

**-LIBRO HISTORIA, PATOLOGÍA, CLÍNICA, Y TERAPÉUTICA
CIENCIAS COGNITIVAS. (L. H. P. C. T. C.C.).**

AUTOR: Prof. DR. ENRIQUE BARMAIMON.

-AÑO 2016- 1ª Edición Virtual: (15.01.2016)

MONTEVIDEO, URUGUAY.

Prof. Dr. ENRIQUE BARMAIMON.

Doctor en Medicina.

Cátedras de Anestesiología

Cuidados Intensivos

Neuroanatomía

Neurofisiología

Psicofisiología

Neuropsicología

Montevideo-Uruguay. Año 2016.

- TOMO II -

-CAPÍTULOS 2,3, 4 -

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 2016. Impresión virtual. email: henribar1@multi.com.

LIBRO HISTORIA, PATOLOGÍA, CLÍNICA, y TERAPÉUTICA CIENCIAS COGNITIVAS (LHPCTCC).

Prof. Dr. Enrique BARMAIMON. Año 2016. 1ª Ed. Virtual. Tomo II. Montevideo, Uruguay.

Montevideo, 15 de enero de 2016.

-ÍNDICE.

-TOMO I-

-CAPÍTULO I -

-1)- ALGUNOS PUNTOS BÁSICOS:

-1.1)-PLASTICIDAD NEURONAL.

-1.1.1)- [Generalidades](#).

-1.1.2)- [Transmisión de la Señal en la Sinápsis Química](#).

-1.1.2.1)- [Acción Ionotrópica](#) .

-1.1.2.1.1)- [Potencial Excitador Postsináptico \(PEPS\)](#).

-1.1.2.1.2)- [Potencial Inhibidor PostSináptico \(PIPS\)](#).

-1.1.2.2)- [Acción Metabotrópica](#).

-1.1.2.3)- [Neurotransmisión Primaria y Secundaria](#).

-1.1.3)- [Integración de la Información](#) .

-1.1.3.1)- [Suma Espacial](#).

-1.1.3.2)- [Suma Temporal](#).

-1.1.4)- [Aprendizaje y Memoria](#).

-1.1.5)- [Modelos de Aprendizaje en Invertebrados](#) .

-1.1.5.1)- [Habitación y Sensibilización Sináptica](#) .

-1.1.5.1.1)- [Transmisión Glutamatérgica Durante la Sensibilización a Corto Plazo](#).

-1.1.5.1.2)- [Transmisión Glutamatérgica Durante la Sensibilización Prolongada](#).

-1.1.6)- [Plasticidad Sináptica a Corto Plazo en Vertebrados](#).

-1.1.7)- [Plasticidad Sináptica a Largo Plazo en Vertebrados](#) .

-1.1.7.1)- [Potenciación a Largo Plazo de la Sinapsis del Hipocampo](#) .

-1.1.7.1.1)- [Mecanismos Moleculares de la Potenciación a Largo Plazo en el Hipocampo](#).

-1.1.7.2)- [Depresión Sináptica a Largo Plazo en el Hipocampo y en el Cerebelo](#).

-1.1.7.2.1)- [Depresión a Largo Plazo en la Corteza Cerebelosa](#).

-1.1.8)- [Potenciación a Largo Plazo, Depresión a Largo Plazo y Memoria](#).

-1.1.9)- [Bibliografía](#).

-1.1.10)- [Otras Fuentes Consultadas](#).

-1.1.11)- [Véase También](#).

-1.1.12)- [Enlaces Externos](#).

-1.2)- CANALES.

-1.2.1)- CANAL IÓNICO.

-1.2.1.1)-Historia.

-1.2.1.2)- [Descripción Básica](#).

-1.2.1.3)- [Mecanismos para la Apertura o Cierre de los Canales Iónicos](#).

-1.2.1.3.1)- [Canales Regulados por Voltaje](#).

-1.2.1.3.1.1)- [Canales de Sodio \(Na⁺\)](#).

-1.2.1.3.1.2)-Canales de Potasio (K)-

-1.2.1.3.1.3)- [Canales de calcio \(Ca²⁺\)](#).

-1.2.1.3.1.4)- [Canales de cloruro \(Cl⁻\)](#).

-1.2.1.3.2)- [Canales Regulados por Ligandos](#).

-1.2.2.3.3)- [Canales Mecanosensibles](#).

-1.2.1.4)- [Rol Biológico](#).

-1.2.1.5)- [Propiedades de los Canales Iónicos Relevantes para su Función](#).

-1.2.1.6)- [Enfermedades Relacionadas con Canales Iónicos \(Canalopatías\)](#).

-1.2.1.7)- [Método del Patch-clamp](#).

-1.2.1.8)- [El Canal Iónico en las Artes Plásticas](#).

-1.2.1.[9](#))- Véase También.

-1.2.1.[10](#))- Referencias.

-1.2.1.[11](#))- Enlaces externos.

-1.2.2)- CANAL DE SODIO.

-1.2.2.[1](#))- Genes.

-1.2.2.[2](#))- Estructura Proteica.

-1.2.2.[3](#))- Apertura (Gating).

-1.2.2.[4](#))- Permeabilidad.

-1.2.2.[5](#))- Diversidad.

-1.2.2.[6](#))- Subunidades Alfa.

-1.2.2.[7](#))- Subunidad Beta.

-1.2.2.[8](#))- Modulación.

-1.2.2.[9](#))- Funciones.

-1.2.2.[10](#))- Referencias.

-1.2.3)- BOMBA SODIO-POTASIO.

-1.2.3.[1](#))- Descubrimiento.

-1.2.3.[2](#))- Funcionamiento y Estructura.

-1.2.3.[2.1](#))- Estructura Proteica.

-1,2,3,[2.2](#))- Funcionamiento.

-1.2.3.[3](#))- Funciones

1.2.3.[3.1](#))- Mantenimiento de la Osmolaridad y del Volumen Celular.

-1.2.3.[3.2](#))- Absorción y Reabsorción de Moléculas.

-1.2.3.[3.3](#))- Potencial Eléctrico de Membrana.

-1.2.3.[3.4](#))- Mantenimiento de los Gradientes de Sodio y Potasio.

-1.2.3.[3.4.1](#))- Impulsos Nerviosos.

-1.2.3.[3.5](#))- Transducción de Señales.

-1.2.3.[4](#))- Farmacología.

-1.2.3.[5](#))- Véase También.

-1.2.3.[6](#))- Notas.

-1.2.3.[7](#))- Referencias.

-1.2.4)- CANAL DE CALCIO.

-1.2.4.1)- Generalidades.

-1.2.4.2)- Referencias.

-1.2.4.3)- Vease También.

-1.2.5)- BLOQUEADOR DE LOS CANALES DE CALCIO.

-1.2.5.[1](#))- Antecedentes Históricos.

-1.2.5.[2](#))- Importancia Biomédica en el Tratamiento de la Hipertensión.

-1.2.5.[3](#))- Efectos.

-1.2.5.[4](#))- Modo de Acción.

-1.2.5.[5](#))- Información Adicional.

-1.2.5.[6](#))- Referencias.

1.2.6)- DESPOLARIZACION.

-1.2.6.1)- Generalidades.

-1.2.6.2)- Referencias.

-1.2.7)- POTENCIAL DE ACCIÓN CARDÍACO.

-1.2.7.1)- [Vista General](#)-

-1.2.7.2)- [Principales Canales Iónicos y Corrientes Cardíacas](#).

-1.2.7.3)- [El Potencial de Reposo de la Membrana Celular](#).

-1.2.7.4)- [Fases del Potencial de Acción Cardíaco](#) .

-1.2.7.4.1)- [Fase 0](#).

-1.2.7.4.2)- [Fase 1](#).

-1.2.7.4.3)- [Fase 2](#).

-1.2.7.4.4)- [Fase 3](#).

-1.2.7.4.5)- [Fase 4](#).

-1.2.7.5)- [Automatismo Cardíaco](#) .

-1.2.7.5.1)- [Localización de las Células Marcapasos](#).

-1.2.7.5.2)- [Canales Iónicos Marcapasos](#).

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

-1.2.7.6)- [Referencias](#).

-1.2.7.7)- [Véase También](#).

-1.2.7.8)- [Enlaces Externos](#).

-1.2.8)-CANAL DE SODIO EPITELIAL.

-1.2.8.1)- [Estructura](#) .

-1.2.8.1.1)- [Subunidad \$\delta\$](#) .

-1.2.8.2)- [Ubicación y Función](#).

-1.2.8.3)- [Genes](#).

-1.2.8.4) [Referencias](#).

-1.2.9)- CANALOPATÍAS.

-1.2.9.1)- [Manifestaciones Clínicas](#) .

-1.2.9.1.1)- [Tipos](#).

-1.2.9.1.2)- [Canalopatías del Músculo Esquelético](#).

-1.2.9.1.3)- [Canalopatías del Sistema Nervioso Central](#).

-1.2.9.1.4)- [Canalopatías de Sodio](#).

-1.2.9.2)- [Referencias](#).

-1.2.9.3 [Enlaces Externos](#).

-1.3)- INFLAMACIÓN.

-1.3.1)- [Agentes Inflamatorios](#).

-1.3.2)- [Evolución histórica](#).

-1.3.3)- [Inflamación aguda](#) .

-1.3.3.1)- [Cambios Hemodinámicos en el Calibre y en el Flujo](#).

-1.3.3.2)- [Alteración de la Permeabilidad Vascular](#) .

-1.3.3.2.1)- [Contracción de las Células Endoteliales](#).

-1.3.3.2.2)- [Daño Endotelial](#).

-1.3.3.2.3)- [Aumento de la Transcitosis](#).

-1.3.3.2.4)- [Respuestas de los Vasos Linfáticos](#).

-1.3.3.3)- [Modificaciones Leucocitarias](#).

- 1.3.[3.4\)- Mediadores de la Inflamación .](#)
- 1.3.[3.4.1\)- Metabolitos del Ácido Araquidónico.](#)
- 1.3.[3.4.2\)- Aminas Vasoactivas: Histamina y Serotonina.](#)
- 1.3.[3.4.3\)- Citoquinas.](#)
- 1.3.[3.4.4\)- Factor Activador de las Plaquetas.](#)
- 1.3.[3.4.5\) Óxido Nítrico.](#)
- 1.3.[3.4.6\)- Radicales Libres de Oxígeno \(RLO\).](#)
- 1.3.[3.4.7\)- Constituyentes de los Lisosomas de los Leucocitos.](#)
- 1.3.[3.4.8\)- Neuropéptidos.](#)
- 1.3.[3.4.9\)- Mediadores Derivados de Proteínas Plasmáticas.](#)
- 1.3.[3.5\)- Efectos Generales de la Inflamación.](#)
- 1.3.[3.6\)- Detención de la Respuesta Inflamatoria Aguda.](#)
- 1.3.[4\)- Inflamación Crónica .](#)
- 1.3.[4.1\)- Causas .](#)
- 1.3.[4.1.1\)- Infecciones Persistentes.](#)
- 1.3.[4.1.2\)- Enfermedades Mediadas por el Sistema Inmune.](#)
- 1.3.[4.1.3\)- Exposición Prolongada a Agentes Tóxicos.](#)
- 1.3.[4.2\)- Características.](#)
- 1.3.[4.3\)- Células Implicadas en la Inflamación Crónica .](#)
- 1.3.[4.3.1\)- Macrófagos.](#)
- 1.3.[4.3.2\)- Linfocitos.](#)
- 1.3.[4.3.3\)- Células Plasmáticas.](#)
- 1.3.[4.3.4\)- Eosinófilos.](#)
- 1.3.[4.3.5\)- Mastocitos.](#)
- 1.3.[4.3.6\)- Neutrófilos.](#)
- 1.3.[4.4\)- Inflamación Granulomatosa.](#)
- 1.3.[5\)- Véase También.](#)
- 1.3.[6\)- Referencias.](#)

- 1.4)- CÁNCER (NEOPLASIAS).
- 1.4.1)- Historia.
- 1.4.[2\)- Clasificación](#)
- 1.4.[2.1 Nomenclatura.](#)
- 1.4.[2.2\)- Conceptos semejantes.](#)
- 1.4.[3\)- Epidemiología.](#)
- 1.4.[4\)- Etiología .](#)
- 1.4.[4.1\)- Productos Químicos.](#)
- 1.4.[4.2\)- Factores Dietéticos y Ejercicio.](#)
- 1.4.[3.3\)- Infección.](#)
- 1.4.[4.4\)- Radiación.](#)
- 1.4.[4.5\)- Genética.](#)
- 1.4.[4.6\)- Agentes Físicos.](#)
- 1.4.[4.7\)- Hormonas.](#)
- 1.4.[4.8\)- Autoinmunidad e Inflamación.](#)
- 1.4.[4.9\) Permeabilidad Intestinal Aumentada.](#)
- 1.4.[5\)- Patogenia -](#)
- 1.4.[5.1\)- Mecanismos Supresores de Tumores.](#)
- 1.4.[5.2\)- Morfología y Crecimiento Tumoral.](#)
- 1.4.[5.3\)- Genética.](#)

[-1.4.6\)- Diagnóstico .](#)

[-1.4.6.1\)- Biomarcadores.](#)

[-1.4.6.2\)- Gradación y Estadificación.](#)

[-1.4.7\)- Tratamiento .](#)

[-1.4.7.1\)- Cirugía-](#)

[-1.4.7.2\)- Radioterapia.](#)

[-1.4.7.3\)- Quimioterapia.](#)

[-1.4.7.4\) Inmunoterapia o Terapia Biológica.](#)

[-1.4.7.5\)- Hormonoterapia.](#)

[-1.4.7.6\)- Trasplante de Médula Ósea.](#)

[-1.4.7.7\)- Terapia Génica.](#)

[-1.4.7.8\)- Aspectos Psicológicos.](#)

[-1.4.7.9\)- Cuidados Paliativos.](#)

[-1.4.8\)-Pronóstico.](#)

[-1.4.8.1\)- Profilaxis.](#)

[-1.4.8.2\)- Screening.](#)

[-1.4.9\)- El Cáncer en el Mundo Animal.](#)

[-1.4.10\)- Tumores en el Mundo Vegetal.](#)

[-1.4.11\)- Terminología.](#)

[-1.4.12\)- Referencias.](#)

[-1.4.13\)- Enlaces Externos.](#)

[-1.5 \)- SISTEMA AUTOINMUNE.](#)

[-1.5.1\)- SISTEMA INMUNITARIO.](#)

[-1.5.1.1\)- Historia de la Inmunología.](#)

[-1.5.1.2\)- Órganos Primarios y Secundarios.](#)

[-1.5.1.3\)- Líneas Inmunitarias de Defensa.](#)

[-1.5.1.4\)- Características del Sistema Inmunitario.](#)

[-1.5.1.5\)- Barreras Superficiales y Químicas.](#)

[-1.5.1.6\)- Inmunidad Innata .](#)

[-1.5.1.6.1\)- Barreras Humorales y Químicas .](#)

[-1.5.1.6.1.1\)- Fiebre.](#)

[-1.5.1.6.1.2\)- Inflamación.](#)

[-1.5.1.6.1.3\)- Sistema del Complemento.](#)

[-1.5.1.6.2\)- Barreras Celulares del Sistema Innato.](#)

[-1.5.1.7\)- Inmunidad Adaptativa o Adquirida .](#)

[-1.5.1.7.1\)- Linfocitos .](#)

[-1.5.1.7.1.1\)- Linfocitos T - citotóxicos.](#)

[-1.5.1.7.1.2\)- Linfocitos T- colaboradores.](#)

[-1.5.1.7.1.3\)- Células T y \$\delta\$](#)

[-1.5.1.7.1.4\)- Anticuerpos y Linfocitos B.](#)

[-1.5.1.7.1.5\)- Sistema Inmunitario Adaptativo Alternativo.](#)

[-1.5.1.7.2\)- Memoria Inmunitaria .](#)

[-1.5.1.7.2.1\)- Inmunidad Pasiva.](#)

[-1.5.1.7.2.2\)- Inmunidad Activa e Inmunización.](#)

[-1.5.1.8\)- Trastornos de la Inmunidad Humana .](#)

[-1.5.1.8.1\)- Inmunodeficiencias.](#)

[-1.5.1.8.2\)- Autoinmunidad.](#)

[-1.5.1.8.3\)- Hipersensibilidad.](#)

[-1.5.1.9\)- Otros Mecanismos de Defensa del Huésped.](#)

[-1.5.1.10\)- Inmunología de Tumores.](#)

[-1.5.1.11\)- Regulación Fisiológica.](#)

[-1.5.1.12\)- Manipulación en la Medicina.](#)

[-1.5.1.13\)- Manipulación por los Patógenos.](#)

[-1.5.1.14\)- Véase También.](#)

[-1.5.1.15\)- Referencias.](#)

[-1.5.1.16\)- Enlaces Externos.](#)

-1.5.2)- TRASTORNOS AUTOINMUNITARIOS.

