](#) 

En [inglés](#), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, abreviado DSM), editado por la [Asociación Estadounidense de Psiquiatría](#) (en inglés, [American Psychiatric Association](#), abreviado [APA](#)), es una obra que contiene una clasificación de los [trastornos mentales](#) y proporciona descripciones claras de las categorías diagnósticas, con el fin de que los clínicos e investigadores de las [ciencias de la salud](#), puedan diagnosticar, estudiar e intercambiar información y tratar los distintos trastornos.

-La edición vigente es la quinta, conocida como DSM-5, y se publicó el [18 de mayo](#) del [2013](#).^{[12](#)}

-La [Organización Mundial de la Salud \(OMS\)](#), recomienda el uso del sistema internacional denominado [CIE-10](#), [acrónimo](#), de la [Clasificación Internacional de Enfermedades](#), décima versión, cuyo uso está generalizado en todo el mundo.

-El DSM se elaboró a partir de datos empíricos y con una metodología descriptiva, con el objetivo de mejorar la comunicación entre clínicos de variadas orientaciones, y de clínicos en general con investigadores diversos. Por esto, no tiene la pretensión de explicar las diversas patologías, ni de proponer líneas de [tratamiento farmacológico](#) o [psicoterapéutico](#), como tampoco de adscribirse a una teoría o corriente específica dentro de la [psicología](#) o de la [psiquiatría](#).

-Índice.

-21.29)- MANUAL DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES

-21.29.[1](#))- [Prejuicios Relativos](#).

-21.29.[2](#))- [Consideraciones Éticas Profesionales](#).

-21.29.[3](#))- [Definición de Trastorno](#).

-21.29.[4](#))- [Historia y Contexto](#).

-21.29.[5](#))- [Diagnóstico a Través Del DSM-IV](#).

-21.29.[6](#))- [Clasificación de los Diferentes Trastornos](#).

-21.29.[6.1](#))- [Trastornos de Inicio en la Infancia, la Niñez o la Adolescencia](#)

-21.29.[6.2](#))- [Trastornos Específicos](#).

-21.29.[6.3](#))- [Delirium, Demencia, Trastornos Amnésicos y Otros Trastornos Cognoscitivos](#)

-21.29.[6.4](#))- [Trastornos Mentales Debidos a Enfermedad Médica](#).

-21.29.[6.5](#))- [Trastornos Relacionados con Sustancias](#).

-21.29.[6.6](#))- [Esquizofrenia y Otros Trastornos Psicóticos](#).

-21.29.[6.7](#))- [Trastornos del Estado de Ánimo](#).

-21.29.[6.8](#))- [Trastornos de Ansiedad](#).

-21.29.[6.9](#))- [Trastornos Somatomorfos](#).

-21.29.[6.10](#))- [Trastornos Facticios](#).

-21.29.[6.11](#))- [Trastornos Disociativos](#).

-21.29.[6.12](#))- [Trastornos Sexuales y de la Identidad Sexual](#).

-21.29.[6.13](#))- [Trastornos de la Conducta Alimentaria](#).

-21.29.[6.14](#))- [Trastornos del Sueño](#).

-21.29.[6.15](#))- [Trastornos del Control de Impulsos No Clasificados en Otros Apartados](#)

-21.29.[6.16](#))- [Trastornos Adaptativos](#).

-21.29.[6.17](#))- [Trastornos de la Personalidad](#).

-21.29.[6.18](#))- [Otros Problemas Que Pueden Ser Objeto de Atención Clínica](#).

-21.29.[6.19](#))- [Propuestas Excluidas](#).

-21.29.[7](#))- [DSM-5](#)

-21.29.[7.1](#))- [Nuevas categorías](#)

-21.29.[8](#))- [Críticas](#).

-21.29.[8.1](#))- [Limitaciones del Sistema Categorial](#).

-21.29.[8.2](#))- [Redacción Deficiente e Inconsistente](#).

-21.29.[8.3](#))- [Tasas Más Altas de Trastornos mentales](#).

-21.29.[8.4](#))- [Umbral Diagnóstico Más Bajos Para Muchos Desórdenes Existentes](#).

-21.29.[8.5](#))- [Consecuencias Imprevistas](#).

-21.29.[8.6](#))- [Alta Prevalencia de Comorbilidades](#).

-21.29.[9](#))- [Véase También](#),

-21.29.[10](#))- [Referencias](#).

-21.29.[11](#))- [Bibliografía](#).

-21.29.[12](#))- [Enlaces Externos](#).

-21.29.1)- Prejuicios Relativos.

-Una concepción errónea muy frecuente, es pensar que la clasificación de los trastornos mentales, clasifica a las personas; lo que realmente hace es clasificar los trastornos de las personas, que los padecen.

-21.29.2)- Consideraciones Éticas Profesionales.

-Es importante aclarar, que siempre debe ser utilizado por personas, con experiencia clínica, ya que se usa, como una guía que debe ser acompañada de [juicio clínico](#), además de los conocimientos profesionales y criterios [éticos](#) necesarios.

--21.29.3)- Definición De Trastorno.

-Según el DSM-IV-TR : la cuarta edición revisada del manual, los [trastornos](#) son una clasificación de categorías no excluyente, basada en criterios con rasgos definitorios.

.Los autores del manual, admiten que no existe una [definición](#), que especifique adecuadamente los límites del [concepto](#), y que se carece de una [definición operacional](#), consistente que englobe absolutamente todas las posibilidades.

-Un trastorno es un patrón [comportamental](#) o psicológico, de significación clínica, que, cualquiera que sea su causa, es una manifestación individual de una [disfunción](#) psicológica o biológica.

.Esta manifestación se considera [síntoma](#), cuando aparece asociada a un malestar : por ejemplo, el [dolor](#); a una [discapacidad](#) : por ejemplo, el deterioro en un área de funcionamiento; o a un [riesgo](#), significativamente aumentado de morir, o de sufrir dolor, discapacidad, o pérdida de libertad.

.Existen pruebas de que los [síntomas](#) y el curso de un gran número de trastornos, están influidos por factores étnicos y culturales. No hay que olvidar que la categoría diagnóstica, es sólo el primer paso, para el adecuado [plan terapéutico](#), el cual necesita más información, que la requerida para el diagnóstico.

-Por ejemplo, la definición de [ludopatía](#) o [pedofilia](#), como trastorno mental, responde exclusivamente a un objetivo clínico de investigación, lo cual la hace irrelevante al pronunciarse sobre el tema legal de [responsabilidad penal](#).

.Esta definición no significa [incapacidad mental](#) o incompetencia, ni falta de intencionalidad.

-21.29.4)- Historia y Contexto.

-El DSM, en su primera versión : DSM-I, al igual que la CIE, surgió de la necesidad de confeccionar una [clasificación de trastornos mentales](#) consensuada, debido al escaso acuerdo, respecto a qué contenidos debería incluir, y también, respecto al método de conformación por parte de los [psiquiatras](#) y [psicólogos](#). Algunos eventos importantes para la creación del DSM fueron los siguientes:

- La necesidad de recolectar [datos estadísticos](#), en relación con los trastornos mentales, para el censo de [1940](#), en los [Estados Unidos](#).
- El trabajo conjunto de la [Asociación Estadounidense de Psiquiatría \(APA\)](#) y la [Academia de Medicina de Nueva York](#), para la elaboración de una [nomenclatura](#) aceptable, para todo el país : para pacientes con enfermedades psiquiátricas graves y [neurológicas](#).
- El [Ejército de los Estados Unidos](#), por su parte, confeccionó en paralelo, una nomenclatura más amplia, que permitiera incluir enfermos de la [Segunda Guerra Mundial](#).

- Por primera vez el CIE, en su sexta edición, incluyó un apartado sobre [trastornos mentales](#).

-Fue así como en [1952](#), surgió la primera edición, DSM-I, como una variante del CIE-6. Debido a los desacuerdos, que siguieron presentándose tanto respecto al DSM, como respecto al CIE, se fueron generando nuevas versiones de cada uno. El DSM publicó la versión revisada del DSM-IV (DSM-IVR), y el CIE utiliza la versión [CIE-10](#).

-Para la elaboración del DSM-IV, se conformaron 13 grupos de trabajo, responsables cada uno de una sección del manual. Cada grupo estuvo constituido por 5 o más miembros, y sus opiniones eran analizadas por entre 50 y 100 consejeros . representantes de un amplio abanico de perspectivas y experiencias. Los grupos informaban a un comité elaborador, que constaba de 27 miembros , muchos de los cuales también presidían algún equipo particular.

-Un aspecto importante en la realización de esta versión, fue el ponerse en contacto con los equipos que elaboraron el CIE-10, con el objeto de hacer, que se generara la mayor compatibilidad posible entre ambos documentos.

-21.29.5)- Diagnóstico A través Del DSM-IV.

-El DSM-IV es una herramienta de [diagnóstico](#), que propone una descripción del funcionamiento del paciente, a través de cinco «ejes», con el objeto de contar con un panorama general de diferentes ámbitos de funcionamiento:

- Eje I: Se describe el trastorno o trastornos psiquiátricos principales o sintomatología presente, si no configura ningún trastorno. Por ejemplo: [trastorno depresivo](#), [demencia](#), [dependencia de sustancias](#), [esquizofrenia](#), [fobia social](#), [fobias específicas](#), [hipocondrías](#), etcétera.
- Eje II: Se especifica si hay algún trastorno de personalidad en la base , o rasgos de algún trastorno, algún trastorno del desarrollo o retraso mental ; por ejemplo, [trastorno de personalidad limítrofe](#), [retraso mental moderado](#).
- Eje III: Se especifican otras afecciones médicas que puede presentar el paciente.
- Eje IV: Se describen tensiones psicosociales en la vida del paciente : [desempleo](#), problemas conyugales, [duelo](#).
- Eje V: Se evalúa el funcionamiento global del paciente : psicológico, social y ocupacional, a través de la [EEAG](#) : [Escala de funcionamiento global](#).

-21.29.6)- Clasificación De Los Diferentes Trastornos.

-Categoría:Trastornos mentales.

-De Wikipedia, la enciclopedia libre.

- [Trastorno mental](#).

-Esta categoría incluye las siguientes 13 subcategorías:

-A

- ► [Anorexia](#) (5 págs.)
- ► [Trastornos de ansiedad](#) (1 cat, 38 págs.)
- ► [Trastornos de la atención](#) (1 cat, 5 págs.)

-B

- ► [Bulimia](#) (4 págs.)

-C

- ► [Trastornos mentales y del comportamiento](#) (2 cat)
- ► [Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos](#) (2 cat, 5 págs.)

E► [Trastornos del estado de ánimo](#) (1 cat, 37 págs.)

N

- ► [Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos](#) (2 cat, 11 págs.).

P

- ► [Trastornos de la personalidad y del comportamiento en adultos](#) (3 cat, 1 pág.)
- ► [Trastornos psicóticos](#) (1 cat, 30 págs.)

S

- ► [Trastornos sexuales y de la identidad sexual](#) (1 cat, 4 págs.)

T

- ► [Trastornos cognitivos](#) (2 cat, 11 págs.)
- ► [Trastornos somatomorfos](#) (1 cat, 24 págs.)

-Páginas en la categoría «Trastornos mentales»: Esta categoría contiene las siguientes 24 páginas:

- [Enfermedad mental](#)

A

- [Aboulomanía](#)
- [Autoestimulación \(comportamiento\)](#)

C

- [Catalepsia](#)
- [Anexo:CIE-10 Capítulo V: Trastornos mentales y del comportamiento](#)
- [Clasificación de trastornos mentales](#)
- [Confusión \(psicología\)](#)

D

- [Delirium tremens](#)
- [Demencia](#)
- [Disestesia](#)

E

- [Efecto Werther](#)
- [Estado paranoide](#)
- [Estado paranoide alcohólico](#)
- [Estupor](#)

N

- [Síndrome neuroléptico maligno](#)

P

- [Pro-Mia](#)
- [Psicosis posparto](#)

S

- [Síndrome de Klüver-Bucy](#)
- [Síndrome de Madame Bovary](#)
- [Síndrome orgánico cerebral](#)

T

- [Trastorno bipolar](#)
- [Trastorno de Estrés Postraumático Complejo](#)
- [Desorden de identidad de la integridad corporal](#)
- [Tríada oscura.](#)

-21.29.6.1)- Trastornos De Inicio: En La Infancia, La Niñez o La Adolescencia.

-El manual agrupa en este apartado, los trastornos que surgen en esta edad , aunque no necesariamente, se diagnostiquen durante la infancia o adolescencia:

- **Retraso Mental:** Una capacidad intelectual significativamente por debajo del promedio : medido a través del [coeficiente intelectual](#); que puede ser leve, moderado, grave o profundo.
- **Trastornos del Aprendizaje:** Rendimiento académico considerablemente por debajo de lo esperado en el área afectada, considerando la edad del niño o adolescente, su inteligencia, y una educación apropiada para su edad. Pueden ser:
 - Trastorno de la lectura: [dislexia](#);
 - Trastorno del cálculo: [discalculia](#);
 - Trastorno de la expresión escrita: [disgrafía](#);
 - Trastorno del aprendizaje no especificado.
- **Trastorno de las Habilidades Motoras :**
 - Trastorno del desarrollo de la coordinación.
- **Trastornos de la Comunicación.** En este apartado se consideran las deficiencias del habla o del lenguaje:
 - [Trastorno del lenguaje expresivo](#);
 - Trastorno mixto del lenguaje receptivo-expresivo;
 - Trastorno [fonológico](#);
 - [Tartamudeo](#);
 - Trastorno de la comunicación no especificado.
- **Trastornos Generalizados del Desarrollo:** Son déficits graves y alteraciones en diversas áreas del desarrollo, como la interacción social, la comunicación, o en la existencia de comportamientos, intereses o aptitudes estereotipadas. Se incluyen:
 - [Trastorno autista](#);
 - [Trastorno de Rett](#);
 - [Trastorno desintegrativo infantil](#);
 - [Trastorno de Asperger](#);
 - Trastorno generalizado del desarrollo no especificado.
- **Trastornos por Déficit de Atención y Comportamiento Perturbador:** Incluyen trastornos cuyas características son la desadaptación impulsividad-hiperactividad o trastornos del comportamiento perturbador : violación de derechos de otros, hostilidad, conducta desafiante. Se incluyen:
 - [Trastorno por déficit de atención con hiperactividad](#) o sin ella;
 - [Trastorno disocial](#);
 - [Trastorno negativista desafiante](#);
 - Trastorno de comportamiento perturbador no especificado.
- **Trastornos de la Ingestión y de la Conducta Alimentaria de la infancia o la niñez:** Que consisten en diversas alteraciones, que se dan de manera persistente, en la conducta alimentaria de niños y adolescentes. Estas constituyen:
 - [Trastorno de pica](#);
 - Trastorno de [rumiación](#);
 - Trastorno de la ingestión alimentaria de la infancia o la niñez.
- **Trastornos de [tics](#) :**
 - [Trastorno de La Tourette](#);
 - Trastorno de tics motores o vocales crónicos;
 - Trastorno de tics transitorios;
 - Trastorno de tics no especificado;
- **Trastornos de la Eliminación:** Trastornos cuya característica es la eliminación de heces y orina en lugares inadecuados y de manera persistente. Son:
 - [Encopresis](#);
 - [Enuresis](#) (no debida a una enfermedad médica).
- **Otros trastornos de la infancia, la niñez o la adolescencia:**

- [Trastorno de ansiedad por separación](#): Definido como ansiedad excesiva para la edad, frente a la separación del hogar o de seres queridos.
- [Mutismo Selectivo](#): Cuando el niño o adolescente, no habla en situaciones específicas, como sociales, pero en otras no tiene problemas de lenguaje.
- Trastorno reactivo de la vinculación de la infancia o la niñez: Dado por una relación social manifiestamente alterada, generalmente causada por crianza patógena.
- Trastorno de movimientos estereotipados: trastorno por movimiento repetitivo aparentemente impulsivo, estereotipado y no funcional, que causa malestar en el sujeto.
- Trastorno de la infancia, la niñez o la [adolescencia](#) no especificado.

-21.29.6.2)- Trastornos Específicos.

- [Trastorno Autista](#): Será renombrado y reorganizado. El criterio de autismo incorporará varios diagnósticos del DSM-IV, incluyendo trastorno autista, trastorno Asperger, trastorno infantil desintegrativo y trastorno generalizado del desarrollo en un solo diagnóstico del espectro autista. Según la APA, esto ayudará a realizar de forma más precisa y consistente el diagnóstico de los niños con autismo.
- [Trastorno de Desregulación del Estado de Ánimo](#): este trastorno será incluido en el DSM-5 para diagnosticar a los niños que exhiben una irritabilidad persistente y frecuentes episodios de descontrol sobre 3 o más ocasiones por semana en un año. Este diagnóstico intenta dirigir las preocupaciones de un sobrediagnóstico y sobretratamiento del trastorno bipolar en los niños.
- [Trastorno por Atracón](#): el trastorno por atracón se moverá de apéndice del DSM-IV B: Criterios y ejes propuestos para estudios posteriores del DSM-5 Sección 2. El cambio está destinado a representar mejor los síntomas y comportamientos de las personas con esta condición. Esto significa que el trastorno por atracón es ahora un trastorno reconocido.

-21.29.6.3)- Delirium, Demencia, Trastornos Amnésicos y Otros Trastornos Cognoscitivos.

-El manual los define como un déficit clínicamente significativo en las funciones cognoscitivas o en la memoria, que representa un cambio en relación con el nivel previo de actividad. Pueden ser:

- [Delirium](#) o Delirio: Es el fenómeno agudo, de corta duración, que se caracteriza por una disfunción cerebral global. Hay muchos factores que lo pueden producir, esta clasificación recoge los siguientes:
 - Delirium debido a enfermedad médica;
 - Delirium inducido por sustancias;
 - Delirium por abstinencia de sustancias;
 - Delirium debido a múltiples etiologías;
 - Delirium no especificado.
- [Demencia](#): En contraste con el delirio o delirium, la demencia es una enfermedad progresiva y crónica del [sistema nervioso central](#), que afecta las funciones cognitivas superiores : pensamiento, lenguaje, memoria.
 - Demencia tipo [Alzheimer](#);
 - [Demencia vascular](#);
 - Demencia debida a enfermedad por [VIH](#);

- Demencia debida a traumatismo craneal;
- Demencia debida a enfermedad de [Parkinson](#);
- Demencia debida a enfermedad de [Huntington](#);
- Demencia debida a [enfermedad de Pick](#);
- Demencia debida a [enfermedad de Creutzfeldt-Jakob](#);
- Demencia debida a otras enfermedades médicas;
- Demencia persistente inducida por sustancias;
- Demencia debida a múltiples etiologías;
- Demencia no especificada.
- [Trastornos Amnésicos](#): Deterioro de la memoria sin deterioro de otras funciones cognitivas :
 - Trastorno amnésico debido a enfermedad médica;
 - Trastorno amnésico persistente inducido por sustancias;
 - Trastorno amnésico no especificado;
- Trastorno cognoscitivo no especificado.