-1.5.2.1)- Etiopatogenia.

-1.5.2.2)- Clínica.

-1.5.2.3)- Tratamiento.

-1.5.2.4)- Pronóstico.

-1.5.2.5)- Complicaciones.

-1.5.2.6)- Prevención.

-1.5.2.7)- Prevención.

-1.5.2.8)- Formas Clínicas.

-1.5.2.9)- Lea Más.

-1.5.1.10)- Referencias.

-1.5.3)- ESCLEROSIS MÚLTIPLE.

-1.5.3.1)- Etiopatogenia.

-1.5.3.2)- Clínica.

-1.5.3.3)- Tratamiento.

-1.5.3.4)- Pronóstico.

-1.5.3.5)- Complicaciones.

-1.5.3.6)- Referencias.

-1.5.4)- -L.E.S.- LUPUS ERITEMATOSO MULTIPLE

-1.5.4.1)- Etiopatogenia.

-1.5.4.2)- Clínica.

-1.5.4.3)- Tratamiento.

-1.5.4.4)- Pronóstico.

-1.5.4.5)- Complicaciones.

-1.5.4.6)- Prevención.

-1.5.4.7)- Prevención.

-1.5.4.8)- Formas Clínicas.

-1.5.4.9)- Lea Más.

-1.5.4.10)- Referencias.

-1.5.5)- DIABETES I-

-1.5.5.1)- Etiopatogenia.

-1.5.5.2)- Clínica.

-1.5.5.3)-Tratamiento.

-1.5.5.4)- Pronóstico.

-1.5.5.5)-Complicaciones.

-1.5.5.6)-Prevención.

-1.5.5.7)- Referencias.

--1.5.6)--SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDOS.

-1.5.6.1) - Historia.

-1.5.6.2)- Mecanismo .

-1.5.6.3) Signos y Síntomas .

-1.5.6.4)- Factores de Riesgo .

-1.5.6.5)- Diagnóstico .

-1.5.6.5.1).- Anticoagulante Lúpico .

-1.5.6.5.2)- Anticuerpos Anticardiolipinas.

-1.5.6.6)- Criterios .

-1.5.6.7)- Tratamiento .

-1.5.6.8)- Pronóstico

-1.5.6.9)- Véase También.

-1.5.6.10)- Referencias .

-1.5.6.11)- Bibliografía .

-1.5.6.12)- Enlaces Externos.

-1.5.7)- ANTICUERPOS ANTIFOSFOLÍPIDOS.

-1.5.7.1)- Historia .

-1.5.7.2) Naturaleza y Clasificación .

-1.5.7.3)- Anticuerpos Anticardiolipinas (aCL) .

-1.5.7.4)- Anticoagulante Lúpico (AL) .

-1.5.7.5)- Anti β_2 glicoproteína I (a β_2 GPI) .

-1.5.7.6)- Anticuerpos Antiprotrombina (aPT) .

-1.5.7.7)- Otras Especificidades.

-1.5.7.8)- Véase También .

-1.5.7.9)- Referencias.

-1.5.8)- ANTICUERPOS ANTICARDIOLIPINAS.

-1.5.8.1)- Historia .

-1.5.8.2)- Ensayos de los Anticuerpos Anticardiolipinas.

-1.5.8.3)- Utilidad Clínica .

-1.5.8.4)- Véase También .

-1.5.8.5)- Referencias.

-1.5.9)- ANTICOAGULANTES LÚPICOS.

-1.5.9.1)- Etiopatogenia.

-1.5.9.2)- Clínica.

-1.5.9.3)-Tratamiento.

-1.5.9.4)- Pronóstico.

-1.5.9.5)-Prevención.

-1.5.9.6)-Vease Tambien.

-1.5.9.7)- Referencias.

-1.5.10)- AUTOANTICUERPO.

-1.5.10.1)- Producción .

-1.5.10.2)- Causa y origen genético .

-1.5.10.3)- Tipos.

-1.5.10.3.1)- Factor Reumatoide.

-1.5.10.3.2)- Anticuerpos Anti péptidos Cíclicos Citrulinados (ACCP) .

-1.5.10.3.3) Anticuerpos Antifosfolípidos (AFL) .

-1.5.10.3.3.1)- Anticuerpos Anticardiolipinas (ACL) .

-1.5.10.3.3.2)- Anticoagulante Lúpico (AL).

-1.5.10.3.4)- Anticuerpos Antimitocondriales (AMA) .

-1.5.10.3.5)- Anticuerpos Anticitoplasma de Neutrófilos (ANCA) .

-1.5.10.3.6)- Anticuerpos Antinucleares (ANA) .

-1.5.10.3.6.1)- Anti-ADN .

-1.5.10.3.6.2)- Anti-ENA.

-1.5.10.4)- Lista de Algunos Autoanticuerpos y Enfermedades Más Comúnmente Asociadas

-1.5.10.5)- Bibliografía .

-1,5.10.6)- Referencias.

-1.5.10.7)- Véase También .

-1.5.10.8)- Enlaces Externos.

-1.5.11)-ENFERMEDAD AUTOINMUNE-

-1.5.11.1)- Etiología.

-1.5.11.2)- Clasificación .

-1.5.11.2.1)- Específicas de Órgano .

-1.5.11.2.2)- Multiorgánicas o Sistémicas.

-1.5.11.3)- Bibliografía .

-1.5.11.4)- Referencias.

-1.5.12)- -ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR Y SINDROME ANTIFOSFOLIPIDOS-

-1.5.12.1)- Introducción.

-1.5.12.2)- Patogénesis.

-1.5.12.3)- Clínica.

-1.5.12.4)- Tratamiento.

-1.5.12.5)- Referencias.

-1.5.13) -DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LAS COAGULOPATIAS-

-1,5.13.1)- Generalidades.

-1.5.13.2)- Elementos Actuales.

-1.5.13.2.1)- Plaquetas.

-1.5.13.2.2)- Déficit de Antitrombina III.

-1.5.13.2.3)- [Déficit de Proteína C.](#)

-1.5.13.2.4)- [Resistencia a la Proteína C Activada.](#)

-1.5.13.2.5)- [Deficit de Proteína S.](#)

-1.5.13.2.6)- [Déficit de Cofactor II de Heparina.](#)

-1.5.13.2.7)- [Anticuerpos Antifosfolipidos.](#)

-1-5.13.3)- Formas Clínicas.

- 1.5.13.3.1)- Síndrome AFL.
- 1.5.13.3.2)- Trombocitopenia Inducida por Heparina.
- 1.5.13.3.3)- Alteraciones de los Factores de la Coagulación.
- 1.5.13.3.3.1)- Alteración en el Factor V.
- 1.5.13.3.3.2)- Alteración Déficit de Factor VII.
- 1.5.13.3.3.3)- Hemofilia A .
- 1.5.13.3.3.4)- Enfermedad de Von Willebrand .
- 1.5.13.3.3.5)- Déficit de Factor XI.
- 1.5.13.3.3.6)- Déficit de Factor XII.
- 1.5.13.3.3.7)- Déficit de Factor XIII.
- 1.5.13.3.3.8)- Déficit de Vitamina K.
- 1.5.13.3.3.9)- Aumento del Factor VIII
- 1.5.13.3.3.10)- Alteración Protrombina.
- 1.5.13.3.3.11)- Homocistinemia.
- 1.5.13.3.3.12)- Alteración Fibrinógeno.
- 1.5.13.3.3.13)- Antígeno t-PA Alto.
- 1.5.13.4)- Bibliografía.

- 1.5.14)- SÍNDROME ANTICUERPOS ANTIFOSFOLÍPIDOS.
- 1.5.14.1)- Definición y Detección de los Anticuerpos Antifosfolípidos.
- 1.5.14.1.1)- Anticoagulantes Lúpicos.
- 1.5.14.1.1.1)- *Principio de las Diferentes Pruebas Que Detectan Anticoagulante Lúpico.*
- 1.5.14.1.1.2)- *Diagnóstico.*
- 1.5.14.1.2)- Anticuerpos Antifosfolípidos Detectados por Métodos Inmunológicos.
- 1.5.14.1.2.1)- *Definición.*
- 1.5.14.1.2.2)- *Pruebas Inmunológicas.*
- 1.5.14.2)- Circunstancias de Aparición de los Anticuerpos Antifosfolípidos e Interpretación.
- 1.5.14.3)- Síndrome de antifosfolípidos (SAPL).
- 1.5.14.3.1)- Definición del SAPL.
- 1.5.14.3.2)- SAPL primario y SAPL secundario.
- 1.5.14.3.3)- Manifestaciones clínicas.
- 1.5.14.3.4)- Síndrome catastrófico del SAPL.
- 1.5.14.3.5)- Fisiopatología.
- 1.5.14.3.6)- Diagnóstico Diferencial: etiologías de las trombosis en el adulto
- 1.5.14.3.7)- Principios del Tratamiento.
- 1.5.14.4)- Conclusiones.
- 1.5.14.5)- Bibliografía.

- 1.5.15)- DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME ANTIFOSOLÍPIDICO DE HUGHES.
- 1.5.15.1)- Introducción.
- 1.5.15.2)- Material y Métodos.
- 1.5.15.3)- Criterios Clínicos.
- 1.5.15.4)- Conclusiones.
- 1.5.15.5)- Resumen.
- 1.5.15.6)- Bibliografía.

- 1.5.16)- TERAPIAS ANTIFOSFOLÍPIDOS-
- 1.5.16.1)- Introducción.
- 1.5.16.2)- Trombopprofilaxis Primaria.

- 1.5.16.3)- Trombopprofilaxis Secundaria.
- 1.5.16.4)- Prevención de las Recurrencias Venosas.
- 1.5.16.5)- Prevenciion de las Recurrencias Arteriales.
- 1.5.16.6)- Tratamiento del Síndrome Antifosfolipídico Catastrófico.
- 1.5.16.6.1)- Terapias de Primera Línea.
- 1.5.16.6.2)- Terapias de Segunda Línea.
- 1.5.16.6.3)- Otras Terapias.
- 1.5.16.6.4)- Terapias Poco Frecuentes.
- 1.5.16.6.5)- Terapias de Cuidados Intensivos.
- 1.5.16.7)- Prevención de las Pérdidas Gestacionales.
- 1.5.16.8)- Tratamiento de las Alteraciones Hematológicas.
- 1.5.16.9)- Tratamiento de las Alteraciones Cardíacas.
- 1.5.16.10)- Trombosis Recurrentes.
- 1.5.16.11)- Bibliografía.

- 1.5.17)- ANTICUERPOS (INMUNOGLOBULINAS).
- 1.5.17.1)- [Anticuerpos, Inmunoglobulinas y Gammaglobulinas](#)
- 1.5.17.2)- [Formas de Anticuerpos.](#)
- 1.5.17.2.1)- [Forma Soluble.](#)
- 1.5.17.2.2)- [Forma Anclada a Membrana.](#)
- 1.5.17.3)- [Isotipos, Alotipos e Idiotipos.](#)
- 1.5.17.3.1)- [Alotipos.](#)
- 1.5.17.3.2)- [Idiotipo.](#)
- 1.5.17.4)- [Estructura .](#)
- 1.5.17.4.1)- [Primeros Trabajos.](#)
- 1.5.17.4.2)- [Dominios de Inmunoglobulina.](#)
- 1.5.17.4.3)- [Cadena Pesada.](#)
- 1.5.17.4.4)- [Cadena Ligera.](#)
- 1.5.17.4.5)- [Regiones Fab y Fc.](#)
- 1.5.17.5)- [Función .](#)
- 1.5.17.5.1)- [Activación del Complemento.](#)
- 1.5.17.5.2)- [Activación de Células Efectoras.](#)
- 1.5.17.6)- [Diversidad de las Inmunoglobulinas.](#)
- 1.5.17.6.1)- [Variabilidad de Dominios.](#)
- 1.5.17.6.2)- [Recombinación V \(D\) J](#)
- 1.5.17.6.3)- [Hipermutación Somática y Maduración de la Afinidad.](#)
- 1.5.17.6.4)- [Cambio de Clase.](#)
- 1.5.17.6.5)- [Conversión Génica.](#)
- 1.5.17.6.6)- [Fases Finales de la Síntesis de Inmunoglobulinas.](#)
- 1.5.17.7)- [Evolución de las Inmunoglobulinas .](#)
- 1.5.17.7.1)- [Animales Pluricelulares](#)
- 1.5.17.7.2)- [Deuteróstomos.](#)
- 1.5.17.7.3)- [Gnatostomados.](#)
- 1.5.17.8)- [Aplicaciones Médicas.](#)
- 1.5.17.8.1)- [Diagnóstico de Enfermedades.](#)
- 1.5.17.8.2)- [Tratamientos Terapéuticos.](#)
- 1.5.17.8.3)- [Terapia Prenatal.](#)

- 1.5.17.9)- [Aplicaciones en la Investigación Científica.](#)
- 1.5.17.10)- [Variantes de Anticuerpos en Medicina e Investigación.](#)
- 1.5.17.11)- [Véase También.](#)
- 1.5.17.12)- [Referencias.](#)
- 1.5.17.13)- [Bibliografía.](#)
- 1.5.17.14)- [Enlaces Externos.](#)

- 1.5.18)- CÉLULA MADRE.
- 1.5.18.1)- [Generalidades.](#)
- 1.5.18.2)- [Tipos de Células Madre.](#)
- 1.5.18.3)- [Métodos de Obtención de Células Madre.](#)
- 1.5.18.4)- [Reprogramación de Células Somáticas.](#)
- 1.5.18.5)- [Células Madre del Cordón Umbilical.](#)
- 1.5.18.6)- [Células Madre del Líquido Amniótico.](#)
- 1.5.18.7)- [Tratamientos con Células Madre .](#)
- 1.5.18.7.1)- [Tratamientos del Cáncer.](#)
- 1.5.18.7.2)- [Inmunohematología.](#)
- 1.5.18.8)- [Clonación.](#)
- 1.5.18.9)- [Controversia Sobre las Células Madre.](#)
- 1.5.18.10)- [Puntos de Vista.](#)
- 1.5.18.11)- [Políticas sobre Células Madre y Clonación en Por Países.](#)
- 1.5.18.12)- [Referencias.](#)
- 1.5.18.13)- [Bibliografía adicional.](#)
- 1.5.18.14)- [Véase También.](#)

-TOMO II-

-CAPÍTULO 2-

-2)- SISTEMA NERVIOSO.

2.1)- EXPECTATIVAS DE VIDA.

- 2.1.1)- Generalidades.
- 2.1.2)- Definiciones del Envejecimiento.
- 2.1.3)- Teorías del Envejecimiento.
- 2.1.4)- Variedades Funcionales de los Órganos.
- 2.1.5)- Epidemiología.
- 2.1.6)- Censos Profesionales.
- 2.1.6.1)- Número de Profesionales.
- 2.1.6.1.1)- Censo de Médicos.
- 2.1.6.1.2)- UDELAR. Área de Salud.
- 2.1.6.1.3)- Reforma del Plan de Estudios de Medicina,
- 2.1.6.1.4)- UDELAR. Censo.
- 2.1.7)- Bibliografía.

-2.2)- LAS BASES NEUROANATÓMICAS FUNCIONALES DEL COGNITIVO-

- 2.2.1)- Generalidades.
- 2.2.2)- Regularización.

-2.2.3)- HISTORIA DE LAS CIENCIAS.

- 2.2.3.1)- Antigua.
- 2.2.3.2)- China.
- 2.2.3.3)- India.
- 2.2.3.4)- Mesopotamia.
- 2.2.3.5)- Egipto.
- 2.2.3.6)- América.
- 2.2.3.7)- Grecia.
- 2.2.3.8)- Escuela Alejandría.
- 2.2.3.9)- Época Romana.
- 2.2.3.10)- Noche Científica.
- 2.2.3.11)- Siglo XIV:
- 2.2.3.12)- El Humanismo.
- 2.2.3.13)- La Reforma.
- 2.2.3.14)- Siglos XVII y XVIII.
- 2.2.3.15)- Biología Contemporánea.
- 2.2.3.16)- Siglo XX
- 2.2.3.17)- Escuela Reflexológica.
- 2.2.3.18)- Últimos Años. Tiempo Actual y Futuro.

- 2.2.4)- ORGANIZACIÓN GENERAL NERVIOSA ,
- 2.2.4.1)- [Consideraciones Generales.](#)
- 2.2.4.2)- Neuroembriología Evolutiva..
- 2.2.4.3)- [Neurohistología](#) .
- 2.2.4.3.1 [Células gliales](#)
- 2.2.4.3.1.1)- [Clasificación Topográfica.](#)
- 2.2.4.3.1.2)- [Clasificación Morfo-funcional.](#)
- 2.2.4.3.2 [Neuronas](#) .
- 2.2.4.3.2.1)- [Clasificación Morfológica.](#)
- 2.2.4.3.2.2)- [Clasificación Fisiológica.](#)
- 2.2.4.3.3)- [Señales Neuronales.](#)
- 2.2.4.4)- [Sistema Nervioso en los Animales](#)
- 2.2.4.4.1)- [Animales diblásticos](#)
- 2.2.4.4.2)- [Animales protóstomos](#)
- 2.2.4.4.3)- [Animales deuteróstomos](#)
- 2.2.4.5)- [Sistema Nervioso Humano](#)
- 2.2.4.5.1)- [Sistema Nervioso Central.](#)
- 2.2.4.5.2)- [Sistema Nervioso Periférico.](#)
- 2.2.4.5.3)- [Clasificación Funcional.](#)
- 2.2.4.6)- [Neurofarmacología.](#)
- 2.2.4.7)- [Véase también.](#)
- 2.2.4.8)- [Notas.](#)
- 2.2.4.9)- [Referencias.](#)
- 2.2.4.10)- [Bibliografía.](#)
- 2.2.4.11)- [Enlaces Externos.](#)

- 2.2.5)- NEUROANATOMÍA.
- 2.2.5.1)- [División Neuroanatómica Estructural.](#)
- 2.2.5.2)- [División Neuroanatómica Funcional.](#)
- 2.2.5.3)- [Recursos para la investigación neurofuncional.](#)

-2.2.5.4)- [Arquitectura de la Médula Espinal](#).

-2.2.5.5)- [Encéfalo](#).

-2.2.5.6)- [Neuroanatomía Celular](#).

-2.2.5.7)- [Recursos para la Investigación Neurocelular](#) .

-2.2.5.7.1)- [Materia de estudio](#)

-2.2.5.8)- [Referencias](#).

-2.2.5.9)- Bibliografía.

-2.2.5.10)- [Enlaces Externos](#).

-2.2.6)-CAMBIOS ANATOMOFUNCIONALES.

-2.2.6.1)- Generalidades.

-2.2.6.2)- Sistemas de Integración. Sistema Nervioso Central.

2.2.6.3.)- Sistemas Nervioso Periférico, Autónomo, Hormonal y Enzimático.

-2.2.6.4) Los Cambios Producidos.

-2.2.6.5)- . Estatura, Hábitos y Composición Corporal, y Hepática.

-2.2.6.6)- . Función Renal, Sanguínea, Medio Interno y Capacidad de Reserva.

-2.2.6.7)- . Sistema Cardiovascular.

2.2.6.8)- . Aparato Respiratorio.

-2.2.7) - CAMBIOS PSÍQUICOS, SOCIALES, NUTRICIONALES Y AMBIENTALES.

-2.2.7.1)- Generalidades.

-2.2.7.2)- Factores Nutricionales.

-2.2.7.3)- Factores Físicos Predisponentes.

-2.2.7.4)- Factores Psíquicos.

-2.2.7.5)- Factores sociales.

-2.2.7.6)- Factores Económicos.

-2.2.7.7)- Factores Comunitarios y Ambientales.

-2.2.7.8)- Teorías Explicativas de la Decadencia Senil.

-2.2.7.9)- .Paliativos y Consuelos del Envejecimiento.

-2.2.7.10)- Bibliografía.

-2.2.8)-DIVERSAS PARTES NERVIOSAS.

-2.2.8.1)- Sinapsis y Funciones Mentales.

-2.2.8.2)- Circulación Cerebral.

-2.2.8.3)- Insuficiencia Cerebral.

-2.2.8.3.1)- Insuficiencia Cerebrovascular.

-2.2.8.3.2)- Insuficiencia Cerebrometabólica.

-2.2.8.4) - Barrera Hematoencefálica.

-2.2.8.5)- Metabolismo Neuronal.

-2.2.8.5.1)- Características.

-2.2.8.5.2)- Función del ATP y del AMPc.

-2.2.8.5.3)- Alteraciones del Metabolismo Energético.

-2.2.8.5.4)- Neurotransmisores y Envejecimiento Cerebral.

-2.2.8.5.4.1)- Envejecimiento.

-2.2.8.5.4.2)- Demencia Senil.

-2.2.8.5.4.3)- Isquemia Cerebral.

-2.2.8.5.4.4)- Síndromes Extrapiramidales.

-2.2.8.5.4.5. Deficiencias Funcionales.

-2.2.8.6)- Bibliografía.

-CAPÍTULO 3-

-3)- SISTEMAS DE INTEGRACIÓN.

-3.1)- REACCIÓN DE LUCHA O HUIDA.

-3.1.1)- [Fisiología](#)

-3.1.1.1)- [Sistema Nervioso Autónomo](#)

-3.1.1.1.1)- [Sistema Nervioso Simpático.](#)

-3.1.1.1.2)- [Sistema Nervioso Parasimpático.](#)

-3.1.1.2)- [Respuesta.](#)

-3.1.1.3)- [Función de los Cambios Fisiológicos.](#)

-3.1.1.4)- [Perspectiva Evolutiva.](#)

-3.1.1.5)- [Ejemplos.](#)

-3.1.1.6)- [Variedad de Reacciones.](#)

-3.1.2)- [Componentes Emocionales .](#)

-3.1.2.1)- [Regulación Emocional.](#)

-3.1.2.2)- [Reactividad Emocional.](#)

-3.1.3)- [Componentes Cognitivos .](#)

-3.1.3.1)- [Especificidad del Contenido.](#)

-3.1.3.2)- [Percepción de Control.](#)

-3.1.3.3)- [Procesamiento de Información Social](#)

-3.1.4)- [Efectos Negativos de la Reacción de Estrés en Humanos.](#)

-3.2)- INTOXICACIONES.

-3.3)- DOPAMINA.

-3.3.1)- [Historia .](#)

-3.3.2)- [Bioquímica](#)

-3.3.2.1)- [Nombre y familia.](#)

-3.3.2.2)- [Biosíntesis.](#)

-3.3.2.3)- [Inactivación y Degradación.](#)

-3.3.3)- [Funciones en el Sistema Nervioso .](#)

-3.3.3.1)- [Anatomía.](#)

-3.3.3.2)- [Movimiento.](#)

-3.3.3.3)- [Cognición y Corteza Frontal.](#)

-3.3.3.4)- [Regulación de la Secreción de Prolactina.](#)

-3.3.3.5)- [Motivación y Placer .](#)

-3.3.3.5.1)- [Refuerzo.](#)

-3.3.3.5.2)- [Inhibición de la Recaptación, Expulsión.](#)

-3.3.3.5.3)- [Estudios en Animales.](#)

-3.3.3.5.4)- [Drogas Reductoras de Dopamina en Seres Humanos.](#)

-3.3.3.5.5)- [Transmisión Cannabinoide y Opioide.](#)

-3.3.3.5.6)- [Socialización.](#)

-3.3.3.5.7)- [Saliencia.](#)

-3.3.4)- [Desórdenes del Comportamiento](#) .

-3.3.4.1)- [Inhibición Latente y Creatividad](#).

-3.3.5)- [Relación con la Psicosis](#).

-3.3.6)- [Uso Terapéutico](#).

-3.3.7)- [La Dopamina y la Oxidación de la Fruta](#).

-3.3.8)- [Otros Datos](#).

-3.3.9)- [Véase También](#).

-3.3.10)- [Referencias](#).

-3.3.11)- [Enlaces Externos](#).

-3.4)- CATECOLAMINAS.

-3.4.1)- [Estructura](#).

-3.4.2)- [Metabolismo](#) .

-3.4.2.1)- [Formación de Catecolaminas](#).

-3.4.2.2)- [Rutas Metabólicas Relacionadas](#).

-3.4.2.3)- [Inactivación](#).

-3.4.2.4)- [Receptores](#)

-3.4.3)- [Funciones](#) .

-3.4.3.1)- [Disfunciones](#).

-3.4.3.2)- [Funciones Motrices](#).

-3.4.4)- [Catecolaminas Sobre el Sistema Inmunitario](#) .

-3.4.4.1)- [Efecto "in vitro" de las Catecolaminas Sobre los Macrófagos](#).

-3.4.4.2)- [Quimiotaxis de los Linfocitos en los Órganos Inmunocompetentes](#).

-3.4.4.3)- [Efectos "in vitro" de las Catecolaminas en las Células NK](#).

-3.4.4.4)- [Modelo de Actuación de Catecolaminas "in vivo" en Respuesta a Linfocitos](#).

-3.4.5)- [Véase También](#).

-3.4.6)- [Bibliografía](#).

-3.4.7)- [Enlaces Externos](#).

-3.5)- SISEMAS GABAERGICOS.

-3.5.1)- [Función](#) .

-3.5.1.1)- [Neurotransmisor](#).

-3.5.1.2)- [Desarrollo Cerebral](#).

-3.5.1.3)- [Más Allá del Sistema Nervioso](#).

-3.5.2)- [Estructura y Conformación](#).

-3.5.3)- [Historia](#).

-3.5.4)- [Biosíntesis](#).

-3.5.5)- [Catabolismo](#).

-3.5.6)- [Farmacología](#).

-3.5.7)- [Medicamentos GABAérgicos](#).

-3.5.8)- [GABA Como Suplemento](#).

-3.5.9)- [En Plantas](#).

-3.5.10)- [Referencias](#).

-3.5.11)- [Enlaces externos](#).

-3.6)-SEROTONINA

-3.6.1 [Neurotransmisión](#)

-3.6.2)- [Historia](#).

- 3.6.3)- [Relación Anatómica.](#)
- 3.6.4)- [Microanatomía .](#)
- 3.6.4.1)- [Receptores.](#)
- 3.6.4.2)- [Factores Genéticos.](#)
- 3.6.4.3)- [Terminación.](#)
- 3.6.5)- [Otras Funciones.](#)
- 3.6.6)- [Síntesis.](#)
- 3.6.7)- [Las Propiedades Afrodisíacas de la Serotonina.](#)
- 3.6.8)- [Referencias.](#)
- 3.6.9)- [Enlaces Externos.](#)

- 3.7)- SISTEMA LÍMBICO
- 3.7.1)- [Historia.](#)
- 3.7.2)- [Evolución, Filogenia.](#)
- 3.7.3)- [Esbozo Desde la Perspectiva Fisiológica.](#)
- 3.7.4 [Partes .](#)
- 3.7.4.1)- [Hipotálamo.](#)
- 3.7.4.2)- [Hipocampo.](#)
- 3.7.4.3)- [Amígdala Cerebral.](#)
- 3.7.4.4)- [Zonas relacionadas.](#)
- 3.7.5)- [Véase También.](#)

- 3.8)- HOMEOSTASIS.
- 3.8.1)- [Interacción Entre Ser Vivo y Ambiente: Respuestas a los Cambios.](#)
- 3.8.2)- [Homeostasis y Sistemas de Control .](#)
- 3.8.2.1)- [Homeostasis de la Glucemia.](#)
- 3.8.3)- [Homeostasis Psicológica.](#)
- 3.8.4)- [Homeostasis Cibernética.](#)
- 3.8.5)- [Véase También.](#)
- 3.8.6)- [Referencias.](#)
- 3.8.7)- [Enlaces Externos.](#)

- 3.9)- NECESIDADES.
- 3.9.1)- [Características.](#)
- 3.9.2)- [Microeconomía.](#)
- 3.9.3)- [Derecho.](#)
- 3.9.4)- [Véase También.](#)
- 3.9.5)- [Referencias.](#)
- 3.9.6)- [Enlaces Externos.](#)

- 3.10) -COMPORTAMIENTO o CONDUCTA.
- 3.10.1)- [Delimitación del Término.](#)
- 3.10.2) [Comportamiento en psicología .](#)
- 3.10.2.1)- [Conducta.](#)
- 3.10.2.2)- [Aspectos Psico-sociales.](#)
- 3.10.3)- [Comportamiento en Psicología.](#)
- 3.10.4)- [Comportamiento de los Sistemas Sociales .](#)
- 3.10.4.1)- [Agrupaciones y Sociedades.](#)
- 3.10.4.2)- [Costes y Beneficios de Vivir en Grupo.](#)

-3.10.4.3)- [Las Adaptaciones a la Vida en Grupo.](#)

-3.10.5)- [Conducta Formal.](#)

-3.10.6)- [Realización Voluntaria.](#)

-3.10.7) [Comportamiento del Consumidor.](#)

-3.10.8)- [Véase También.](#)

-3.10.9)- [Referencias .](#)

-3.10.10)- [Bibliografía.](#)

-3.10.11)- [Enlaces Externos .](#)

-3.11)-REALIMENTACIÓN.

-3.11.1)- [Historia](#)

-3.11.1.1)- [Aspecto Social.](#)

-3.11.1.2)- [Aspecto Tecnológico.](#)

-3.11.1.3)- [Aspecto Político-económico.](#)

-3.11.2)- [Lazo Abierto y Cerrado.](#)

-3.11.3)- [Visión General.](#)

-3.11.4)- [Realimentación Positiva y Realimentación Negativa.](#)

-3.11.4.1)- [Sistemas Abiertos y Sistemas Cerrados.](#)

-3.11.5)- [Tipos de Realimentación](#)

-3.11.5.1)- [Realimentación negativa](#)

-3.11.5.2) [Realimentación Positiva.](#)

-3.11.6)- [Norbert Wiener.](#)

-3.11.7)- [Principales Aportes de la Realimentación.](#)

-3.11.8)- [Véase También.](#)

-3.11.9)- [Referencias.](#)

-CAPÍTULO 4-

-4)- TEST PSICOLÓGICOS.

-4.1)-Generalidades.

-4.2)- [Clasificaciones](#)

-4.2.1)- [Clasificación general.](#)

-4.2.1.1)-Test Psicométricos.

-4.2.1.1.1)- Algunas Fichas Técnicas.

-4.2.1.1.2)-Algunas Subcategorías de Tests Psicológicos.

-4.2.1.1.3)- Algunos Tests Psicológicos (35).

-4.2.1.2)- Tests Proyectivos.

-4.2.1.2.1)- Clasificación.

-4.2.1.2.1.1)- Test de *Rorschach*.

-4.2.1.2.1.1.1)- Generalidades.

-4.2.1.2.1.1.2)- [Método.](#)

-4.2.1.2.1.1.3)- [Controversias.](#)

-4.2.1.2.1.1.4)- [Argumentos a Favor de la Validez Científica del Test.](#)

-4.2.1.2.1.1.5)- [Las Diez Láminas del Test de Rorschach.](#)

-4.2.1.2.1.1.6) [Véase También.](#)

-4.2.1.2.1.1.7)- [Referencias.](#)

-4.2.1.2.1.1.8)- [Bibliografía Complementaria.](#)

- 4.2.1.2.1.1.[9\)- Enlaces Externos.](#)
- 4.2.1.2.1.2)- Test de Holtzman.Z.
- 4.2.1.2.1.3)- Técnicas Temáticas.
- 4.2.1.2.1.4)- Técnicas Expresivas.
- 4.2.1.2.1.5)- Técnicas Constructivas.
- 4.2.1.2.1.6)- Técnicas Asociativas.
- 4.2.1.2.2)- Tests Estandarizados.
- 4.[2.2\)- Clasificación por niveles](#)
- 4.2.3)- [Áreas de aplicación.](#)
- 4.3)-Relación de Test Psicológicos.
- 4.4)- Exámenes y Pruebas.
- 4.5)- Diagnóstico Médico.
- 4.6)- Pruebas Psicológicas.
- 4.7)- Evaluación Psicológica.
- 4.8)- Psicometría.
- 4.[9\)- Véase También.](#)

-TOMO III- LHPCTCC.