-21.29.6.4)- Trastornos Mentales Debidos A Enfermedad Médica.

-Se incluyen en este apartado trastornos, cuya causa está en una enfermedad médica, pero cuya manifestación implica síntomas psicológicos o comportamentales ,que merecen atención clínica especial:

- Trastorno catatónico debido a enfermedad médica;
- Cambio de personalidad debido a enfermedad médica;
- Trastorno mental no especificado debido a enfermedad médica.

-21.29.6.5)- Trastornos Relacionados Con Sustancias.

-Son los que se relacionan con el consumo de drogas de abuso, con los efectos secundarios de medicamentos, y con la exposición a sustancias tóxicas. En cuanto al consumo de sustancias, es importante la distinción entre «abuso de sustancias» y «dependencia de sustancias»:

- El [Abuso de Sustancias](#): Ocurre cuando, durante al menos 1 año, la persona que consume, incurre en actitudes como: es incapaz de cumplir con sus obligaciones:(laborales, educacionales, etc., debido al consumo; consume la(s) sustancia(s) en condiciones físicamente riesgosas; tiene problemas legales recurrentes debido al uso de sustancias, o sigue consumiendo a pesar de problemas persistentes de tipo social o interpersonal.
- La [Dependencia de Sustancias](#): Ocurre cuando, durante al menos 1 año, la persona experimenta un efecto de tolerancia : necesidad de consumir mayor cantidad para lograr el mismo efecto, el [efecto de abstinencia](#) : síntomas que siguen a la privación brusca del consumo, intenta disminuir el consumo y no puede o bien consume más de lo que quisiera, y deja de hacer actividades importantes debido al consumo. .Además, la persona sigue consumiendo a pesar de padecer un problema físico o psicológico persistente, que dicha sustancia exacerba.

-Sin embargo, el DSM-IV, recoge una mayor cantidad de trastornos, que pueden ser producidos por sustancias, y los clasifica por cada sustancia psicoactiva, o grupo de sustancias psicoactivas. Estos pueden ser:

- Trastornos relacionados con el [alcohol](#) : por consumo : [dependencia](#) o [abuso](#); o trastorno por: [intoxicación](#), [abstinencia](#), [delirium](#), amnésico, psicótico, de ansiedad, del ánimo, del sueño o sexual inducido por alcohol.

- Trastornos relacionados con [alucinógenos](#) : por consumo : dependencia o abuso, o trastorno por intoxicación, [delirium](#) por intoxicación, perceptivo persistente, psicótico, de ansiedad o del ánimo inducido por alucinógenos.
- Trastorno relacionados con [anfetaminas](#) : por consumo :dependencia o abuso, o trastorno por intoxicación, abstinencia, delirium por intoxicación, psicótico, de ansiedad, del ánimo, del sueño o sexual inducido por anfetaminas.
- Trastornos relacionados con la [cafeína](#) : trastorno de ansiedad o del sueño inducido por cafeína.
- Trastornos relacionados con [cannabis](#) : por consumo :dependencia o abuso, o trastorno por intoxicación : con alteraciones perceptivas o sin ellas, delirium, psicótico o de ansiedad, inducido por cannabis.
- Trastornos relacionados con [cocaína](#) : por consumo : dependencia o abuso, o trastorno por intoxicación : con alteraciones perceptivas o sin ellas, abstinencia, delirium, psicótico, de ansiedad, del ánimo, del sueño o sexual inducido por cocaína).
- Trastornos relacionados con [fenciclidina](#) (por consumo [dependencia o abuso], o trastorno por intoxicación [con alteraciones perceptivas o sin ellas], delirium por intoxicación, trastorno psicótico, de ansiedad, del ánimo, inducido por fenciclidina.
- Trastornos relacionados con [inhalantes](#) : por consumo :dependencia o abuso, o trastorno por intoxicación, delirium por intoxicación, demencia persistente, trastorno psicótico, de ansiedad, del ánimo, inducido por inhalantes.
- Trastornos relacionados con [nicotina](#) : por consumo :dependencia o abuso, o trastorno abstinencia, inducido por nicotina.
- Trastornos relacionados con [opiáceos](#) : por consumo : dependencia o abuso, o trastorno por intoxicación : con alteraciones perceptivas o sin ellas, delirium por intoxicación, trastorno psicótico, del ánimo, sexual o del sueño inducido por opiáceos.
- Trastornos relacionados con [sedantes](#), hipnóticos o [ansiolíticos](#) : por consumo: dependencia o abuso, o trastorno por intoxicación, abstinencia, delirium :por intoxicación o abstinencia, demencia persistente, trastorno amnésico, psicótico, de ansiedad, del ánimo, sexual o del sueño inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos.
- Trastorno relacionado con varias sustancias:
 - Dependencia de varias sustancias
- Trastornos relacionados con otras sustancias o con sustancias desconocidas : por consumo :dependencia o abuso, o trastorno por intoxicación : con alteraciones perceptivas o sin ellas, abstinencia, delirium, demencia persistente, trastorno amnésico, psicótico : con alucinaciones o ideas delirantes, de ansiedad, del ánimo, sexual o del sueño, inducido por otras sustancias o sustancias desconocidas.

-21.29.6.6)- Esquizofrenia y Otros Trastornos Psicóticos.

-Este apartado involucra aquellos trastornos, que tienen síntomas psicóticos, como característica definitoria. Psicótico es entendido aquí como la pérdida de los límites del sí mismo y de la evaluación de la realidad. Como característica de esta sintomatología, pueden existir, por tanto: alucinaciones, ideas delirantes, trastornos del pensamiento, lenguaje desorganizado, comportamiento desorganizado o catatónico, entre otros. El manual los clasifica como:

- [esquizofrenia](#) : subtipos paranoide, desorganizado, catatónico, indiferenciado o residual
- [trastorno esquizofreniforme](#);
- [trastorno esquizoafectivo](#);

- [trastorno delirante](#);
- [trastorno psicótico breve](#);
- [trastorno psicótico compartido](#) (*folie à deux*, locura a dúo o en pareja);
- trastorno psicótico debido a enfermedad médica;
- trastorno psicótico inducido por sustancias;
- trastorno psicótico no especificado.

-21.29.6.7)- Trastornos del Estado de Ánimo.

- [Trastornos del estado de ánimo](#).

-Aquí se clasifican los trastornos, cuya característica principal es una alteración del humor. El DSM-IV define, por una parte, episodios afectivos, de carácter depresivo : estado de ánimo deprimido o pérdida del interés o sensación de placer, o maníaco: estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable. Estos episodios se combinarían generando diversos patrones, constituyendo así los diferentes trastornos del ánimo:

- Episodios afectivos :
 - episodio depresivo mayor;
 - episodio maníaco;
 - episodio mixto;
 - episodio hipomaníaco.
- Trastornos depresivos (con episodios depresivos) :
 - [trastorno depresivo mayor](#), episodio único;
 - [trastorno depresivo mayor](#), recidivante;
 - [trastorno distímico](#);
 - [trastorno depresivo no especificado](#).
- Trastornos bipolares :
 - [trastorno bipolar I](#);
 - [trastorno bipolar II](#);
 - [trastorno ciclotímico](#);
 - [trastorno bipolar no especificado](#).
- Otros trastornos del estado de ánimo :
 - trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica;
 - trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias;
 - trastorno del estado de ánimo no especificado.

-21.29.6.8)- Trastornos de Ansiedad.

-El DSM-IV clasifica aquí los siguientes trastornos:

- [trastorno de angustia](#) : con [agorafobia](#) o sin ella, o agorafobia sin trastorno de angustia;
- [fobia](#) específica;
- [fobia social](#);
- [trastorno obsesivo-compulsivo](#);
- [trastorno por estrés postraumático](#);
- [trastorno por estrés agudo](#);
- [trastorno de ansiedad generalizada](#);
- trastorno de [ansiedad](#) debido a enfermedad médica;
- trastorno de ansiedad inducido por sustancias;
- trastorno de ansiedad no especificado.

- 21.29.6.9)- Trastornos Somatomorfos.

-Son trastornos con síntomas físicos, que sugieren una enfermedad médica, pero que, luego de la evaluación requerida, no pueden explicarse completamente por la presencia de una enfermedad física. Tampoco se explican por otro trastorno mental, por ejemplo, una depresión o un trastorno ansioso. Los síntomas ocasionan un malestar significativo en el individuo, o interfieren en su vida cotidiana. Se describen los siguientes:

- [trastorno de somatización](#);
- [trastorno somatomorfo indiferenciado](#);
- [trastorno de conversión](#);
- [trastorno por dolor](#);
- [hipocondría](#);
- [trastorno dismórfico corporal](#);
- trastorno somatomorfo no especificado.