.Capitulo 5-

- 5.1) -PATOLOGÍA.
- 5.1.[1\)- Concepto.](#)
- 5.1.[2\)- Proceso patológico.](#)
- 5.1.[2.1\)- Etiología.](#)
- 5.1.[2.2\)- Patogenia.](#)
- 5.1.[2.3\)- Cambios Morfológicos.](#)
- 5.1.[2.4\)- Manifestaciones Clínicas.](#)
- 5.1.[3\)- Diagnóstico Patológico.](#)
- 5.1.[4\)- Véase También.](#)
- 5.1.[5\)- Notas.](#)
- 5.1.[6\)- Referencias.](#)
- 5.1.[7\)- Enlaces Externos](#)
- 5. 2)- ANATOMÍA PATOLÓGICA.
- 5.2.[1 Historia.](#)
- 5.2.2)- Etimología.
- 5.2.[3 Respuestas Patológicas.](#)
- 5.2.[4\)- Aspectos de la Enfermedad.](#)
- 5.2.[5\)- Patología Celular y de los Espacios Intersticiales](#)
- 5.2.[5.1\)- Lesión Celular .](#)
- 5.2.[5.1.1\)- Causas de Lesión.](#)
- 5.2.[5.1.2\)- Adaptación Celular.](#)
- 5.2.[5.1.3\)- Muerte Celular.](#)
- 5.2.[5.2 Enfermedades de Depósito: Tumorismos.](#)
- 5.2.[6\)- Inflamación.](#)

-5.2.7)- [Patología Vascular](#).

-5.2.8)- [Referencias](#).

-5.3)- RESERVA COGNITIVA.

5.3.1)- [Reserva Cognitiva y Reserva Cerebral](#).

-5.3.2)- [Tipos de Reserva Cognitiva y Reserva Cerebral](#).

-5.3.3)- [Reserva Cognitivas y Enfermedades Neurológicas Asociadas](#).

-5.3.4)- [Alzheimer y Reserva Cognitiva](#).

-5.3.5)- [Referencias](#).

-5.4)- HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD.

-5.4.1)- [Etapas de las Enfermedades](#) .

-5.4.1.1)- [Período Prepatogénico](#) .

-5.4.1.2)- [Período Patogénico](#) .

-5.4.1.2.1)- [Periodo Subclínico o de Incubación o de Latencia](#) .

-5.4.1.2.2)- [Período Clínico](#) .

-5.4.2)- [Tipos de Prevención](#) .

-5.4.2.1)- [Prevención Primaria](#) .

-5.4.2.2)- [Prevención Secundaria](#) .

-5.4.2.3)- [Prevención Terciaria](#) .

-5.4.2.4)- [Prevención Cuaternaria](#).

-5.4.3)- [Véase También](#).

-5.4.4)- [Referencias](#).

-5.4.5)- [Bibliografía](#).

5.5)- TELEPATOLOGÍA

-5.5.1)- [Historia](#) .

-5.5.1.1)- [Advenimiento del Siglo XXI](#).

-5.5.1.2)- [Actualidad](#).

-5.5.2)- [Características Técnicas](#) .

-5.5.2.1)- [Estándares Informáticos](#).

-5.5.2.2)- [Equipos](#).

-5.5.2.3)- [Manejo de Imágenes y Color](#).

-5.5.3)- [Véase También](#).

-5.5.4)- [Referencias](#) .

-5.5.5)- [Bibliografía](#).

-5.5.6)- [Enlaces Externos](#).

-5.6)- MEDIO AMBIENTE.

-5.6.1)- [Origen Etimológico](#) .

-5.6.1.1)- [Medio Ambiente](#).

-5.6.2)- [Concepto de Ambiente](#).

-5.6.3)- [Desarrollo Histórico del Concepto Ambiental](#).

-5.6.4)- [Factores Naturales](#) .

-5.6.4.1)- [Organismos Vivos](#).

-5.6.4.2)- [Clima](#).

- 5.6.4.3)- [Relieve](#).
- 5.6.4.4)- [Deforestación](#).
- 5.6.4.5)- [Sobreforestación](#).
- 5.6.4.6)- [Incendios Forestales](#).
- 5.6.5)- [Día Mundial del Medio Ambiente](#).
- 5.6.6)- [Véase También](#).
- 5.6.7)- [Referencias](#).
- 5.6.8)- [Bibliografía](#).
- 5.6.9)- [Enlaces Externos](#)
- 5.6.9.1)- [Medios de Comunicación Especializados en Medio Ambiente](#).

- 5.7)- SECUELA SALUD.
- 5.7.1)- [Clasificación](#).
- 5.7.2)- [Valoración](#).
- 5.7.3)- [Véase También](#).
- 5.7.4)- [Referencias](#).

- 5.8)- TRATAMIENTO : MEDICINA O SALUD
- 5.8.1)- [Tipos de Tratamiento](#).
- 5.8.2)- [Formas de Aplicar Tratamientos](#).
- 5.8.3)- [Problemas del Tratamiento](#).
- 5.8.4)- [Véase También](#).
- 5.8.5)- [Referencias](#).
- 5.8.6)- [Bibliografía](#).
- 5.8.7)- [Enlaces Externos](#).

- 5.9)- MEDICALIZACIÓN.
- 5.9.1)- [Causas](#).
- 5.9.2)- [Protagonistas](#)
- 5.9.3)- [Áreas de medicalización](#)
- 5.9.3.1)- [Desviación de la Normalidad](#).
- 5.9.3.2)- [Riesgos Para la Salud](#).
- 5.9.4)- [Resistencia a la Medicalización](#).
- 5.9.5)- [Véase También](#).
- 5.9.6)- [Referencias](#)
- 5.9.7)- [Bibliografía](#)
- 5.9.8)- [Enlaces Externos](#).

- 5.10)- TELEMEDICINA.

- 5.11)- RESULTADO SANITARIO
- 5.11.1)- [Cambio de la Salud](#).
- 5.11.2)- [Medición](#).
- 5.11.3)- [Resultados en Atención Primaria](#)
- 5.11.4)- [Véase También](#).
- 5.11.5)- [Referencias](#)

-5.11.6)- [Enlaces Externos.](#)

-5.12)- PSICOTERAPIA.

-5.12.1)- [Escuelas de Psicoterapia.](#)

-5.12.2)- [Escuelas y Enfoques.](#)

-5.12.3)- [Lista de Modalidades Psicoterapéuticas.](#)

-5.12.4)- [Objetivos de las Psicoterapias.](#)

-5.12.5)- [Eficacia de la Psicoterapia.](#)

-5.12.5.1)- [Estudios Comparativos de Eficacia.](#)

-5.12.5.2)- [Tratamientos Científicamente Validados.](#)

-5.12.6)- [Véase También.](#)

-5.12.7)- [Referencias.](#)

-5.12.8)- [Bibliografía](#)

-5.12.8.1)- [Escuelas Psicodinámicas.](#)

-5.12.8.2)- [Escuelas Humanistas.](#)

-5.12.8.3)- [Escuelas Conductistas.](#)

-5.12.8.4)- [Psicoterapia en General.](#)

-5.12.9)- [Enlaces Externos.](#)

-5.13)- CIBERPSICOTERAPIA.

-5.13.1)- [La entrevista.](#)

-5.13.2)- [Principio, Desarrollo y Trayectoria de la Ciberpsicoterapia.](#)

-5.13.3)- [Terapias de Conducta de Tercera Generación](#)

-5.13.4)- [Véase También.](#)

-5.14)- PERSONALIDAD.

-5.14.1)- [Historia del Concepto.](#)

.5.14.2)- [Definición](#)

-5.14.2.1)- [Teoría de Enfoques Cognitivos-sociales de la Personalidad Bandura.](#)

-5.14.2.2)- [Definiciones Aditivas e Integradoras.](#)

-5.14.2.3)- [Definiciones Jerárquicas.](#)

-5.14.2.4)- [Definiciones de Ajuste al Medio.](#)

-5.14.2.5)- [Definiciones Diferenciales.](#)

-5.14.2.6)- [Otras Definiciones.](#)

-5.14.3)- [Estudios.](#)

-5.14.4)- [Un modelo de Factores Primarios.](#)

-5.14.5)- [Un modelo de Tipos.](#)

-5.14.6)- [Modelo de los Cinco Grandes.](#)

-5.14.7)- [Influencias del Ambiente en la Personalidad.](#)

-5.14.8)- [Véase También.](#)

-5.14.9)- [Referencias.](#)

-5.14.10)- [Bibliografía.](#)

-5.14.11)- [Enlaces Externos.](#)

-5.15)- PSICOLOGÍA DE LA PERSONALIDAD.

-5.16)- TRASTORNO DE PERSONALIDAD.

-5.16.1)- [Fundamentación.](#)

-5.16.2)- [Clasificación .](#)

- 5.16.[2.1\)- Lista de Trastornos de Personalidad Definidos en el DSM.](#)
- 5.16.[2.2\)- Grupo A : Trastornos Raros o Excéntricos.](#)
- 5.16.[2.3\)- Grupo B : Trastornos Dramáticos, Emocionales o Erráticos.](#)
- 5.16.[2.4\)- Grupo C : Trastornos Ansiosos o Temerosos.](#)
- 5.16.[3\)- Diagnóstico.](#)
- 5.16.[3.1\)- DSM-IV.](#)
- 5.16.[3.2\)- CIE-10.](#)
- 5.16.[4\)- Trastorno de Personalidad Versus Personalidad Sana.](#)
- 5.16.[5\)- Véase También.](#)
- 5.16.[6\)- Referencias.](#)
- 5.16.[7\)- Bibliografía.](#)

- 5.17)- TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD.
- 5.17.[1\)- Epidemiología.](#)
- 5.17.[2\)- Etiología .](#)
- 5.17.[2.1\)- Factores Ambientales.](#)
- 5.17.[2.2\)- Factores Socioculturales.](#)
- 5.17.[2.3\)- Factores Biológicos.](#)
- 5.17.[2.4\)- Problemas de Tipo Fisiológico.](#)
- 5.17.[3\)- Patogenia.](#)
- 5.17.[4\)- Diagnóstico .](#)
- 5.17.[4.1\)- Evaluación Inicial.](#)
- 5.17.[4.2\)- Semiología Adicional del TLP y Biomarcadores.](#)
- 5.17.[4.3\)- Criterios del DSM-IV-TR.](#)
- 5.17.[4.4\)- Estudios para el DSM-5.](#)
- 5.17.[4.5\)- Otros Sistemas Diagnósticos Distintos al DSM.](#)
- 5.17.[5\)- Diagnóstico Diferencial .](#)
- 5.17.[5.1\)- Con Trastornos de la Afectividad.](#)
- 5.17.[5.2\)- Con el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad.](#)
- 5.17.[5.3\)- Con Otros Trastornos de Personalidad.](#)
- 5.17.[6\)- Cuadro Clínico .](#)
- 5.17.[6.1\)- Características Según el Sexo.](#)
- 5.17.[6.2\)- Psicopatología I: Características Generales de las Personas con TLP.](#)
- 5.17.[6.3\)- Psicopatología II: Formas \(Tipología\) de la Personalidad Límite.](#)
- 5.17.[6.4\)- Comorbilidad.](#)
- 5.17.[6.5\)- Curso.](#)
- 5.17.[7 Pronóstico .](#)
- 5.17.[7.1\)- El Riesgo de Suicidio en el TLP.](#)
- 5.17.[8\)- Tratamiento .](#)
- 5.17.[8.1\)- Psicoterapia .](#)
- 5.17.[8.1.1\)- Terapia Cognitivo Conductual.](#)
- 5.17.[8.1.2\)- Terapia Dialéctica Conductual.](#)
- 5.17.[8.1.3\)- Terapia Cognitiva Focal de Esquemas.](#)
- 5.17.[8.1.4\)- Terapia cognitivo-analítica.](#)
- 5.17.[8.1.5\)- Psicoanálisis.](#)
- 5.17.[8.1.6\)- Psicoterapia Enfocada a la Transferencia.](#)
- 5.17.[8.1.7\)- Psicoterapia Basada en la Mentalización.](#)
- 5.17.[8.1.8\)- Terapia de Pareja, Conyugal o de Familia.](#)
- 5.17.[8.2\)- Medicación .](#)

- 5.17.[8.2.1\)- Antidepresivos.](#)
- 5.17.[8.2.2\)- Antipsicóticos.](#)
- 5.17.[8.2.3\)- Otros.](#)
- 5.17.[9\)- Servicios Mentales de Salud y Recuperación .](#)
- 5.17.[9.1\)- Combinar la Farmacoterapia y la Psicoterapia.](#)
- 5.17.[9.2\)- Dificultades en la Terapia .](#)
- 5.17.[9.2.1\)- Otras Estrategias.](#)
- 5.17.[10\)- Aspectos Sociológicos y Culturales .](#)
- 5.17.[10.1\)- Coste Social del TLP.](#)
- 5.17.[10.2\)- Referencias Culturales.](#)
- 5.17.[11\)- Véase También.](#)
- 5.17.[12\)- Referencias.](#)
- 5.17.[13\)- Bibliografía .](#)
- 5.17.[13.1\)- En Español.](#)
- 5.17.[13.2\)- En Alemán.](#)
- 5.17.[13.3\)- En Inglés.](#)
- 5.17.[14 Enlaces Externos.](#)
- 5.17.[14.1\)- En Español.](#)
- 5.17.[14.2\)- En Inglés.](#)

- 5.18)-TRASTORNO HISTRIÓNICO DE LA PERSONALIDAD.
- 5.18.[1\)- Descripción.](#)
- 5.18.[2\)- Causas.](#)
- 5.18.[3\)- Características.](#)
- 5.18.[4\)- Véase También.](#)
- 5.18.[5\)- Referencias.](#)
- 5.18.[6\)- Bibliografía.](#)

- 5.19)-TRASTORNO ANTISOCIAL DE LA PERSONALIDAD.
- 5.19.[1\)- Definición e Identificación de la Conducta.](#)
- 5.19.[2\)- Características de la Conducta Antisocial.](#)
- 5.19.[3\)- Causas.](#)
- 5.19.[4\)- Síntomas y Síndrome Antisocial.](#)
- 5.19.[5\)- Factores Influyentes a la Conducta Antisocial en Niños y Adolescentes.](#)
- 5.19.[6\)- Tratamiento.](#)
- 5.19.[7\)- Véase También.](#)
- 5.19.[8\)- Referencias.](#)
- 5.19.[9\)- Bibliografía.](#)

- 5.20)- PERSONALIDAD AUTORITARIA.
- 5.20.[1\)- La Teoría Original.](#)
- 5.20.[2\)- Validez.](#)
- 5.20.[3\)- Reinterpretaciones Actuales.](#)
- 5.20.[4\)- Experimentos.](#)
- 5.20.[5\)-Véase También.](#)
- 5.20.[6\)- Referencias.](#)

- 5.21)- TRASTORNO ESQUIZOIDE DE LA PERSONALIDAD.
- 5.21.[1\)- Diagnóstico Según DSM IV.](#)

- 5.21.2)- [Relaciones Sociales](#).
- 5.21.3)- [Diagnóstico Diferencial](#) .
- 5.21.3.1)- [Perfil Fenomenológico de Akhtar](#).
- 5.21.4)- [Véase También](#).
- 5.21.5)- [Referencias](#).
- 5.21.6)- [Bibliografía](#)-
- 5.21.7)- [Enlaces Externos](#).