-21.29.6.10)- Trastornos Ficticios.

-A diferencia de los trastornos ficticios, en los que el sujeto finge una dolencia para obtener un beneficio, por ejemplo, una indemnización o la incapacidad temporal o permanente, los trastornos facticios o artificiales, están constituidos por síntomas físicos y psicológicos reales, pero han sido autoinducidos intencionalmente por el sujeto, para asumir el papel de enfermo. Se clasifican en:

- [Trastorno facticio](#);
- Trastorno facticio no especificado.

-21.29.6.11)- Trastornos Disociativos.

-Consisten en una alteración de las funciones integradoras de la conciencia, la identidad, la memoria, y la percepción del entorno: con síntomas como la pérdida de memoria de eventos traumáticos, sensación de distanciamiento de los propios procesos mentales y del propio cuerpo, hasta el control del comportamiento por varios estados de personalidad sucesivos. Se distinguen:

- [amnesia disociativa](#);
- [fuga disociativa](#);
- [trastorno de identidad disociativo](#);
- trastorno de [despersonalización](#);
- trastorno disociativo no especificado.

-Existen innumerables recursos sobre este tema en inglés, en la red. En nuestro idioma, el recurso más importante es la página [\[1\]](#), en el que se puede encontrar abundante documentación científica y médica sobre este tema en particular.

-21.29.6.12)- Trastornos Sexuales y de la Identidad Sexual.

-Son los relacionados con la [sexualidad](#). Son de tres tipos:

- Trastornos Sexuales: Las llamadas [disfunciones sexuales](#), entendidas como alteraciones del deseo, cambios psicofisiológicos en la respuesta sexual normal, malestar o problemas interpersonales relacionados con el tema:
 - Trastornos del [deseo sexual](#): deseo sexual hipoactivo y trastorno por aversión al sexo;
 - Trastornos de la [excitación sexual](#): en la mujer y de la erección en el varón;
 - Trastornos [orgásmicos](#): femenino y masculino, y [eyaculación precoz](#);
 - Trastornos sexuales por dolor: [dispareunia](#) y [vaginismo](#);

- Trastorno sexual debido a una enfermedad médica, inducido por sustancias, o no especificado.
 - **Parafilias:** Son impulsos sexuales, fantasías, o comportamientos recurrentes e intensos, que implican objetos no humanos, el sufrimiento o la humillación de uno mismo o de la pareja, o que implican niños u otras personas que no consienten.
-Estos impulsos deterioran la vida del sujeto:
 - [Exhibicionismo](#);
 - [Fetichismo](#);
 - [Frotismo](#);
 - [Pedofilia](#);
 - [Masoquismo](#) sexual;
 - [Sadismo](#) sexual;
 - [Fetichismo transvestista](#);
 - [Voyeurismo](#).
 - Parafilia no especificada : escatología telefónica, clismafilia, zoofilia, necrofilia, coprofilia, urofilia y parcialismo.
 - Trastornos de la identidad sexual : [disforia de género](#).
 - Trastorno sexual no especificado.
- La [homosexualidad](#) fue descartada en 1973 por la APA, como trastorno mental, y en 1974, la séptima edición del DSM-II, la califica como desorden de la orientación sexual.
El 17 de mayo de 1990, la OMS la elimina del listado de trastornos mentales, fecha considerada como: [Día Internacional contra la Homofobia y la Transfobia](#).

-21.29.6.13)- Trastornos De La Conducta Alimentaria.

-Los conforman alteraciones graves de la conducta alimentaria, acompañadas o causadas por una distorsión de la percepción de la propia imagen corporal. Son:

- [anorexia nerviosa](#);
- [bulimia](#) nerviosa;
- [trastorno de la conducta alimentaria no especificado](#).

-21.29.6.14)- Trastornos Del Sueño.

- Trastornos primarios del [sueño](#): Son alteraciones del [ciclo de sueño](#), que no son producto de otro trastorno, como de la depresión por ejemplo. Incluyen:
 - [Disomnias](#) : [insomnio](#) primario; [hipersomnía primaria](#); [narcolepsia](#); trastorno del sueño relacionado con la respiración; trastorno del [ritmo circadiano](#).
 - [Parasomnias](#) : [pesadillas](#), [terrores nocturnos](#), [sonambulismo](#).
- Trastornos del sueño relacionados con otro trastorno mental : [insomnio](#) e [hipersomnía](#).
- Trastorno del sueño debido a una enfermedad médica.
- Trastorno del sueño inducido por sustancias.

-21.29.6.15)- Trastornos Del Control De Impulsos No Clasificados En Otros Apartados.

- [Trastornos del control de impulsos](#).

-Consisten en una dificultad para resistir un impulso de llevar a cabo actos, que pueden ser perjudiciales para otros o para sí mismo. En la mayoría de los casos, se experimenta una tensión intensa antes de ejecutar la acción impulsiva, acción que libera esta tensión, alcanzando consecuentemente un estado de calma. Se clasifican como sigue:

- [trastorno explosivo intermitente](#);

- [cleptomanía](#);
- [piromanía](#);
- [juego patológico](#);
- [tricotilomanía](#);
- trastorno del control de los impulsos no especificado.

- 21.29.6.16)- Trastornos Adaptativos.

- [Trastorno de adaptación](#).

-Es el desarrollo de síntomas emocionales o de comportamiento, relacionados con un estrés psicosocial, que es identificable en forma clara. La reacción es mayor o causa un malestar superior al esperado en relación a la causa. Se clasifican según la reacción, sea un estado de ánimo depresivo, ansiedad, o un trastorno del comportamiento.

-Clínicamente se los clasifica en:

- Trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo;
- Trastorno adaptativo con estado de ánimo ansioso;
- Trastorno adaptativo mixto con estado de ánimo depresivo y ansioso;
- Trastorno adaptativo con trastorno del comportamiento;
- Trastorno adaptativo con alteración mixta del comportamiento y de las emociones.

- 21.29.6.17)- Trastornos de la Personalidad.

- [Trastorno de la personalidad](#).

-Consisten en un patrón permanente e inflexible de experiencia interna, y de experiencia de la persona, que se aleja demasiado de lo que la cultura en que está inmersa espera. Se inicia en la adolescencia o principio de la edad adulta, no varía con el tiempo, y causa malestar en el sujeto, y prejuicios contra él. Se clasifican como sigue:

-Grupo A:

- [Trastorno paranoide de la personalidad](#);
- [Trastorno esquizoide de la personalidad](#);
- [Trastorno esquizotípico de la personalidad](#).

-Grupo B:

- [Trastorno antisocial de la personalidad](#);
- [Trastorno límite de la personalidad](#);
- [Trastorno histriónico de la personalidad](#);
- [Trastorno narcisista de la personalidad](#).

-Grupo C:

- [Trastorno de personalidad por evitación](#);
- [Trastorno de la personalidad por dependencia](#);
- [Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad](#).
- Trastorno de la personalidad no especificado.

-21.29.6.18)- Otros Problemas Que Pueden Ser Objeto De Atención Clínica.

-Aquí se incluyen problemas que son de interés clínico, por causar dolor o sufrimiento psicosocial, pero que no conforman trastornos, o es de relevancia tratarlos por separado. - Pueden ser de diversos tipos:

- Factores psicológicos que afectan al estado físico;
- Trastornos motores inducidos por medicamentos :
 - [Parkinsonismo](#) inducido por neurolepticos;
 - [Síndrome neuroleptico maligno](#);
 - [Distonía](#) aguda inducida por neurolepticos;

- [Acatisia](#) aguda inducida por neurolépticos;
- [Discinesia](#) tardía inducida por neurolépticos;
- Temblor postural inducido por medicamentos;
- Trastorno motor inducido por medicamentos no especificado;
- Trastornos inducidos por otros medicamentos;
- Efectos adversos de los medicamentos no especificados.
- Problemas de Relación:
 - Problema de relación asociado a un trastorno mental o a una enfermedad médica;
 - Problemas paterno-filiales;
 - Problemas conyugales;
 - Problema de relación entre hermanos;
 - Problema de relación no especificado.
- Problemas relacionados con el Abuso o la Negligencia :
 - [Abuso físico](#) del niño;
 - [Abuso sexual](#) del niño;
 - Negligencia de la infancia;
 - Abuso físico del adulto;
 - Abuso sexual del adulto.
- Problemas adicionales que pueden ser objeto de atención médica:
 - [Incumplimiento terapéutico](#);
 - Simulación;
 - [Duelo](#);
 - [Comportamiento antisocial](#) del adulto;
 - [Comportamiento antisocial](#) en la niñez o la adolescencia;
 - [Capacidad intelectual límite](#);
 - [Deterioro cognitivo](#) relacionado con la edad;
 - Problema académico;
 - Problema laboral;
 - Problema de [identidad](#);
 - Problema religioso o espiritual;
 - Problema de aculturación;
 - Problema biográfico.

-21.29.6.19)- Propuestas Excluidas.

-La junta de la APA, también rechazó la propuesta de incluir las siguientes condiciones:

- Depresión ansiosa;
- Desorden hipersexual;
- [Síndrome de alienación parental](#);
- [Síndrome de Münchhausen por poder](#), que fue introducido en el DSM-5 de 2013 como [trastorno facticio impuesto a otro](#).
- Trastorno de procesamiento sensorial.
- [Síndrome del falso recuerdo](#).

-21.29.7)- DSM-5.

-En la última edición del DSM, se sustituye la numeración romana, por la numeración arábiga. La intención es intentar que sea un manual más dinámico, a la hora de incorporar los nuevos descubrimientos científicos, sustituyendo la sigla R de "revisado", por ediciones 5.1, 5.2, etc.

-La [adicción a la comida](#) y el [acaparamiento compulsivo](#), se consideran nuevas [patologías](#), según la [quinta edición del Manual diagnóstico y estadístico de enfermedades mentales](#) (DMS-V).

-Entre las modificaciones del conocido manual, que acaba de revisar la Asociación Psiquiátrica Estadounidense (APA), después de veinte años para incluir los hallazgos científicos más recientes, también destaca la exclusión de la lista de trastornos mentales de la adicción a las relaciones sexuales o trastorno hipersexual, y de la adicción a jugar en Internet.

-Así mismo, deja de considerarse el duelo por la muerte de un ser querido, durante menos de dos meses, como trastorno depresivo.

-Por otro lado, la nueva versión del manual, incluye el [trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo](#) (DMDD), con el cual se diagnosticará a niños, que «tres o más veces a la semana, exhiben episodios frecuentes de irritabilidad, arrebatos y berrinches durante más de un año».

-De este modo esperan evitar el excesivo y errado diagnóstico, de casos de [trastorno bipolar](#) en la infancia.

-En cuanto al trastorno conocido como acaparamiento compulsivo, los psiquiatras aseguran que «ayudará a caracterizar a los individuos con dificultad persistente para deshacerse de pertenencias y objetos que carecen de valor». Un problema que suele afectar a la estabilidad emocional, a las relaciones sociales, y a las finanzas de quienes lo padecen.

-El manual también unifica las categorías de abuso de sustancias y dependencia de sustancias, además de ampliar los criterios para diagnosticar un trastorno del aprendizaje, incluyendo todas las anomalías, que interfieren con la adquisición del lenguaje y su uso oral, escrito o destinado a expresar conceptos matemáticos.

-Otro cambio importante en el DSM-5, apodado «la Biblia de la Psiquiatría», es que los términos «[autismo](#)» y «[síndrome de Asperger](#)», desaparecen, y son englobados bajo un nuevo término: trastorno del espectro autista.³

-El objetivo, dicen los expertos, es diagnosticar de forma más precisa a los niños que padecen la enfermedad.

-21.29.8)- Críticas.

-Aunque es el sistema de diagnóstico más utilizado, y asumido por los profesionales de la [psicología clínica](#) y los de la [psiquiatría](#), también ha recibido críticas.^{4 5 6 7}

-Algunos autores , como [George Eman Vaillant](#), han criticado el DSM-IV, con los siguientes argumentos:

- Es [reduccionista](#);
- No enfatiza la distinción entre [estado](#) y [rasgo](#);
- Es adinámico, y
- Sacrifica la validez diagnóstica, por la fiabilidad diagnóstica.

-[Allen Frances](#), MD : Jefe de Grupo de Tareas del DSM-IV, ya ha criticado también con anterioridad el proceso del DSM-V , por su innecesario secretismo, sus ambiciones riesgosas, sus métodos desorganizados, y sus irreales fechas límite. Pero esta vez⁸ hizo algunas críticas sobre el primer borrador del DSM-V.

-[Néstor Braunstein](#): Critica "uno de los mayores obstáculos [epistemológicos](#) de la clasificación: el que la [taxonomía botánica](#), haya sido el modelo inspirador".⁹

21.29.8.1)- Limitaciones Del Sistema Categorical.

-El principal inconveniente es que se trata de un sistema categorial, es decir, establece

categorías , que se supone que han de corresponder, con trastornos, cuando en realidad, la mayoría de los trastornos mentales son dimensionales, y no categóricos.

.De alguna manera, esto era advertido ya en la edición de 1994, cuando en la introducción se decía, que no debía ser usado como un "recetario", y que el diagnóstico que se base en este manual, ha de ser llevado a cabo por especialistas, con amplia experiencia clínica, para evitar reduccionismos.

-21.29.8.2)- Redacción Deficiente e Inconsistente.

-Quizás no debería causar sorpresa, que un proceso defectuoso, haya logrado un producto defectuoso. El problema más importante es la escritura deficiente e inconsistente.

.Se admitió que los primeros borradores del Grupo de Trabajo, estaban escritos con imprecisión y con calidad variable, pero es sorprendente que el liderazgo del DSM-V, no haya podido editarlos, con más claridad y consistencia. Sería un desperdicio de esfuerzo, tiempo y dinero, llevar a cabo pruebas de campo, antes de que los nuevos esquemas de criterios se revisen a fondo. La mala redacción también es indicio de un mal pronóstico, lo que sugiere que las secciones de texto del DSM-V, para los diversos trastornos, podrían llegar a ser inconsistentes, tener calidad variable y ser incoherentes.

-21.29.8.3)- Tasas Más Altas De Trastornos Mentales.

-En términos de contenido, son más preocupantes las muchas sugerencias, que el DSM-V, podría dramáticamente incrementar las tasas de trastornos mentales. Esto aparece de dos maneras: Nuevos diagnósticos, que podrían ser extremadamente comunes en la población general : especialmente después del marketing de una siempre alerta industria farmacéutica.

-21.29.8.4)- Umbrales diagnósticos Más Bajos Para Muchos Desórdenes Existentes.

-El DSM5, podría crear decenas de millones de nuevos mal identificados pacientes "falsos positivos", exacerbando así, en alto grado, los problemas causados por un ya demasiado inclusivo DSM-IV. Habría excesivos tratamientos masivos, con medicaciones innecesarias, caras, y a menudo bastante dañinas.

.El DSM-V aparece promoviendo, lo que más hemos temido: la inclusión de muchas variantes normales, bajo la rúbrica de enfermedad mental, con el resultado de que el concepto central de "trastorno mental", resulta enormemente indeterminado.

- 21.29.8.5)- Consecuencias Imprevistas.

- Una tercera debilidad generalizada en las opciones del DSM-V, es su insensibilidad al posible mal uso como parámetros forenses.

.Los miembros del Grupo de Trabajo, no pueden esperar anticipar las variadas formas en que los abogados, intentarán retorcer sus buenas intenciones, pero es incumbencia del liderazgo del DSM-V, establecer una revisión funcional forense a fondo, que pudiera identificar las muchas probables instancias de proposiciones, con importantes implicaciones forenses : por ejemplo, la expansión de pedofilia, para incluir la atracción hacia adolescentes.

.La restricciones de espacio , tanto como mis propios puntos ciegos, y limitaciones en mi saber, hace de ésta, una supervisión limitada, tanto en el número de revisiones que discuto, como en la profundidad posible de discusión en cada una.

-21.29.8.6)- Alta Prevalencia De Comorbilidades.

-Esto lleva a preguntarse si realmente son válidas las categorías independientes, o hay dimensiones subyacentes, que hacen que determinados trastornos se asocien mayoritariamente con otros, lo cual no puede ser clarificado, por el tipo de metodología que utiliza este manual.

-21.29.9)- Véase También.

- [Código ATC](#);
- [Clasificación de Derivaciones Fármaco-terapéuticas](#) (CDF);
- [CIE-10](#);
- [CIAP-2](#);
- [enfermedad mental](#);
- [psicología](#);
- [psicoterapia](#);
- [psiquiatría](#).

-21.29.10)- Referencias.

1. [Volver arriba](#) ↑ [«La Asociación Americana de Psiquiatría publica su 'biblia' en pleno debate»](#).
2. [Volver arriba](#) ↑ [«El DSM-5, la nueva biblia de los psiquiatras, atacada por los psicólogos»](#). [Volver arriba](#)
3. [↑](#) Cooper, Rachel (2014). [Diagnosing the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: Fifth Edition](#) (en inglés). Karnac Books. p. 9. [ISBN 9781781813027](#).
4. [Volver arriba](#) ↑ Caplan, Paula (2011). [«Science Isn't Golden 1»](#) (en inglés). Psychology Today..
5. [Volver arriba](#) ↑ Caplan, Paula (2011). [«Science Isn't Golden 2»](#) (en inglés). Psychology Today. .
6. [Volver arriba](#) ↑ Allen, Frances (2011). [«Las peores sugerencias para el DSM V»](#) (en inglés). Psychiatric Times. Archivado desde [el original](#) el 26 de noviembre de 2015.
7. [Volver arriba](#) ↑ Wykes, Til (2011). [«Diagnósticos hacia el DSM V»](#) (en inglés). Journal of Mental health, agosto 2010, Vol. 19, No. 4, Pag. 301-304.
8. [Volver arriba](#) ↑ [«Abriendo la caja de Pandora. Las 19 peores sugerencias del DSM-V. Por Allen Frances MD \(Jefe de Grupo de Tareas del DSM-IV\)»](#).
9. [Volver arriba](#) ↑ Braunstein, N. A. (2015). [Clasificar en psiquiatría](#). 2a. reimpresión. México: Siglo XXI (p. 22). [ISBN 978-607-03-0465-1](#)

-21.29.11)- Bibliografía.