- 5.22)- COMPORTAMIENTO.
- 5.22.1)- [Delimitación del Término](#).
- 5.22.2)- [Comportamiento en Psicología](#) .
- 5.22.2.1)- [Conducta](#).
- 5.22.2.2)- [Aspectos Psico-sociales](#).
- 5.22.3)- [Comportamiento en Psicología](#).
- 5.22.4)- [Comportamiento de los Sistemas Sociales](#) .
- 5.22.4.1)- [Agrupaciones y Sociedades](#).
- 5.22.4.2)- [Costes y Beneficios de Vivir en Grupo](#).
- 5.22.4.3)- [Las Adaptaciones a la Vida en Grupo](#).
- 5.22.5)- [Conducta Formal](#).
- 5.22.6)- [Realización Voluntaria](#).
- 5.22.7)- [Comportamiento del Consumidor](#).
- 5.22.8)- [Véase También](#).
- 5.22.9)-[Referencias](#) .
- 5.22.10)- [Bibliografía](#).
- 5.22.11)- [Enlaces Externos](#).

- 5.23)- PENSAMIENTO.
- 5.23.1)- [Definiciones](#).
- 5.23.2)-[Características](#).
- 5.23.3)- [Clasificación](#).
- 5.23.4)- [Relación entre el Pensamiento y el Lenguaje](#).
- 5.23.5)- [Operaciones Racionales](#).
- 5.23.6)- [El pensamiento en la Tipología Psicológica](#).
- 5.23.7)- [Enfermedades](#) .
- 5.23.7.1)- [Trastornos del Curso del Pensamiento](#) .
- 5.23.7.1.1)- [Trastornos de la Velocidad](#).
- 5.23.7.1.2)- [Trastornos de la Forma](#).
- 5.23.7.2)-[Trastornos del Contenido del Pensamiento](#).
- 5.23.8)- [Véase También](#).
- 5.23.9)- [Referencias](#).
- 5.23.10)- [Bibliografía](#).
- 5.23.11)- [Enlaces Externos](#).

- 5.24)- SENTIMIENTO.
- 5.24.1)- [Introducción](#)
- 5.24.1.1)- [Psicodinámica](#).
- 5.24.1.2)- [Memoria y Motivación](#).
- 5.24.2)- [Tipología Psicológica](#).

-5.24.3)- [Referencias](#)

-5.24.4)- [Bibliografía](#).

-5.24.5)- [Enlaces Externos](#).

-5.25)- IDENTIDAD.

-5.25.1)- [Nombres de Grupos o Movimientos Políticos o Sociales](#).

-5.25.2)- [Obras Artísticas o Literarias](#).

-5.25.3)- [Anatomía y Fisiología](#).

-5.25.4)- [Economía](#).

-5.25.5)- [Filosofía](#).

-5.25.6)- [Matemática](#).

-5.25.7)- [Psicología y Sociología](#).

-5.25.8)- [Identificación Documental e Informática](#).

-5.25.9)- [Literatura](#).

-5.25.10)- [Enlaces Externos](#).

-5.26)- INTELIGENCIA.

-5.26.1)- [Etimología](#).

-5.26.2)- [Definición de la Inteligencia](#).

-5.26.3)- [Ámbito Psicológico](#) .

-5.26.3.1)- [Definiciones](#) .

-5.26.3.1.1)- [Definición Diferencial de la American Psychological Association](#).

-5.26.3.1.2)- [Definición General del *Mainstream Science on Intelligence*](#).

-5.26.3.2)- [Teorías](#) .

-5.26.3.2.1)- [Inteligencias Múltiples](#).

-5.26.3.2.2)- [Teoría Triárquica de la Inteligencia](#).

-5.26.3.2.3)- [Inteligencia Emocional](#).

-5.26.4)- [Intentos de Medir la Inteligencia](#).

-5.26.4.1)- [Controversias](#).

-5.26.4.2)- [Sociedades de Superdotados en el Mundo](#).

-5.26.5)- [Teoría de la Evolución de la Inteligencia](#) .

-5.26.5.1)- [Evidencias](#).

-5.26.5.2)- [Grados](#).

-5.26.5.3)- [Inteligencia Primaria](#).

-5.26.5.4)- [Inteligencia Humana](#).

-5.26.6)- [Desarrollo de la Inteligencia](#)

-5.26.6.1)- [Principio de Lateralidad](#).

-5.26.7)- [Véase También](#).

-5.26.8)- [Notas y Referencias](#).

-5.26.9)-Bibliografía.

-5.26.10)- [Enlaces Externos](#).

-5.27). SENSACIÓN.

-5.27.1)- [Diferencias Entre Sensación y Percepción](#).

-5.27.2)- [La Sensación en la Tipología Psicológica](#).

-5.27.3)- [Sentidos](#).

-5.27.4)- [Véase También](#).

-5.27.5)- [Bibliografía](#).

-5.28)- INTUICIÓN.

- 5.28.1)- [Enfoques Racionales de la Intuición](#)
- 5.28.2)- [Desde la Psicología Cognitiva y la Psicología Analítica.](#)
- 5.28.2.1)- [La Intuición en la Tipología Psicológica.](#)
- 5.28.3)- [Aspectos Cognitivos.](#)
- 5.28.4)- [Esoterismo.](#)
- 5.28.5)- [Referencias.](#)
- 5.28.6)- [Bibliografía.](#)
- 5.28.7)- [Véase También.](#)
- 5.28.8)- [Enlaces Externos.](#)

-5.29)- SENTIMIENTO.

- 5.29.1)- [Introducción .](#)
- 5.29.1.1)- [Psicodinámica.](#)
- 5.29.1.2)- [Memoria y Motivación.](#)
- 5.29.2)- [Tipología Psicológica.](#)
- 5.29.3)- [Referencias](#)
- 5.29.4)- [Bibliografía.](#)
- 5.29.5)- [Enlaces Externos.](#)
- 5.29.1)- [Introducción.](#)

-5.30)- MANUAL DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES.

- 5.30.1)- [Definición de Trastorno.](#)
- 5.30.2)- [Historia y Contexto.](#)
- 5.30.3)- [Diagnóstico a Través del DSM-IV.](#)
- 5.30.4)- [Clasificación de los Diferentes Trastornos.](#)
- 5.30.4.1)- [Trastornos de Inicio en la Infancia, la Niñez o la Adolescencia.](#)
- 5.30.4.2)- [Trastornos Específicos.](#)
- 5.30.4.3)- [Delirium, Demencia, Trastornos Amnésicos y Otros Trastornos Cognoscitivos.](#)
- 5.30.4.4)- [Trastornos Mentales Debidos a Enfermedad Médica.](#)
- 5.30.4.5)- [Trastornos Relacionados con Sustancias.](#)
- 5.30.4.6)- [Esquizofrenia y Otros trastornos Psicóticos.](#)
- 5.30.4.7)- [Trastornos del Estado de Ánimo.](#)
- 5.30.4.8)- [Trastornos de Ansiedad.](#)
- 5.30.4.9)- [Trastornos Somatomorfos.](#)
- 5.30.4.10)- [Trastornos Facticios.](#)
- 5.30.4.11)- [Trastornos Disociativos.](#)
- 5.30.4.12)- [Trastornos Sexuales y de la Identidad Sexual.](#)
- 5.30.4.13)- [Trastornos de la Conducta Alimentaria.](#)
- 5.30.4.14)- [Trastornos del sueño.](#)
- 5.30.4.15)- [Trastornos del Control de Impulsos No Clasificados en Otros Apartados.](#)
- 5.30.4.16)- [Trastornos Adaptativos.](#)
- 5.30.4.17)- [Trastornos de la personalidad](#)
- 5.30.4.18)- [Otros Problemas Que Pueden Ser Objeto de Atención Clínica.](#)
- 5.30.4.19)- [Propuestas Excluidas.](#)
- 5.30.5)- [DSM-5.](#)
- 5.30.6)- [Críticas.](#)
- 5.30.7)- [Véase También.](#)

-5.30.8)- [Referencias](#).

-5.30.9)- [Bibliografía](#)

-5.30.10)- [Enlaces externos](#).

-Capítulo 6: DIVERSAS PATOLOGÍAS COGNITIVAS.

-6.1)- CATEGORÍA «DEMENCIAS».

-6.1.1)- AFASIA PROGRESIVA PRIMARIA.

-6.1.1.1)- [Etimología](#).

-6.1.1.2)- [Clasificación](#).

-6.1.1.3)- [Etiología](#).

-6.1.1.4)- [Cuadro Clínico](#).

-6.1.1.5)- [Diagnóstico](#).

-6.1.1.6)- [Técnicas de Neuroimagen](#).

-6.1.1.7)- [Véase También](#).

-6.1.1.8)- [Referencias](#).

-6.1.1.9)- [Enlaces Externos](#).

-6.1.2)- COMPLEJO DE DEMENCIA ASOCIADO AL SIDA.

-6.1.2.1)- [Historia](#).

-6.1.2.2)- [Diagnóstico](#).

-6.1.2.3)- [Estadíaie](#).

-6.1.2.4)- [Notas](#).

-6.1.3)- DEGENERACIÓN LOBULAR FRONTOTEMPORAL

-6.1.3.1)- [Histología](#).

-6.1.3.2)- [Genética](#).

-6.1.3.3)- [Técnicas de Neuroimagen](#).

-6.1.3.4)- [Referencias](#).

-6.1.3.5)- [Véase También](#).

-6.1.4)- DEMENCIA CORTICAL.

-6.1.5)- DEMENCIA DE CUERPOS DE LEWY

-6.1.5.1)- [Epidemiología](#).

-6.1.5.2)- [Histología](#).

-6.1.5.3)- [Neuroimagen](#).

-6.1.5.4)- [Genética](#).

-6.1.5.5)- [Síntomas](#).

-6.1.5.6)- [Evolución de la Enfermedad](#).

-6.1.5.7)- [Diagnóstico diferencial](#).

-6.1.5.8)- [Tratamiento](#).

-6.1.5.9)- [Referencias](#).

-6.1.5.10)- [Enlaces Externos](#).

-6.1.6)- DEMENCIA FRONTOTEMPORAL.

-6.1.6.1)- [Signos y Síntomas](#).

-6.1.6.2)- [Patología](#).

-6.1.6.[3](#))- [Diagnóstico](#).

-6.1.6.[4](#))- [Estudios Genéticos](#).

-6.1.6.[5](#))- [Tratamiento](#).

-6.1.6.[6](#))- [Diagnóstico Evolutivo](#).

-6.1.6.[7](#))- [Referencias](#).

-6.1.6.[8](#))- [Véase También](#).

-6.1.6.[9](#))- [Enlaces Externos](#).

-6.1.7)- DEMENCIA SEMÁNTICA

-6.1.7.[1](#))- [Historia](#).

-6.1.7.[2](#))- [Cuadro Clínico](#).

-6.1.7.[3](#))- [Diagnóstico](#).

-6.1.7.[3.1](#))- [Pruebas Neuropsicológicas](#).

-6.1.7.[3.2](#))- [Técnicas de Neuroimagen](#).

-6.1.7.[3.3](#))- [Histopatología](#).

-6.1.7.[3.4](#))- [Estudios Genéticos](#).

-6.1.7.[4](#))- [Tratamiento](#).

-6.1.7.[5](#))- [Véase También](#).

-6.1.7.[6](#))- [Referencias](#).

-6.1.7.[7](#))- [Enlaces Externos](#).

-6.1.8)- DEMENCIA VASCULAR.

-6.1.9)- DETERIORO COGNITIVO LEVE

-6.1.9.[1](#))- [Síntomas](#).

-6.1.9.[2](#))- [Diagnóstico](#).

-6.1.9.[3](#))- [Evolución](#).

-6.1.9.[4](#))- [Tratamiento](#).

-6.1.9.[5](#))- [Véase También](#).

-6.1.9.[6](#))- [Referencias](#).

-6.2)- CATEGORÍA: "TRASTORNOS NEURODEGENERATIVOS".

-6.3)- CATEGORÍA:"TRASTORNOS COGNITIVOS".

-6.4)- .TRASTORNOS COGNITIVOS.

-6.5)- 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](#).

-6.6)- 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](#).

- 6.7)- 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](#).

- 6.8)- 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](#).

- 6.9)- 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.](#)

- 6.10)- PÁNICO.

- 6.11)- 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.](#)

- 6.12)- 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](#).

-6.13)- 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 Benzodiazepinas](#).

-6.13.3.4)- [Trastorno del Estado de Ánimo No Especificado](#).

-6.13.4)- [Véase También](#).

-6.13.5)- [Referencias](#).

-6.13.6)- [Bibliografía](#).

-6.14)- DEPRESIÓN.

-6.14.1)- [Historia](#) .

-6.14.2)- [Clasificación](#).

-6.14.3)- [Epidemiología](#).

-6.14.4)- [Etiología](#).

-6.14.5)- [Depresión Infantil](#) .

-6.14.5.1)- [Etiología de la Depresión Infantil](#)

-6.14.5.2)- [Teoría Inflamatoria](#)

-6.14.5.3)- [Factores Ambientales](#) .

-6.14.5.3.1)- [Estrés Psicosocial y Trauma](#).

-6.14.5.3.2)- [Dieta](#).

-6.14.5.3.3)- [Permeabilidad Intestinal e Intolerancia Alimentaria](#).

-6.14.5.3.4)- [Ejercicio](#).

-6.14.5.3.5)- [Obesidad](#).

-6.14.5.3.6)- [Tabaquismo](#).

-6.14.5.3.7)- [Trastornos Atópicos](#).

-6.14.5.3.8)- [Enfermedades Periodontales](#).

-6.14.5.3.9)- [Sueño](#).

-6.14.5.3.10)- [Vitamina D](#).

-6.14.5.3.11)- [Valoración del Riesgo Suicida](#).

-6.14.5.3.12)- [Otros](#).

-6.14.5.4)- [Genética](#).

-6.14.6)- [Cuadro Clínico](#) .

-6.14.6.1)- [Trastorno Depresivo Mayor, Episodio Único o Recidivante](#).

-6.14.6.2)- [Trastorno Distímico](#).

-6.14.6.3)- [Trastorno Adaptativo con Estado de Ánimo Depresivo o Mixto \(ansiedad y ánimo depresivo\)](#).

-6.14.6.4)- [Trastorno Depresivo No Especificado](#).

-6.14.6.5)- [Otros Tipos](#).

-6.14.6.6)- [Trastorno Depresivo Asociado a Duelo Patológico](#).

-6.14.6.7)- [Clasificación de la Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental](#).

- 6.14.[6.8](#))- [Situaciones Particulares](#).
- 6.14.[6.8.1](#))- [En las Mujeres](#).
- 6.14.[6.8.2](#))- [En los Varones](#).
- 6.14.[6.8.3](#))- [En la Vejez](#).
- 6.14.[6.8.4](#))- [En la Infancia](#).
- 6.14.[7](#))- [Diagnóstico](#).
- 6.14.[8](#))- [Tratamiento](#) .
- 6.14.[8.1](#))- [Farmacológico](#).
- 6.14.[8.2](#))- [Psicoterapia](#) .
- 6.14.[8.2.1](#))- [Psicoterapia Interpersonal](#).
- 6.14.[8.2.2](#))- [Terapia Cognitiva](#).
- 6.14.[8.2.3](#))- [Terapia Conductual](#).
- 6.14.[8.2.4](#))- [Psicoterapias Psicodinámicas Breves](#).
- 6.14.[8.2.5](#))- [Acompañamiento Terapéutico y Casas de Medio Camino](#).
- 6.14.[8.3](#))- [Medidas Coadyuvantes](#).
- 6.14.[9](#))- [Pronóstico](#).
- 6.14.[10](#))- [Profilaxis](#).
- 6.14.[11](#))- [Véase También](#).
- 6.14.[12](#))- [Bibliografía](#).
- 6.14.[13](#))- [Referencias](#).
- 6.14.[14](#))- [Enlaces Externos](#).