- [American Psychiatric Association](#) (2014). [DSM-5. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales](#). Editorial Médica Panamericana. [ISBN 9788498358100](#).
- Barmaimon Enrique, Tratado de Neuroanatomía Funcional. 3 volúmenes. Ed. EDUSMP.(1984).Lima, Perú.
- .- Barmaimon Enrique. 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.
- .-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- Medicina Perioperatoria. 6 Tomos. 1ª Ed. Virtual.
- Barmaimon, Enrique. 2017- Anestesia Locorregional- 6 Tomos.. 1ª Ed. Virtual. 11-
- Barmaimon, Enrique- 2017- Libros Anestesia en Urología- 6 Tomos- 1ª. Ed. Virtual.
- [Biblioteca Virtual en Salud](#) (BVS).

-21.29.12)- Enlaces Externos.

-  [Wikimedia Commons](#) alberga contenido multimedia sobre [Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales](#).
- [Web oficial del DSM-5](#)

Obtenido de

«[https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales&oldid=102706425](https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Manual_diagnóstico_y_estadístico_de_los_trastornos_mentales&oldid=102706425)»

Categorías:

- [Libros de 2013](#)
- [Manuales médicos](#)
- [Clasificaciones médicas](#)
- [Psicopatología](#)
- [Psicología clínica](#)
- Se editó esta página por última vez el 19 octubre 2017 a las 20:47.

-21.30)- TESTS PSICOLÓGICOS.

-21.30.1)- Generalidades.

-21.30.2)- [Clasificaciones](#)

-21.30.2.1)- [Clasificación General](#).

-21.30.2.1.1)- [Áreas de aplicación](#)

-21.30.3) [Véase También](#).

-21.30.4.1)- Test Psicométricos.

-21.30.4.1.1)- Algunas Fichas Técnicas.

-21.30.4.1.2)- Algunas Subcategorías de Tests Psicológicos.

-21.30.4.1.3)- Algunos Tests Psicológicos (35).

-21.30.4.2)- Tests Proyectivos.

-21.30.4.2.1)- Clasificación.

-21.30.4.2.1.1)- Test de *Rorschach*.

-21.30.4.2.1.1.1)- Generalidades.

-21.30.4.2.1.1.2)- [Método](#).

-21.30.4.2.1.1.3)- [Controversias](#).

-21.30.4.2.1.1.4)- [Argumentos a Favor de la Validez Científica del Test](#).

-21.30.4.2.1.1.5)- [Las Diez Láminas del Test de Rorschach](#).

-21.30.4.2.1.1.6) [Véase También](#).

-21.30.4.2.1.1.7)- [Referencias](#).

-21.30.4.2.1.1.8)- [Bibliografía Complementaria](#).

- 21.30.4.2.1.1. [9\)- Enlaces Externos.](#)
- 21.30.4.2.1.2)- Test de Holtzman.Z.
- 21.30.4.2.1.3)- Técnicas Temáticas.
- 21.30.4.2.1.4)- Técnicas Expresivas.
- 21.30.4.2.1.5)- Técnicas Constructivas.
- 21.30.4.2.1.6)- Técnicas Asociativas.
- 21.30.4.2.2)- Tests Estandarizados.
- 21. [30.5\)- Clasificación Por Niveles.](#)
- 21.30.6)- [Áreas de aplicación.](#)
- 21.30.3)-Relación de Test Psicológicos.
- 21.30.4)- Exámenes y Pruebas.
- 21.30.5)- Diagnóstico Médico.
- 21.30.6)- Pruebas Psicológicas.
- 21.30.7)- Evaluación Psicológica.
- 21.30.8)- Psicometría.
- 21.30. [9\)- Véase También.](#)
- TEST DE RORSCHACH.

-21.30)- TEST PSICOLÓGICO.

-De Wikipedia, la enciclopedia libre.

-21.30.1)- 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.

-21.30.2)- Clasificaciones.

-21.30.2.1)- Clasificación General.

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, suele estar más estandarizada. Algunas fichas técnicas de 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..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.

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, la actividad proyectiva puede ser gráfica: Bender, DFH Machover, Koppitz, HTP), o narrativa :T.A.T, Symonds, CAT, Rorschach; su uso suele ser más en el ámbito clínico, forense e infantil.

-Se clasifican en 5 grupos:

1. 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.

- Entre los más destacados se pueden mencionar los siguientes:

- *Test de Rorschach.* La constituyen diez láminas con manchas de tinta, susceptibles de diversas interpretaciones. Autor: H. Rorschach y H. Zulliger. Administración: Individual. Duración: Flexible. Aplicación: Jóvenes y adultos. Significación: Evaluación de diversos aspectos de la personalidad profunda. Material: 10 láminas.
- *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.

2. 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 . Administración: Individual .Duración: Flexible.

Aplicación: Niños y adultos Significación: Evaluación a diversos aspectos de la personalidad : impulsos, emociones, sentimientos, complejos, etc.) .Materiales: Láminas.

-Descripción del Cat-A.- Son diez láminas en las que aparecen animales, cada lámina presenta una situación o acción que están realizando los animales, dicha acción no se presenta de manera tan clara esto con el objetivo de que el niño a través de la narración de una historia exprese las situaciones que le están causando algún malestar en el plano inconsciente. Es recomendable que el aplicador haga uso de una grabadora para poder escuchar posteriormente las narraciones hechas por el niño.

- *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.

3. 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. Administración: Individual. Duración: Flexible. Aplicación: Jóvenes y adultos. Significación: Proyectan toda una gama de rasgos significativos y útiles .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 .Duración: Variable Aplicación: A partir de los 5 años. Significación: de la afectividad infantil que facilita la exploración de las vivencias conflictivas del niño. Material: Papel y lápiz.
- *El test del árbol.* Es un test los contenidos que se analizan son el tronco, la copa, las ramas, el suelo y otros elementos accesorios que a veces aparecen. Y tiene 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.
- *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. Administración: Individual. Duración: Entre 30 y 90 minutos. Aplicación: Niños, adolescentes y adultos. Significación: Evaluación de las funciones del ego, conflictos de personalidad, autoimagen, percepción familiar. Material: El Manual.

4. 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.
- 5. 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..

-21.30.5)- 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, 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..

-21.30.6)- 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.

-21.30.9)- Véase También.

- [Psicometría](#)

Obtenido de

«[https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Test psicológico&oldid=102963316](https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Test_psicológico&oldid=102963316)»

Categoría:

- [Tests psicológicos](#);
- Se editó esta página por última vez el 29 octubre 2017 a las 22:48.

-TEST DE RORSCHACH.

-De Wikipedia, la enciclopedia libre.



-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 solo entre la comunidad [psicoanalítica](#), sino en la comunidad de psicoterapeutas y psicólogos en general.

-La técnica , que en estricto rigor no es un test¹, se utiliza principalmente para evaluar la [personalidad](#). Consiste 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 perceptos 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.

-Índice:

-TEST DE RORSCHACH.

- [1 Historia](#)
- [2 Sistematización y valoración de las respuestas](#)
- [3 Método](#)
- [4 Evaluación y análisis de los resultados](#)
- [5 Diferencias en lo percibido](#)
- [6 Controversias](#)
- [7 Las diez láminas del test de Rorschach](#)
- [8 Véase también](#)
- [9 Referencias](#)
- [10 Bibliografía complementaria](#)
- [11 Enlaces externos](#)

-1)-Historia.

-Rorschach, por cierto, no fue el primero en imaginar figuras en manchas, ni en fijarse en la utilidad de observar y registrar lo que se puede ver en ellas. La interpretación de manchas casuales de tinta, humedad o pintura, tiene múltiples precedentes, algunos de ellos, varios siglos antes de Rorschach. Con frecuencia se cita, por ejemplo, que [Leonardo da Vinci](#), sostenía que «las mejores lecciones de pintura, las podemos encontrar en las manchas de humedad de la pared». Sin embargo, la utilización con fines de diagnóstico psicológico tiene también un directo precedente en la tesis doctoral de Szymon Hens, titulada *Aus der*

psychiatrischen Klinik Zürich: Phantasieprüfung mit formlosen Klecksen bei Schulkindern, normalen Erwachsenen und Geisteskranken (Desde la Clínica Psiquiátrica de Zúrich: Prueba de la fantasía con manchas sin forma en niños escolares, adultos normales y enfermos mentales), y que fue presentada en 1917 a la [Universidad de Zúrich](#) para obtener el doctorado en medicina.²



-El creador del test, [Hermann Rorschach](#), foto de fecha indeterminada y autor desconocido

-Hermann Rorschach conoció el trabajo de Szymon Hens en 1917, y algunos años después, desarrolló a partir de allí, el instrumento de psicodiagnóstico, a través del test de manchas de tinta, que elaboró y probó en la clínica de [Herisau](#), en el cantón de [Appenzell](#), donde trabajó entre 1915 y hasta su muerte en 1922.³ La primera publicación del test se realizó en 1921, por la editorial de Ernst Bircher de [Berna](#), que más tarde adquirió el editor Hans Huber, bajo el título de *Psychodiagnostik* (Psicodiagnóstico). Junto con la edición de las láminas, Rorschach desarrolló y difundió un primer procedimiento, para interpretar las formas vistas en las manchas. En este contexto, atribuye la diversidad de figuras percibidas a la participación de procesos inconscientes, y entra en contacto con el [psicoanálisis](#), que en ese momento tenía presencia creciente en Austria, Alemania y Suiza.

.Aunque Rorschach, tenía planes de dar mayor solidez teórica al instrumento, que había desarrollado, esto no pudo realizarse, porque falleció en 1922, a la temprana edad de 38 años, y solo nueve meses después de la publicación.⁴

.Para muchos, resulta evidente que los conceptos de introtensivo y extratensivo, que Rorschach utiliza en su *Psicodiagnóstico*, son influencia directa de los desarrollos teóricos de [Carl Gustav Jung](#), sobre la introversión y la extraversión, sin embargo, según el propio Jung señala, jamás llegaron a encontrarse.⁵

.En las décadas de 1930 y 1940, la aplicación del test de Rorschach, se difundió en toda Europa y en EE.UU. Con el incremento de su aplicación, comenzaron a surgir diversas escuelas de análisis, e interpretación de las respuestas. A partir de 1970, debido el esfuerzo integrador de [John Exner](#), se impuso en EE.UU., el *Comprehensive System*; mientras que en Europa, se utilizó preferentemente el sistema interpretación plasmado, en el libro de [Ewald Bohm](#), que pasó a ser la obra estándar en el área.⁶

-La técnica continúa utilizándose a casi cien años de su creación, y a pesar de las críticas, mantiene su vigencia internacional, como test psicológico de referencia. De igual modo, se sigue evaluando y actualizando su rol, relevancia y validez, en el campo de la psicobiología de la personalidad, donde las neurociencias, han dado paso a transformaciones importantes, tanto en los criterios de diagnóstico, como en los modelos de intervención psicológica y psiquiátrica.⁷

-2)-Sistematización y Valoración de las Respuestas.

-Debido a que se trata de un test proyectivo, la interpretación es esencialmente individual, y subjetiva. Sin embargo, se han desarrollado sistemas muy precisos de organización y clasificación de los tipos de respuesta : 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., y también se han realizado algunas propuestas, para objetivar la interpretación e incluso cuantificarla. Entre 1935 y finales de los años 1950, se desarrollaron varios intentos de normalización y cuantificación de las respuestas. Entre los máximos exponentes de estos intentos, se cuenta a [Samuel Beck](#), quien realizó la primera sistematización, en un primer libro publicado en 1937, *Introduction to the Rorschach Technique*; trabajo que continuó en una serie publicada en tres volúmenes ,entre 1944 y 1952: *Rorschach's Test: Volume 1-Basic Processes; Volume 2-A Variety of Personality Pictures* y *Volume 3-Advances in Interpretation* . Sus obras llegaron a ser textos de estudio estándar, para los estudiantes de psicología, interesados en Rorschach.⁸

.Igualmente, destacan aquí los trabajos de [Bruno Klopfer](#), quien en 1936, editó la primera revista sobre la técnica en la Universidad de Columbia: *Rorschach Research Exchange and Journal of Projective Techniques* y de Z. A Piotrowski, quien realizó una revisión completa del método, y propuso pautas para el análisis de los tipos aperceptivos.⁹

-[David Rapaport](#) sugirió a [John E. Exner](#) (Jr.), la conveniencia de realizar un compendio de todos los tipos de respuesta, y complementar los distintos sistemas de valoración que se habían desarrollado. Exner se propuso entonces la tarea de reunir toda la información internacional y los distintos sistemas interpretativos, en uno solo: así creó el llamado «sistema comprehensivo».¹⁰ Mediante una red de rorschachistas en todo el mundo, se fue constituyendo una nutrida base de datos de protocolos individuales, que permitió el estudio y reinterpretación de estos, sobre la base de la comparación de respuestas, y sus correlaciones con rasgos de personalidad.

.Otra contribución fundamental ,para el desarrollo científico de la herramienta, fue la creación de una hoja estándar de «resumen estructural», en la que el psicólogo, una vez codificadas las respuestas obtenidas, vuelca los datos, y obtiene una configuración de la personalidad del sujeto.

-El sistema comprehensivo es el más extendido y fue aportando datos importantes para la valoración de la personalidad , y la detección de estructuras mentales opacas a otros sistemas de estudio de la personalidad. Por poner un ejemplo, es la única prueba que proporciona datos sobre la [ideación autolítica](#), aun cuando el sujeto no mencione explícitamente nada al respecto.¹

-Independientemente de la polémica desatada respecto de su confiabilidad, es un hecho que la prueba, tiene una amplia difusión, y que se la considera uno de los instrumentos más destacados entre las técnicas proyectivas, para la exploración de la personalidad.¹ Por este motivo, existe gran cantidad de material, como asimismo, un apreciable número de investigaciones y abundante casuística. ¹¹ Junto con el [MMPI](#), es uno de los [test psicológicos](#) más ampliamente difundidos en el ámbito jurídico-forense.

-3)-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 en colores, de las cuales dos en rojo y negro, y otras tres presentan múltiples colores en variadas tonalidades : rojos, verdes, azules, etc).¹² 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. La instrucción que recibe el examinado, varía en dependencia de la escuela.

.Algunos autores, comenzando por el propio Rorschach, proponen una introducción neutra, breve y directa, sin mayores explicaciones, en la que el administrador entrega la lámina y pregunta: «¿Qué puede ser esto? ¿Qué le parece que es?».

.Otros autores, como Klopfer, sugieren introducir las láminas con mayor despliegue explicativo, sobre lo que se espera que el examinado haga con ellas: «Con estas láminas de manchas de tinta, la gente ve toda clase de cosas. Ahora dígame lo que usted ve, lo que podría ser esto para usted; en qué lo hace pensar».¹³.

-Las láminas se van entregando sucesivamente, en su orden preestablecido, todas en la misma orientación : número de la lámina arriba a la derecha. El examinado puede rotar las láminas, y el administrador debe protocolizar siempre la posición, en que ha sido vista una figura para su posterior interpretación.¹³.

-4)-Evaluación y Análisis de los Resultados.

-El análisis del test está basado en las respuestas que da el individuo, tanto de aquellas que emite espontáneamente, como las que entrega al ser interrogado por el examinador, quien formula preguntas del tipo «¿Dónde precisamente ve eso?» o «¿Qué le hace pensar que sea un murciélago?».

-Los criterios usados para evaluar las respuestas pueden agruparse en cuatro aspectos:¹³:

1. Modo aperceptivo, la forma como el examinado percibe la mancha y la localización de lo que ve en ella. Se registra y analiza si se trata de la mancha completa, de un detalle, del espacio en blanco.
2. Determinante, qué es lo que determina que el examinado vea lo que se ve. Entre los determinantes se encuentran la forma : donde también se registra su calidad forma bien definida, forma vaga, respuesta rica en detalles, etcétera, el color : si el color determina lo que ve y si con ello justifica profundidad, perspectiva, sombras, texturas; el movimiento :si lo percibido parece estar en movimiento activo o siendo movido por alguna fuerza.
3. Contenido, a qué categoría de objetos pertenece lo que ve :forma humana, animal, objeto, vegetal, elemento geográfico paisaje, respuesta de carácter sexual.
4. Popularidad, se clasifica a respuesta como «popular» u «original», de acuerdo a criterios estadísticos ya establecidos.

-Además, se registra y evalúa el tiempo de latencia , lo que demora el examinado en dar la primera respuesta a cada lámina, como asimismo cada uno de los así llamados fenómenos especiales, tales como estupor, *shock*, reacciones retardada, o inesperada ante alguno de los estímulos.

-Varios caminos, tanto teóricos, como de de investigación con la herramienta, 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, puesto que integró estas cinco principales corrientes, en un único sistema comprensivo, y es en la actualidad la corriente de mayor desarrollo, difusión, utilización y expansión internacional, principalmente en Estados Unidos y América del Sur. A diferencia de los anteriores, posee un enfoque menos complicado en sus lecturas y desarrollos diagnósticos.

-El test de Rorschach se presenta a sí mismo como un medio y no un fin, por lo que se promociona, como una herramienta para ser utilizada en diferentes ámbitos, y por diferentes lecturas teóricas.

-5)-Diferencias en lo Percibido.

-Al comparar los datos normativos del sistema estadounidense Exner, con sujetos experimentales europeos o sudamericanos, se dan ciertas diferencias culturales en variables importantes, mientras que por ejemplo, la tasa promedio de respuestas es la misma. Las diferencias cualitativas, en las formas percibidas, se determinan en parte culturalmente. Tal es así, que los franceses reconocen frecuentemente un camaleón en la lámina Nº 8, cuestión que entre pertenecientes a otras naciones, se evaluaría como una respuesta inusual; en Escandinavia reconocen en la lámina Nº 2, una suerte de «duendes» ([Nisse](#)) de Navidad, y los japoneses ven un instrumento musical en la lámina Nº 4. ¹⁴.

-Según una investigación que se llevó a cabo en la [Universidad de Oregón](#), el número de figuras diferentes percibidas, correlaciona con la [complejidad fractal](#) de cada lámina, en particular. A menor complejidad fractal, mayor sería la cantidad de figuras que se ven. ¹⁵.