- 6.15)- TRASTORNO BIPOLAR.
- 6.15.[1](#))- [Historia](#).
- 6.15.[2](#))- [Clasificación](#) .
- 6.15.[2.1](#))- [Trastorno Bipolar Tipo I](#).
- 6.15.[2.2](#))- [Trastorno Bipolar Tipo II](#).
- 6.15.[2.3](#))- [Trastorno Bipolar Tipo III](#).
- 6.15.[2.4](#))- [Ciclotimia](#).
- 6.15.[2.5](#))- [Trastorno Bipolar No Especificado](#).
- 6.15.[3](#))- [Epidemiología](#).
- 6.15.[4](#))- [Etiología](#) .
- 6.15.[4.1](#))- [Eventos Exógenos](#).
- 6.15.[4.2](#))- [Heredabilidad o Herencia](#).
- 6.15.[5](#))- [Patogenia](#).
- 6.15.[6](#))- [Cuadro Clínico](#).
- 6.15.[6.1](#))- [Período Depresivo](#).
- 6.15.[6.2](#))- [Período Maníaco](#).
- 6.15.[6.3](#))- [Hipomanía](#).
- 6.15.[6.4](#))- [Período Mixto](#).
- 6.15.[6.5](#))- [En el Anciano](#).
- 6.15.[6.6](#))- [Recaídas](#).
- 6.15.[6.7](#))- [Rasgos Asociados](#) .
- 6.15.[6.7.1](#))- [Deterioro Cognitivo](#).
- 6.15.[6.7.2](#))- [Suicidio](#).
- 6.15.[7](#))- [Diagnóstico](#) .
- 6.15.[7.1](#))- [Evaluación Inicial](#).
- 6.15.[7.2](#))- [Demora en el Diagnóstico](#).
- 6.15.[7.3](#))- [Niños](#)

- 6.15.[7.4](#))- [Otros Modelos Teóricos](#).
- 6.15.[8](#))- [Diagnóstico Diferencial](#).
- 6.15.[9](#))- [Tratamiento](#) .
- 6.15.[9.1](#))- [Estabilizantes del Estado de Ánimo](#).
- 6.15.[9.2](#))- [Anticonvulsivantes](#).
- 6.15.[9.3](#))- [Antipsicóticos](#).
- 6.15.[9.4](#))- [Antidepresivos](#) .
- 6.15.[9.4.1](#))- [Antidepresivos Tricíclicos](#).
- 6.15.[9.4.2](#))- [Antidepresivos Inhibidores de la Reabsorción Selectiva de la Serotonina](#).
- 6.15.[9.4.3](#))- [Antidepresivos Inhibidores de la Monoaminooxidasa](#).
- 6.15.[9.4.4](#))- [Benzodiazepinas](#).
- 6.15.[9.4.5](#))- [Efectos Secundarios](#).
- 6.15.[9.5](#))- [Sales de Litio](#).
- 6.15.[9.6](#))- [Antipsicóticos Atípicos](#).
- 6.15.[9.7](#))- [Nuevos Tratamientos](#).
- 6.15.[10](#))- [El ritmo Circadiano: Nuevos Estudios](#).
- 6.15.[11](#))- [Véase También](#).
- 6.15.[12](#))- [Referencias](#).
- 6.15.[13](#))- [Bibliografía](#)
- 6.15.[13.1](#))- [Sobre el Trastorno Bipolar Pediátrico](#).
- 6.15.[14](#))- [Enlaces Externos](#).

- 6.16)- PSICOSIS
- 6.16.[1](#))- [Definición](#).
- 6.16.[2](#))- [Etiología](#).
- 6.16.[3](#))- [Clasificación](#).
- 6.16.[4](#))- [Cuadro Clínico](#).
- 6.16.[5](#))- [Tratamiento](#).
- 6.16.[6](#))- [Psicosis y Locura](#).
- 6.16.[7](#))- [Véase También](#)
- 6.16.[8](#))- [Referencias](#).

- 6.17)- TRASTORNO PSICÓTICO BREVE
- 6.17.[1](#))- [Definición](#).
- 6.17.[2](#))- [Epidemiología](#).
- 6.17.[3](#))- [Etiología](#)
- 6.17.[3.1](#))- [Punto de Vista Psicoanalítico](#).
- 6.17.[4](#))- [Diagnóstico](#).
- 6.17.[5](#))- [Cuadro Clínico](#).
- 6.17.[6](#))- [Pronóstico](#).
- 6.17.[7](#))- [Véase También](#).
- 6.17.[8](#))- [Referencias](#).
- 6.17.[9](#))- [Enlaces externos](#).

- 6.18)- ESQUIZOFRENIA.
- 6.18.[1](#))- [Historia](#) .
- 6.18.[1.1](#))- [Antes de 1800](#).
- 6.18.[1.2](#))- [Demencia Precoz](#).

- 6.18.1.3)- [Esquizofrenia](#).
- 6.18.1.4)- [Síntomas Positivos y Negativos](#).
- 6.18.1.5)- [Presente](#)
- 6.18.2 [Clasificación](#).
- 6.18.3)- [Epidemiología](#) .
- 6.18.3.1)- [Prevalencia Mundial](#).
- 6.18.3.2)- [Antecedentes Familiares](#).
- 6.18.3.3)- [Morbilidad y Mortalidad](#).
- 6.18.3.4)- [Factores Demográficos](#) .
- 6.18.3.4.1)- [Género](#).
- 6.18.3.4.2)- [Edad](#).
- 6.18.3.4.3 [Socioculturales](#).
- 6.18.3.4.4)- [Alimentación](#).
- 6.18.4)- [Etiología](#) .
- 6.18.4.1)- [Hipótesis Multifactoriales](#).
- 6.18.4.2)- [Aspectos Genéticos](#).
- 6.18.4.3)- [Factores Prenatales](#).
- 6.18.4.4)- [Factores Sociales](#).
- 6.18.4.5)- [Drogodependencia](#).
- 6.18.4.6)- [Conexión Intestino-cerebro](#).
- 6.18.4.7)- [Otras Hipótesis](#).
- 6.18.5)- [Patogenia](#) .
- 6.18.5.1 [Anormalidades de la Neurotransmisión](#) .
- 6.18.5.1.1)- [Dopamina](#).
- 6.18.5.1.2)- [Serotonina](#).
- 6.18.5.1.3 [Glutamato](#).
- 6.18.5.2)- [Hallazgos Neuropatológicos](#).
- 6.18.5.2.1)- [Hallazgos de Neuroimagen](#).
- 6.18.5.2.2)- [Hallazgos Histopatológicos](#).
- 6.18.6)- [Cuadro Clínico](#).
- 6.18.6.1)- [Abordaje Clínico](#).
- 6.18.6.2)- [Semiología de la Esquizofrenia](#) .
- 6.18.6.2.1)- [Síntomas Negativos](#).
- 6.18.6.2.2)- [Síntomas Positivos](#).
- 6.18.6.2.3)- [Síndrome de Desorganización](#).
- 6.18.6.3)- [Evolución Natural](#) .
- 6.18.6.3.1)- [Fase Premórbida y Prodrómica](#).
- 6.18.6.3.2)- [Fase de Progresión](#).
- 6.18.6.3.3)- [Fase de Recidivas Estables](#).
- 6.18.6.4)- [Trastornos Asociados](#).
- 6.18.7)- [Diagnóstico](#) .
- 6.18.7.1)- [Síntomas Característicos](#).
- 6.18.7.2)- [Disfunción Social/ocupacional](#).
- 6.18.7.3)- [Duración](#).
- 6.18.7.4)- [Otros Criterios](#).
- 6.18.7.5)- [Controversias Sobre el Diagnóstico](#).
- 6.18.8)- [Tratamiento](#).
- 6.18.8.1)- [Farmacología](#) .
- 6.18.8.1.1)- [Antipsicóticos](#) .

- 6.18.[8.1.1.1\)- Antipsicóticos Típicos.](#)
- 6.18.[8.1.1.2\)- Antipsicóticos Atípicos.](#)
- 6.18.[8.1.2\)- Benzodiazepinas.](#)
- 6.18.[8.2\)- Rehabilitación.](#)
- 6.18.[8.3\)- Psicoterapia Individual.](#)
- 6.18.[8.4\)- Terapia Electroconvulsiva.](#)
- 6.18.[8.5\)- Educación Familiar.](#)
- 6.18.[8.6\)- Terapia de Grupo .](#)
- 6.18.[8.6.1\)- Grupos de Autoayuda.](#)
- 6.18.[8.7\)- Derechos del Paciente Psiquiátrico.](#)
- 6.18.[9\)- Pronóstico .](#)
- 6.18.[9.1\)- Desempeño Social.](#)
- 6.18.[9.2\)- Prognosis de Remisiones y Recidivas.](#)
- 6.18.[9.3\)- Comorbilidad y Esperanza de Vida.](#)
- 6.18.[10\)- Véase También.](#)
- 6.18.[11\)- Bibliografía.](#)
- 6.18.[12\)- Referencias](#)
- 6.18.[13\)- Enlaces Externos.](#)

- Capítulo 7: Diversas Patologías Neurológicas.

- 7.1)- 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 Neurologicos.
- 7.2)- SUBGATEGORIA ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS TIPO B. (Por orden Alfabético).
- Índice:
- 7.3)-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](#).

- 7.4)- 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](#).

- 7.5)- 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.](#)

- 7.6)- 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.](#)
- 7.3.2)- [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 Cierto.](#)
- 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-](#)

-7.7)- 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.](#)

-7.8)- 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.](#)

-7.9)- 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.](#)

-7.10)- 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,](#)

-7.11)- 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.](#)

-7.12)- 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.](#)

- 7.13)- 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.](#)

- 7.14)- 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)- [Hipertermnesia.](#)
- 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.](#)

- 7.15)- OPTIMISMO.
- 7.15.1)- [Concepto.](#)
- 7.15.2)- [Historia.](#)

-7.15.3)- [Referencias](#)

-7.15.4)- [Bibliografía](#)

-7.15.5)- [Enlaces Externos](#).

-7.16)- 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](#).

-7.17)- 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](#).

-2)- SISTEMA NERVIOSO.

-(De Wikipedia, la enciclopedia libre).

-2.1)- EXPECTATIVAS DE VIDA.

-Índice:

-2.1)- EXPECTATIVAS DE VIDA.

-2.1.1)- Generalidades.

-2.1.2)- Definiciones del Envejecimiento.

-2.1.3)- Teorías del Envejecimiento.

-2.1.4)- Variedades Funcionales de los Órganos.

-2.1.5)- Epidemiología.

-2.1.6)- Censos Profesionales.

-2.1.6.1)- Número de Profesionales.

-2.1.6.1.1)- Censo de Médicos.

-2.1.6.1.2)- UDELAR. Área de Salud.

-2.1.6.1.3)- Reforma del Plan de Estudios de Medicina,

-2.1.6.1.4)- UDELAR. Censo.

-2.1.7)- Bibliografía.

-2.1.1)- Generalidades.

-En la vida, actualmente, se pueden marcar varias etapas: el período de la infancia, que va del nacimiento hasta los 12 años; el período de la adolescencia, que va de los 13 a los 20 años; el período del adulto joven, entre 20 y 40 años; el período de adultez entre 40 y 60 años; el período de madurez o senectud, entre 60 y 75 años; el período de octogenarismo entre 75 y 90 años y el período del superoctogenarismo entre los 90 años y la muerte.

-Evidentemente, luego de los 60 años, en el hombre se presentan una serie de cambios. Ha terminado el período de la adultez y se entra en el período de la senectud, que cubre tres etapas.

-A medida que se mejoran la expectativa y las condiciones de vida, es mayor el número de personas que alcanzan edades más avanzadas, lo que hace aumentar su proporción dentro del grupo poblacional.

.Esto implica la necesidad de conocer los cambios que se producen en el anciano sin la influencia de las enfermedades; hasta dónde llegan sus insuficiencias y trastornos, y cuáles son los factores coadyuvantes de orden físico, psíquico, social y económico.

.En este campo, no sólo se debe tratar de prolongar la vida y el bienestar del anciano, sino que se debe mantenerlo "joven".

.Actualmente, en el país, la expectativa de vida promedio es de 75 años, siendo de 73 años para el hombre y de 78 años para la mujer. En los países desarrollados, entre los mayores de 65 años, uno de cada diez llega a los 85. Esto lleva a que la población

geriátrica siga aumentando en relación a la población general, tanto en términos relativos como absolutos.

.Se han propuesto diversas teorías para explicar el proceso del envejecimiento, lo que habla de que la causa no es única, sino que el fenómeno global está determinado por varias, comprendiendo las alteraciones del metabolismo de las neuronas, las modificaciones de la circulación cerebral, la disminución de la energía neuronal, la alteración de la neuroconducción, las variaciones cardio-vásculo-respiratorias, metabólicas, renales y de la homeostasis y los cambios sociales y económicos. Debido a esto, en el presente no se puede expresar que el ser humano es tan viejo como sus arterias, como única causa del deterioro neurológico y psíquico que se produce en la edad senil, sino que sabemos que intervienen otros factores y causas.

.La gerontología realiza los estudios sobre el envejecimiento originado a principios del siglo XX. La geriatría, creada unos años después, es la especialidad médica que atiende al adulto mayor, comprendiendo aspectos fisiológicos, bioquímicos y socioeconómicos. La biogerontología comprende a las dos primeras. Estos pacientes no representan una población homogénea, sino que tienen diferencias ocasionadas por las enfermedades intercurrentes; por los factores coadyuvantes socioeconómicos y medioambientales, que producen lesiones traumáticas, tóxicas, infecciosas y yatrogénicas, entre otros, generando una gran variedad de procesos patológicos e insuficiencias que representan una variabilidad individual que aumenta con los años.

.Las modificaciones de la sustancia viva que produce el envejecimiento se inician en los primeros años de la vida, constituyendo un proceso progresivo, con manifestaciones diversas de acuerdo a cada fase del desarrollo, en forma individual y acorde a las características de cada sujeto, al tipo de aprendizaje recibido, al equilibrio alcanzado entre sus ingestas y la suma de sus excretas, a sus hábitos de vida, a sus características socioeconómicas e intelectuales, y a la injerencia de los fenómenos patológicos.

-Las manifestaciones que aparecen con el envejecimiento de la persona, son la expresión de la adaptación de todo el organismo a este proceso. Si se presenta en esta etapa un desequilibrio entre los requerimientos y la capacidad funcional, aparecerá la insuficiencia, o sea, la enfermedad. A veces, se hace difícil separar lo fisiológico de lo patológico. El envejecimiento no depende exclusivamente de la edad cronológica, sino de la edad fisiológica, pudiendo algunos a los 45 años estar más envejecidos que otros a los 80. La edad fisiológica se establece a través de la valoración física y de la valoración funcional, determinando cuáles son sus capacidades de reserva.

-La excitabilidad neuronal se debe a un cambio en el potencial de la membrana neuronal, que al alcanzar un umbral, hace que la neurona dispare un potencial de acción, que se propaga a través del axón, llegando a su parte terminal, donde libera un neurotransmisor, almacenado en los sinaptosomas, que influye en el potencial de membrana de una segunda neurona.

.El potencial de la membrana son voltajes medidos a través de la membrana celular, producto de una distribución desigual de los iones a través de la misma por la bomba de sodio.

.Se han determinado alrededor de treinta neurotransmisores distintos. Entre ellos: la dopamina (DA), que actúa en el control de las funciones motoras, de la secreción de prolactina y en los trastornos psicóticos; la noradrenalina (NA) interviene en el ciclo del sueño, en el Sistema Nervioso Vegetativo y en la regulación de las relaciones neuroendócrinas; la serotonina (5-HT) controla el umbral del dolor y el ciclo del sueño. En los exámenes post-mortem del tejido cerebral, se constata que en el envejecimiento hay un descenso de las concentraciones de la dopamina (DA), de la noradrenalina (NA) y de la serotonina (5-HT), sea por degeneración o por muerte neuronal.

. En las neuronas de otros tejidos, se ve que las dopaminérgicas y serotoninérgicas han reducido su actividad, por lo que han disminuido la depleción para la dopamina (DA), la metoxitiramina y el ácido homovanílico (HVA) y para la serotonina (5-HT) y el ácido 5-hidroindolacético (5-HIAA). Por el contrario, las neuronas noradrenérgicas aumentan su actividad, incrementando su metabolito, el 3-metoxi-4-hidroxi-fenilglicol (MOPEG).

.Evidentemente, el envejecimiento influye en el metabolismo de los neurotransmisores. Entre otros neurotransmisores, están la acetilcolina (ACh) y el ácido gamma-amino-butírico (GABA).

-También es importante considerar que una significativa cantidad de problemas quirúrgicos, anestesiológicos e intensivos, que hace unos años eran impensables, actualmente son abordables, lo que representa un nuevo reto y la necesidad de estudiarlos y resolverlos.

-Los procesos del envejecimiento deben de ser separados de las enfermedades propias de esta etapa. La longevidad describe la vida máxima obtenible, mientras que la esperanza de vida considera los años previstos de vida restante. Es importante decir: "llegar a los 80", en el siglo XXI.