-6)-Controversias.

-La principal crítica de los detractores de este método de evaluación psicológica, es la falta de rigor científico de las pruebas, que pretenden sostener su [validez](#) y [confiabilidad](#). ¹⁶¹⁷.

-Por su parte, los defensores de la técnica, sostienen que la gran cantidad de estudios científicos realizados, sería una prueba contundente que avala su solidez. Asimismo, la sociedad internacional de Rorschach y sus organizaciones dentro de cada país, se encargarían de controlar los parámetros psicométricos, para que este instrumento clínico conserve su valor diagnóstico.

-Los detractores critican además, que al carecer el estímulo de una estructura y significados determinados, el universo de respuestas posibles es muy amplio, y la interpretación de ellas puede verse influenciada también por las impresiones subjetivas y los prejuicios del propio psicólogo. Los defensores de esta y otras pruebas proyectivas, argumentan a favor de ellas, que la existencia de amplias diferencias entre lo que los sujetos ven : proyectan, en la láminas, es precisamente lo esperable y lo que tiene valor diagnóstico.

.El establecimiento de categorías, que sistematizan las respuestas de los sujetos evaluados y la definición de «tipos aperceptivos», clasificación sistemática de los «determinantes», y la tabulación cuantitativa, aportaría precisión, y ayudaría a controlar la variable de la subjetividad del psicólogo que interpreta.

-Por otra parte, los mismos hechos , tales como que hasta hoy , y a pesar de muchas décadas de aguda discusión y falta de consenso en el ámbito académico, este test continúe siendo aceptado en los tribunales de justicia, siga utilizándose en muchas partes del mundo para la selección de personal, o que las compañías de seguros de salud, paguen los aranceles para su administración, por considerarlo una herramienta diagnóstico ; constituyen pruebas del valor del test para sus defensores, y un escándalo para sus detractores.

.Para los rorscharchistas, estas diez láminas son una herramienta estupenda y completa para detectar un amplio rango de condiciones mentales, y problemas latentes, que otras pruebas y exámenes no logran revelar. Para los críticos del test , que se encuentran tanto dentro como fuera de la comunidad de psicólogos, psiquiatras y expertos en salud mental, que se continúe administrando es inaceptable, un bochornoso vestigio de pseudociencia, que debió abandonarse hace años. La falta de consenso científico, pero también la actitud cada vez

más crítica de la población, frente a los tests psicológicos en general, ha ido marcando en la opinión pública, tendencia escéptica frente al Test de Rorschach, y su capacidad de entregar resultados válidos y confiables.¹⁸.

-7)- 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

-8)- Véase También.

- [Hermann Rorschach](#);
- [Test psicológico](#);
- [Pareidolia](#);
- [Test de Zülliger](#).

-9)- Referencias.

1. ↑ [Saltar a:](#) ^a ^b ^c Rodríguez Sutil, Carlos (1990). «Situación actual del test de Rorschach». *Anuario de Psicología* (Barcelona: Universidad de Barcelona) (45): 89-99.
2. [Volver arriba](#) ↑ Haenel, Thomas (2013). *Zur Geschichte der Psychiatrie: Gedanken zur allgemeinen und Basler Psychiatriegeschichte [Acerca de la historia de la psiquiatría: Ideas sobre la historia de la psiquiatría en general y la de Basel en particular]* (en alemán). Basel: Springer. p. 44. [ISBN 9783034863124](#).

3. [Volver arriba ↑](#) Ellenberger, Henri. [«Vida y obra de Hermann Rorschach \(1884-1922\)»](#). *Escuela Andaluza de Rorschach*.
4. [Volver arriba ↑](#) [«About Hermann Rorschach»](#). *Sociedad Internacional de Rorschach y Métodos Proyectivos* (en inglés).
5. [Volver arriba ↑](#) Jung, Carl Gustav (2000). William Mcguire, R. F. C. Hull, ed. [Obra completa de Carl Gustav Jung](#). E. Entrevistas. [Encuentros con Jung](#). Traducción Román Escotado. Colección Estructuras y Procesos. Psicología Cognitiva. Madrid: Editorial Trotta. pp. 321-322. [ISBN 978-84-8164-304-6](#). «[...]¿Así que realmente no tuvo nunca ningún contacto personal con Rorschach? No tuve relación personal alguna. ¿Conoce usted su test? Sí. Lo conozco. Pero nunca lo apliqué, porque luego dejé de aplicar el test de asociación, pues no era necesario. Aprendí lo que tenía que aprender del examen preciso de las reacciones psíquicas. Me parece un medio excelente. ¿Recomendaría utilizar tests proyectivos como el Rorschach al psiquiatra que ejerce, al psicólogo clínico? Lo recomendaría para el entrenamiento práctico de psicólogos que trabajan efectivamente con personas. Me parece uno de los mejores medios para hacerles ver cómo funciona lo inconsciente, dado que es extremadamente didáctico. Demuestra la represión y el fenómeno amnésico, cómo las personas enmascaran sus emociones y así sucesivamente. Es como una conversación normal, pero vista y medida en sus principios. De ahí que sea tan interesante [...]».
6. [Volver arriba ↑](#) Bohm, Ewald (1951). *Lehrbuch der Rorschach-Psychodiagnostik. Für Psychologen, Ärzte und Pädagogen*. (en alemán). Berna: Hans Huber.
7. [Volver arriba ↑](#) Selma Sánchez, Hugo (2016). [«Rorschach y Psicobiología de la Personalidad»](#). *Universitas Psychologica* (Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana) 15 (1): 39-64. [ISSN 1657-9267](#)..
8. [Volver arriba ↑](#) Exner, J. E., Jr. (1981). Obituary: Samuel J. Beck (1896-1980). *American Psychologist*, 36(9), 986-987. <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.36.9.986>
9. [Volver arriba ↑](#) Piotrowski, Z. A. (1987). *Perceptanalysis: The Rorschach Method Fundamentally Reworked, Expanded and Systematized*. Psychology Press. [ISBN 978-0-8058-0102-6](#).
10. [Volver arriba ↑](#) Exner, John E. (1993). *The Rorschach. A Comprehensive System* (en inglés). Volume 1: Basic Foundations (3ª edición). Nueva York: John Wiley & Sons. [ISBN 9780471559023](#).
11. [Volver arriba ↑](#) Vallejo Ruiloba, Julio (2011). [«Métodos paraclínicos de diagnóstico en psiquiatría»](#). *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*. España: Elsevier. p. 87. [ISBN 9788445820346](#).
12. [Volver arriba ↑](#) Moreno Rosset, Carmen. *Evaluación Psicológica*. Sanz y Torres. p. 335.
13. [↑ Salta a: ^a ^b ^c](#) Aracena, Moisés (1967). [Introducción al estudio del test de Rorschach](#). Santiago de Chile: Andrés Bello. p. 19.
14. [Volver arriba ↑](#) Weiner, Irving B. (2003). *Principles of Rorschach interpretation* (en inglés). Mahwah, N. J.: L. Erlbaum Associates. p. 53. [ISBN 9780805842326](#).
15. [Volver arriba ↑](#) Sample, Ian (14 de febrero de 2017). [«Why do we see so many different things in Rorschach ink blots?»](#). *The Guardian*.
16. [Volver arriba ↑](#) Nezworski, Teresa. *What's Wrong with the Rorschach? Science Confronts the Controversial Inkblot Test*. Sanz y Torres. p. 5.

17. [Volver arriba ↑ Giving up Cherished Ideas: The Rorschach Ink Blot Test](#)
18. [Volver arriba ↑](#) Searls, Damion (21 de febrero de 2017). «[Can we trust the Rorschach test?](#)». *The Guardian*.

-10)-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 comprehensivo*. Madrid: Psimática. [ISBN 978-84-88909-24-4](#).
- — (2005). *Principios de interpretación del Rorschach: un manual para el sistema comprehensivo*. 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](#).
- Barmaimon Enrique, Tratado de Neuroanatomía Funcional. 3 volúmenes. Ed. EDUSMP.(1984).Lima, Perú.
- .- Barmaimon Enrique. 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.
- .-Barmaimon Enrique. Historia Medicina, Psiquiatría, Gerontología, Envejecimiento y Geriatria. (2015). 1ª Ed. Virtual. Montevideo, Uruguay. .
- -Barmaimon,Enrique.(2015).Historia Ciencias Cognitivas.3 Tomos. 1ªEd. 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- Medicina Perioperatoria. 6 Tomos. 1ª Ed. Virtual.
- Barmaimon, Enrique.2017- Anestesia Locorregional- 6 Tomos.. 1ª Ed. Virtual.11-
- Barmaimon, Enrique- 2017- Libros Anestesia en Urología- 6 Tomos- 1ª.Ed. Virtual.
- [Biblioteca Virtual en Salud \(BVS\)](#).

-11)- Enlaces Externos.

-  [Wikimedia Commons](#) alberga contenido multimedia sobre [Test de Rorschach](#).

-Obtenido de
«https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Test_de_Rorschach&oldid=101993884»

-Categorías:

- [Psicoanálisis](#);
- [Tests psicológicos](#);
- [Psicología freudiana](#);
- Se editó esta página por última vez el 19 septiembre 2017 a las 11:56.
-

0 0 0 0 0 0 0 0.