-2.1.2)- Definiciones del Envejecimiento.

-No existe un consenso para determinar el momento donde comienza la edad geriátrica humana, ni existe un marcador biológico cuantificable del envejecimiento; sino que se presentan cambios en los sentidos y la alteración de las características fisiológicas de los órganos y de los tejidos. Esto es importante para tener en cuenta, cuando se consideran estos pacientes, tanto en su diagnóstico como en su tratamiento médico y quirúrgico, y en sus aspectos cognitivos. Puede también ocasionarse alguna confusión con el uso de los términos mayor y anciano.

.Asimismo, factores como el peso cerebral, la tasa metabólica y la masa corporal, no tienen la preponderancia que antes se les asignaba sobre la longevidad. Circunstancias como las enfermedades, las lesiones, el sexo, el comportamiento, la personalidad, el aprendizaje recibido, el estado socioeconómico, el medio ambiente, el evitar los factores predisponentes y el uso de los llamados tratamientos anti-envejecimiento, como las restricciones calóricas y los consumos de antioxidantes y determinadas vitaminas tienen más trascendencia.

-2.1.3)- Teorías del Envejecimiento.

-Lo primero a destacar, es que se deben utilizar estrategias que separen el envejecimiento de las enfermedades relacionadas con él, y del aprendizaje recibido

-Las teorías estocásticas : teoría estadística de los procesos cuya evolución en el tiempo es aleatoria, que dependen del tiempo y la probabilidad, tratan de explicar los cambios degenerativos que se presentan en las células, los tejidos y los órganos por el envejecimiento. Son las del Error Catastrófico : por errores de la síntesis proteica; del Entrecruzamiento : por errores entre las proteínas y otras macromoléculas celulares; del Desgaste : la capacidad de reparación del ADN es limitada, dependiendo de la longevidad de las especies; y de los Radicales Libres : por inadecuada protección contra el daño producido en los tejidos por los radicales libres, que dan reacciones oxidativas que alteran los cromosomas, la elastina, el colágeno, los muco-polisacáridos y los lípidos, faltando más estudios para poder comprobarlo, viendo que la disminución de la producción de radicales libres, previene la Enfermedad de Alzheimer y otras.

-Las teorías no estocásticas: Consideran la existencia de una causa predeterminada programada del envejecimiento, situada dentro de las células o en el organismo en un sitio central, que ejerce control biológico sobre los tejidos, con alguna participación genética. Dentro de éstas están la teorías del Marcapaso : Por la alteración de los Sistemas Inmune y Neuroendócrino, ; y la Genética : Marcada en los genes.

-Ninguno de los dos tipos de teorías explica toda la problemática. Es evidente que el envejecimiento comprende simultáneamente varios de estos procesos, y la interacción de las reservas funcionales residuales cardiovasculares, metabólicas, nerviosas, renales, humorales, enzimáticas, inmunitarias y homeostáticas, en relación a las circunstancias ambientales, al aprendizaje, y a la presencia de tumores malignos, que modifican los controles de la división celular.

.Esto es importante, tenerlo en cuenta en enfermos a ser operados, anestesiados y sometidos a cuidados intensivos. Ellos deben de ser estudiados clínicamente y definirse los exámenes a solicitar, la operación a la que van a ser sometidos, las enfermedades concomitantes y la cuantificación de sus reservas. Todo lo que determinará su riesgo, la necesidad de cuidados especiales, el planteo de un plan terapéutico adecuado, de una monitorización acorde y el riesgo de interacciones medicamentosas. Todo debe ser adaptado y aplicado en forma personalizada.

-2.1.4)- Variedades Funcionales de los Órganos.

El proceso de envejecimiento produce cambios en las células, en los tejidos y en los órganos, pero estos pueden variar en tiempo e intensidad, luego que han alcanzado su momento funcional máximo, durante su maduración somática. Entre la sexta y séptimas décadas, los cambios compensatorios de la disminución de la actividad funcional ya no pueden enmascarar la insuficiencia, al empezarse a comprometer la homeostasis.

Es cierto que hay diferencias individuales, por lo que habrá una edad cronológica y una edad fisiológica, que aumenta sobre todo al llegarse a la etapa del octogenarismo. Estas diferencias estarán condicionadas por los niveles de salud alcanzados, de actividad física y psíquica, de la capacidad aeróbica máxima, influidas por los hábitos personales y las conductas voluntarias. Por lo tanto, el mantenimiento de un llamado estilo de vida sano, en individuos que no tienen enfermedades adquiridas, puede prolongar la longevidad, pero todo dependerá de la reserva funcional orgánica que cada uno tiene, porque intervienen en forma compleja los factores cardio-vásculo-pulmonares, metabólicos, neurohumorales, renales u otros. Por ello, algunos pensaron que la edad fisiológica se podía determinar en forma sencilla a través de exámenes, como la tasa de filtración glomerular, la prueba de esfuerzo cardiovascular o la determinación de la reserva funcional hepática o inmunitaria.

La valoración de la reserva funcional muestra que en las personas sedentarias o enfermas, baja rápidamente después de la edad mediana de la vida. Luego de dicha edad, la adopción de patrones de actividad física y mental adecuados y de estilos convenientes de calidad de vida y de acostumbamiento aumenta la capacidad aeróbica máxima y enlentece la baja de las reservas funcionales, determinando que un octogenario al enfrentarse a una operación o a una enfermedad médica pueda tener un mejor pronóstico.

También importa tener en cuenta que frente a la enfermedad, la emergencia o el estrés, habrá mayores demandas sobre determinados órganos que regulan los mecanismos autonómicos, renales e inmunitarios, entre otros; lo que implica conocer sus reservas funcionales y determinar cuáles son los órganos de riesgo. Asimismo, se debe saber que hay un incremento progresivo de los trastornos cardiovasculares como la hipertensión y la cardiopatía isquémica, de las enfermedades neoplásicas, de la diabetes, de las interacciones medicamentosas en cantidad y calidad y de otras, lo que podrá ayudar a proporcionar soluciones quirúrgicas que hace algunos años eran impensables, a prevenir las probables complicaciones y a determinar la necesidad de la intensificación de los cuidados.

Para evaluar el estado de salud, hay que tener en cuenta la edad, el estado crónico de salud considerando el grado de deterioro de algunas variables fisiológicas como la gasometría, el equilibrio ácido-básico, los electrolitos y el hematocrito, que pueden permitir un sistema de puntuación, como el APACHE (Acute Physiology and Chronic Health Evaluation). La evaluación podría generar una mejor probabilidad adversa de evolución en caso de enfermedad médica o quirúrgica o en cuidados intensivos. También es necesario considerar qué procesos patológicos tuvo o tiene el paciente o cómo era su calidad de vida anterior. En esta edad, tal sistema no es lo suficientemente discriminativo para identificar con precisión a los candidatos a reanimación cardiopulmonar o pronosticar la terminación de su vida.

Existen diversos pronósticos de evaluación para los cuidados intensivos desde que apareció el APACHE, hace unos años, en 1981, y se ha mejorado la recolección de los datos, que deben de ser de fácil uso, de tipo continuo, reproducible y comparable entre quienes la utilizan. Son de dos tipos, generales y específicos. Además, se ha usado el MPM (método predictivo de mortalidad), el SAPS (evalúa variables fisiológicas más el sida y el cáncer, exceptuando a quemados y cardiovasculares), el TISS (evalúa recursos

de costos y de enfermería), el MODS (evalúa las disfunciones orgánicas y la probabilidad de mortalidad) y el SOFA (evalúa -además de lo anterior- el tiempo de estadía).

-2.1.5)- Epidemiología.

En relación con el envejecimiento, los patrones epidemiológicos son diferentes a los de otras edades. La probabilidad de muerte producida por la mayoría de las enfermedades aumenta tremendamente después de la séptima década por la prevalencia en ambos sexos de enfermedades cardio-vásculo-respiratorias, especialmente las hipertensiones (sistémica o pulmonar) y la hipercolesterolemia. Las coronariopatías son más frecuentes en los varones. El aumento de consumo de cigarrillos en las mujeres y su disminución en los hombres está igualando los guarismos de algunas patologías, donde antes predominaban los hombres. La diabetes da más mortalidad en las mujeres. Los tumores malignos representan una importante fracción de la mortalidad en esta edad, siendo más prevalentes los de próstata, mama y gastrointestinales. El EPOC y otras enfermedades pulmonares, así como las alteraciones hepáticas, renales y metabólicas tienen casi proporcionalmente la misma incidencia en esta etapa. Aumentan los traumatismos accidentales originados en el hogar y las complicaciones óseas producidas por caídas, especialmente en mujeres con osteoporosis que viven solas.

La valoración preoperatoria, cuando es necesaria, se debe realizar con antelación para tener tiempo de corregir previamente, si es posible, las insuficiencias de reservas funcionales existentes.

Las enfermedades iatrogénicas, así como las interacciones medicamentosas, tienen que ser consideradas porque la polifarmacia usada generalmente en esta edad representa el 30% de las prescripciones de farmacia recetadas. A los 75 años, el 50% de los pacientes recibe por lo menos dos medicamentos diferentes, especialmente en las áreas cardiovascular, neurológica y metabólica. Las interacciones medicamentosas se producen en esta edad con más frecuencia por la polifarmacia y la menor reserva funcional hepática y renal, que prolongan los efectos terapéuticos y secundarios en la degradación metabólica de los fármacos. Estos efectos pueden ser aditivos, sinérgicos o antagónicos, o producirse cambios en su duración. La producción alterada de los neurotransmisores podría dar efectos adversos o tóxicos. Pueden presentarse las sobredosificaciones o prolongarse sus efectos.

La depresión psiquiátrica puede ser un trastorno prevalente en esta edad y alcanzar al 20% de los pacientes con cardiopatía isquémica. En los que toman antidepresivos tricíclicos, pueden darse respuestas hemodinámicas exageradas. Hay muchos otros casos, representados por el uso del litio, de los inhibidores de la monoaminoxidasa, entre otros.

-2.1.6)- Censos Profesionales.

-2.1.6.1. Número de profesionales.

2.1.6.1.1)- Censo de médicos.

- Total de trabajadores de la salud: 71.486 personas (54% PEA, 54% mujeres).

- Encuesta año 2000:
 - Número de médicos: contestaron 68% excesivo, 31% suficiente y 2% insuficiente.
 - Fijación cupos de ingreso: contestaron 64% acuerdo, 31% desacuerdo.
 - Plebiscito - FEMI: 1.045 votos; 708 por limitación y 314 por no limitación.
- Encuestas 2001.
 - SMU: 4.547 votos; 2.437 por la limitación (60%) y 1.436 por no limitación (32%).
 - RESULTADO: Tomar medidas de regulación.
 - Ingresos a Facultad de Medicina: 1.166; 1153 (año 2001) 1.182 (año 2002) 1.200 (año 2004).
 - Egresos de Facultad de Medicina: 400; año 2001: 393.
 - Crecimiento anual: 2.8% ; año 2022: habría 25.000 médicos con aumento del 66%).
 - Número total de médicos: 14.205 ; año 2001: 14.436; año 2002: 14.866.
 - Médicos activos: 11.878 ; año 2001: 12.011; año 2002: 12.388).
 - Médicos por 10.000 habitantes:
 - Año 1997:
 - Uruguay: 37.09.
 - Argentina: 216.84.
 - Estados Unidos: 27.09.
 - Cuba: 53.04.
 - Año 2000:
 - Uruguay: 37 médicos, por 13 odontólogos y 7 enfermeros.
 - Mercosur: 27 médicos por 5 enfermeros.
 - Estados Unidos: 28 médicos por 6 odontólogos y 97 enfermeros.
 - Cuba: 58 médicos por 9 odontólogos y 17 enfermeros.
 - Paraguay: 5 médicos por 1 odontólogos y 1 enfermero.
 - Chile: 13 médicos por 4 odontólogos y 10 enfermeros.
 - Brasil: 14 médicos por 9 odontólogos y 5 enfermeros.
- CONCLUSIONES:
 - Hay exceso de médicos.
 - Mala distribución : 78% en Montevideo; 5 a 1 con interior.
 - Menor demanda de trabajo.
 - Habitante por médico: 280 ; año 2001: 278; año 2002: 271; año 2003: 259; año 2004: 254; año 2010: 223; y 45 por 10.000).
 - Distribución: Concentración en las ciudades.
 - Montevideo: 9.267 ; 78%; 67 cada 10.000 habitantes; año 2002: 9.266).
 - Interior: 2.611 ;22%; 13 cada 10.000 habitantes; año 2002: 2.844.
 - Especialistas: 6.090, 47% ; año 2001: 6.110 , 47%; año 2002: 6.151 - 46%.
 - Generales: 6.781; 53% ; 2001: 6.969 , 53%; año 2002: 7.104 , 54%.
 - PBI (millones de U\$S): 12.276 (año 2002).
 - Menor trabajo médico: año 2002: 20.7%, con menos remuneración : 1.906 puestos menos en 2003; sin posibilidad de generar nuevos cargos.

-PROBLEMAS A SOLUCIONAR:

- Bajar nivel de alumnos que ingresan a facultad.
- Aumentar el de otros profesionales de la salud.

-EXIGENCIAS DE INGRESO:

- Ilimitado, salvo algunas escuelas con cupo.
- Necesidad de curso previo (¿no obligatorio?); prueba de evaluación, ordenamiento: establecer número de alumnos y cupos por escuela.
- NÚMERO DE MÉDICOS: 14.806; (12.388 en actividad, 905 jubilados).
- No hay política universitaria: 1.118 en el exterior, 33 no ejercen).
- Hay regulación del acceso a posgrado: 362 sin ubicar.
- Mayor número de mujeres.
- Menor número de cargos con beneficios sociales.
- Sin posibilidad de inserción de trabajo en el Mercosur , colegiación en 2.013); emigración solo a Estados Unidos, Chile o Europa (España), difícil de médicos generales, más de algunas especialidades.
- Menor nivel de preparación del egresado.
- Multiempleo.
- Exceso del número de años de estudio de Medicina : 8.5 años o más.
- No se han tomado decisiones no políticas. Aumento de costos para la salud por medicina defensiva es 30% mayor.

-2.1.6.1.2) - Udelar - Area de Salud. Año 2001.

- Total: 70.156 estudiantes.
- Área de Salud: 16.608 estudiantes.
- Facultad de Medicina: 6.326 estudiantes (3.972 mujeres: 65%).
- 1.986 docentes: 395 con dedicación total. Representan 49.768 horas docentes.
- 2.879 no docentes que representan 18.877 horas.
- Escuela de Enfermería: 1.377 estudiantes.
- Escuela de Tecnología Médica: 1.377 estudiantes.
- Escuela de Nutrición y Dietética: 714 estudiantes.
- Escuela de Parteras: 152 estudiantes.
- Facultad de Psicología: 4.132 estudiantes.
- Facultad de Odontología: 2.005 estudiantes.
- Escuela de Tecnología Odontológica: 452 estudiantes.
- Escuela de Servicio Social: 544 estudiantes.
- No hay créditos, no movimiento horizontal, hay materias obligatorias y optativas, sin flexibilidad y sin cambios. Actualmente nuevo programa está creditizado.
- Medicina: Es carrera demasiado larga, sin preparación docente/alumno, facultad que no tiene infraestructura ni presupuesto. Debe de ser acreditada.Actualmente recibió acreditación.

-2.1.6.1.3. Reforma del Plan de Estudios de Medicina .

- Depende de la Universidad, no de los médicos.
- Problemas:
 - Existe un perfil médico bio-psico-social elaborado por el Claustro.
 - No se cumple con esa preparación.
 - Exceso de años.
 - Cambios graduales (sí), bruscos (no).
 - Profesores con poca preparación pedagógica, sin cociente docente/alumno.
- Masificación: se debe tener menor número de estudiantes y mejorar cociente docente/alumno.
- Bajos recursos sin racionalización.
- Reformar ciclo por ciclo.
- Debe comprender:
 - Adecuación al perfil.
 - Adecuación a la necesidad del país : número y calidad. y la posibilidad económica.
- Currículum flexible, con creditización, título intermedios y cambios.
- Selección de ingreso : fundamental.
- Estudiar enfermedades prevalentes y atención primaria, incorporar algunas temáticas :bioética, habilidades y destrezas, medicina por evidencia, salud pública.
- Cambiar metodología de aprendizaje.
- Integración básico-clínica.
- Evaluación adecuada.
- Necesidad de formación adecuada de quien ingresa.
- Menor duración real : 6 a 7 años, como máximo.
- Reformas económicas:
 - Gratuito: adecuando el número de estudiantes a los recursos económicos y necesidades del país (costo de inversión); cada estudiante que ingresa: U\$S 25.000; cada estudiante que egresa: U\$S 60.000.
 - Sistema de beca total y real para no pudientes, y pago por franjas de pudientes, adecuando número de estudiantes a necesidades del país.
 - Existencia de cupos gratuitos, solo para quienes no pueden pagar : determinado por censo de recursos; los pudientes van a universidades privadas o cobro de matrícula en universidad pública (adaptar a necesidades del país). Los cupos serán adaptados al número según las necesidades del país.
- Selección:
 - Notas de secundaria.
 - Prueba de selección.
 - Ciclo Básico único de ingreso para la salud; luego de 6 meses: prueba y test de aptitud (según nota, elección dentro de carreras de salud).
 - Proyectos en Claustro (reforma del Plan de Estudios fue aprobada en el año 2009, con sistema flexible de créditos, movilización horizontal, integración

clínico-básica-comunitaria y duración de 7 años). Acreditación de la Facultad de Medicina en el año 2009.

-2.1.6.1.4)- UDELAR. Año 2007. Censo Universitario.

- Total: 101.990 estudiantes.
- Área Salud: 25.742 estudiantes.
- Facultad de Medicina: 7.833 estudiantes.
- Facultad de Odontología: 2.086 estudiantes.
- Facultad de Psicología: 6.787 estudiantes.
- Facultad de Enfermería: 3.331 estudiantes (con Escuela Scoseria).
- Escuela Tecnología Médica: 1.819 estudiantes.
- Escuela de Nutrición y Dietética: 1.693 estudiantes.
- Escuela de Parteras: 604 estudiantes.
- Escuela de Tecnología Odontológica: 601 estudiantes.
- ISEF: 988 estudiantes.
- Docentes Total: 7.979 (Área Salud: 2.600).
- No Docentes: 5.248 (Área Salud: 3.068).
- 2.16.3. Distribución médicos. Año 2010.**
- Total: 14.728 médicos.
- Montevideo: 9.266 médicos (77%).
- Geriatria: 81 médicos (0.5%).
- No especialistas: 56%.

-2.1.7)- 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, Psiquiatria, 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/>).

-2.2)- LAS BASES NEUROANATÓMICAS FUNCIONALES DEL COGNITIVO-

-Índice:

-2.2)- LAS BASES NEUROANATÓMICAS FUNCIONALES DEL COGNITIVO-

-2.2.1)- Generalidades.

-2.2.2)- Regularización.

-2.2.3)- HISTORIA.DE LA CIENCIA.

-2.2.3.1)- Antigua.

-2.2.3.2)-China.

-2.2.3.3)- India.

-2.2.3.4)- Mesopotamia.

-2.2.3.5)- Egipto.

.2.2.3.6)-América.

.2.2.3.7)- Grecia.

.2.2.3.8)- Escuela Alejandría.

-2.2.3.9)- Época Romana.

-2.2.3.10)- Noche Científica.

-2.2.3.11)- Siglo XIV:

-2.2.3.12)- El Humanismo.

-2.2.3.13)- La Reforma.

-2.2.3.14)- Siglos XVII y XVIII.

-2.2.3.15)- Biología Contemporánea.

-2.2.3.16)- Siglo XX

-2.2.3.17)- Escuela Reflexológica.

-2.2.3.18)- Ciencias Cognitivas.

-2.2.3.19)- Últimos Años.Tiempo Actual y Futuro.

-2.2.4)- ORGANIZACIÓN GENERAL NERVIOSA.

-2.2.4.1)- [Consideraciones Generales.](#)

-2.2.4.2)- Neuroembriología Evolutiva..

-[2.2.4.3\)- Neurohistología .](#)

-[2.2.4.3.1 Células gliales](#)

-2.2.4.[3.1.1\)- Clasificación Topográfica.](#)

-2.2.4.[3.1.2\)- Clasificación Morfo-funcional.](#)

-[2.2.4.3.2 Neuronas .](#)

-2.2.4.[3.2.1\)- Clasificación Morfológica.](#)

-2.2.4.[3.2.2\)- Clasificación Fisiológica.](#)

-[2.2.4.3.3\)- Señales Neuronales.](#)

-[2.2.4.4\)- Sistema Nervioso en los Animales .](#)

-[2.2.4.4.1\)- Animales Doblásticos.](#)

-[2.2.4.4.2\)- Animales Protóstomos.](#)

-[2.2.4.4.3\)- Animales Deuteróstomos](#)

-[2.2.4.5\)- Sistema Nervioso Humano .](#)

-2.2.4.5.1)- [Sistema Nervioso Central.](#)

-2.2.4.5.2)- [Sistema Nervioso Periférico.](#)

-2.2.4.5.3)- [Clasificación Funcional.](#)

-[2.2.4.6\)- Neurofarmacología.](#)

-2.2.4.7)- [Véase también.](#)

-2.2.4.8)- [Notas.](#)

-2.2.4.9)- [Referencias.](#)

-2.2.4.10)- [Bibliografía.](#)

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

-2.2.5)- NEUROANATOMÍA.

- 2.2.5.1)- [División Neuroanatómica Estructural.](#)
- 2.2.5.2)- [División Neuroanatómica Funcional.](#)
- 2.2.5.3)- [Recursos para la investigación neurofuncional.](#)
- 2.2.5.4)- [Arquitectura de la Médula Espinal.](#)
- 2.2.5.5)- [Encéfalo.](#)
- 2.2.5.6)- [Neuroanatomía Celular.](#)
- 2.2.5.7)- [Recursos para la Investigación Neurocelular .](#)
- 2.2.5.7.1)- [Materia de estudio](#)
- 2.2.5.8)- [Referencias.](#)
- 2.2.5.9)- Bibliografía.
- 2.2.5.10)- [Enlaces Externos.](#)

-2.2.6)-CAMBIOS ANATOMOFUNCIONALES.

- 2.2.6.1)- Generalidades.
- 2.2.6.2)- Sistemas de Integración. Sistema Nervioso Central.
- 2.2.6.3.-) Sistemas Nervioso Periférico, Autónomo, Hormonal y Enzimático.
- 2.2.6.4) Los Cambios Producidos.
- 2.2.6.5)- . Estatura, Hábitos y Composición Corporal, y Hepática.
- 2.2.6.6)- . Función Renal, Sanguínea, Medio Interno y Capacidad de Reserva.
- 2.2.6.7)- . Sistema Cardiovascular.
- 2.2.6.8)- . Aparato Respiratorio.

-2.2.7) - CAMBIOS PSÍQUICOS, SOCIALES, NUTRICIONALES Y AMBIENTALES.

- 2.2.7.1)- Generalidades.
- 2.2.7.2)- Factores Nutricionales.
- 2.2.7.3)- Factores Físicos Predisponentes.
- 2.2.7.4)- Factores Psíquicos.
- 2.2.7.5)- Factores sociales.
- 2.2.7.6)- Factores Económicos.
- 2.2.7.7)- Factores Comunitarios y Ambientales.
- 2.2.7.8)- Teorías Explicativas de la Decadencia Senil.
- 2.2.7.9)- .Paliativos y Consuelos del Envejecimiento.
- 2.2.7.10)- Bibliografía.

-2.2.8)-DIVERSAS PARTES NERVIOSAS.

- 2.2.8.1)- Sinapsis y Funciones Mentales.
- 2.2.8.2)- Circulación Cerebral.
- 2.2.8.3)- Insuficiencia Cerebral.
- 2.2.8.3.1)- Insuficiencia Cerebrovascular.
- 2.2.8.3.2)- Insuficiencia Cerebrometabólica.
- 2.2.8.4) - Barrera Hematoencefálica.
- 2.2.8.5)- Metabolismo Neuronal.
- 2.2.8.5.1)- Características.
- 2.2.8.5.2)- Función del ATP y del AMPc.
- 2.2.8.5.3)- Alteraciones del Metabolismo Energético.
- 2.2.8.5.4)- Neurotransmisores y Envejecimiento Cerebral.
- 2.2.8.5.4.1)- Envejecimiento.

- 2.2.8.5.4.2)- Demencia Senil.
- 2.2.8.5.4.3)- Isquemia Cerebral.
- 2.2.8.5.4.4)- Síndromes Extrapiramidales.
- 2.2.8.5.4.5. Deficiencias Funcionales.
- 2.2.8.6)- Bibliografía.

-2.2.1)- Generaliades.

-Para que las Ciencias Cognitivas sea considerada como una ciencia y para que el cognitivo ocupe la posición fundamental, y hasta determinante en la sociedad, es necesario actualmente que posea una sólida base científica.

-Actualmente se sabe que el cerebro controla mucho de los procesos físicos del cuerpo humano; por lo que cada día se pone más énfasis en la necesidad de conocer más a fondo la estructura y la función cerebral; pero también es necesario ocuparse de los pensamientos, de los sentimientos y de la conducta del hombre.

-Los procesos psíquicos, también llamados mentales, porque se generan en la mente humana, por lo que abarcan el estudio de la mente y la conducta humana natural y artificial.

.No es fácil el estudio de la mente humana, al no poder verla, oírla, ni tocarla; por lo que el conocimiento de una persona, dependerá de la forma de estudiar su conducta, como forma de conocer el pensamiento y el sentimiento del hombre.

.Al existir una realidad evidente, donde cada persona se comporta de manera muy diferente, no habiendo dos mentes iguales, se dificulta describir con los mismos parámetros a un grupo de personas.

.Pero el Cognitivo debe encontrar los elementos comunes, que permitirán realizar una descripción general de las mentes humanas, debiendo buscar teorías y evidencias, que expliquen como nos comportaríamos en las diversas situaciones. Por ello, se debe transformar en un científico cuidadoso, con una sólida base científica, que le permita comprobar, con experimentos sus teorías, como la realizan los demás científicos.

.Es importante señalar que existe una relación estrecha y marcada, entre la marcha correcta y armónica de la mente y de la salud de una persona; donde determinados esfuerzos, el exceso de trabajo o la preocupación, pueden llevarlo a enfermedades como: la jaqueca, la úlcera de estómago o la insuficiencia cardíaca. A su vez, determinadas enfermedades orgánicas, llevarán a la producción de trastorno psíquicos, como por ejemplo la depresión psíquica que produce la gripe. Por lo tanto, es necesario estudiar en conjunto el cuerpo y la mente, que se influyen

recíprocamente y continuamente, porque con el agregado de campos como la Neurociencias, la neurología y la psiquiatría, la psicología cognitiva, la lingüística, la sociología, la antropología, y la ingeniería artificial, formarían un conjunto completo que permitiría el estudio de un organismo completo, conformando un todo de hombre, su medio ambiente y su medio social, que le permitirá comunicarse y desenvolverse.

.Al ser las especialidades bases de este nuevo cognitivo. ciencias que están al servicio del hombre. para que este alcance su desarrollo y madurez, se necesita que las teorías, en que está basada, sean objetivas, necesitando que no solo dirija su acción hacia la conducta del hombre, sino también hacia el medio ambiente que rodea al hombre, y que por último analice las diversas acciones recíprocas que producen las relaciones conductuales entre los hombres.

-Para realizar este análisis, el cognitivo debe partir de realidades objetivas y concretas, teniendo que considerar hechos evidentes como que la conducta es objetiva, que está sometida a las acciones del tiempo, y de las fuerzas y leyes naturales, de que no es estática, sino al revés, teniendo un dinamismo permanente, con una extensión, frecuencia y correlación.

.Esta conducta desde que se origina, hasta que se extingue, se desarrollará y actuará sobre el medio ambiente y las interrelaciones existentes entre los hombres, o sea la sociedad.

.Si el cognitivo realiza investigaciones correctas, podrá elaborar teorías, que permitirán una transformación evolutiva satisfactoria de la realidad, mejorando nuestra vida social. Pero para que esta evolución sea benéfica para el hombre, el cognitivo deberá poseer una sólida base científica, y además integrarse con las demás ciencias cognitivas, como una forma de llegar a la unidad real del hombre, que es el único objetivo inicial y final de todas las ciencias.

. Si una disciplina no tiene base científica, se aislará de las demás, al no poder construir una teoría científica general, y tratar de contentarse, elaborando teorías parciales, para cada disciplina particular, lo que hace perder de vista la conexión entre los diversos fenómenos, y llegar a conclusiones parciales o falsas, perdiéndose la unidad y el todo. Por lo tanto si el cognitivo actúa divorciado de lo que es la realidad científica, y separado de las demás ciencias, no podrá llegar jamás a su meta, que es el objetivo común de todas las ciencias. el hombre autorealizado en toda su plenitud.

-2.2.2)- Regularización.

-Estos resultados sumados y asociados a un buen conocimiento neuroanatómico funcional, le permitirán obtener una visión completa de la mente, del hombre y de su conducta, sea normal o patológica, que estará siempre estructurada en forma acorde, con un modelo regular, según el tipo de persona, de su situación social, cultural y de sus características somáticas.

.El cerebro debe estar conectado a los órganos sensoriales, porque sin estos no podrá elaborar percepciones, que serán almacenadas, para que la inteligencia basada en ellas, elaborará e interpretará conclusiones; donde nuestro inconsciente, según como ha sido estructurado, influirá en nuestras percepciones y conclusiones.

-Para que todo lo expresado anteriormente pueda ser cumplido a cabalidad por el cognitivo, deberá poseer una sólida base neuroanatómica funcional, que comprenderá el conocimiento de la estructura y la función del sistema nervioso, de los sistemas autoinmunes, y de la organización bioproteica enzimática, con sus controles y regulaciones, con énfasis en su origen, en las vías de conducción de los estímulos sensoriales y de los sentidos; y de las respuestas de los núcleos celulares responsables de la actividad nerviosa, tanto somática y visceral, producidas en los pisos medular, subcortical, cortical; y su relación con las regulaciones

enzimática, humoral, endócrina y nerviosa, que producirán los intercambio bioquímicoeléctricos.

-En el organismo humano, el sistema nervioso es uno de los medios para realizar el control y la integración del funcionamiento del cuerpo, pero sin los demás sistemas, no podría actuar realizando la respuesta que dará modificaciones de las condiciones externas e internas de nuestro organismo.

.Como ser vivo, para subsistir, debe actuar en forma coordinada, integrada y armónica, respondiendo debidamente e inmediatamente a los cambios ambientales.

.Además, a pesar de todos los cambios que puedan producirse en el medio externo, deberá mantener constante a su medio interno, a través de los mecanismos de la homeostasis, como son las regulaciones enzimática, humoral, endócrina y nerviosa, como forma de asegurar la normalidad de la vida celular; y así poder asegurar la vida y conducta humana.

-Para la eficiencia de la regulación nerviosa es necesaria la articulación de las neuronas, células especializadas en elaborar los neurotransmisores, para conducir el influjo nervioso, fenómeno bioquímicoeléctrico, a través de sistemas complejos, que presentan mecanismos de facilitación e inhibición.

.Esta sistematización unirá rápidamente y coordinará las diversas partes del organismo, percibiendo las excitaciones del mundo externo o interno, y elaborará respuestas rápidas a estas percepciones, que serán de tipo motor somático, motor vegetativo, secretor o psíquico; realizando una integración activa y personalizada del organismo, regulándose por leyes específicas; que cuando su sistema nervioso sea más sistematizado, jerárquicamente ese ser será más desarrollado.

-Las regulaciones enzimática, humoral, autoinmune, hormonal, y nerviosa, no son independientes entre sí, estando relacionadas entre ellas y lo psíquico, formando un todo, con diversos grados de sistematización, organizándose en cuatro sistemas:

- .1. El Sistema Vital: Conformado por las regulaciones enzimática, humoral, autoinmune, hormonal, sistema límbico, sistema nervioso vegetativo; y centros hipotalámicos y cerebrales.
- .2. El Sistema Miostático: Conformado por las vías sensitivas inconscientes y las vías extrapiramidales, con el centro cerebeloso.
- .3. El Sistema Promundo: Consciente, conformado por las aferencias sensitivas y sensoriales conscientes, la corteza cerebral, el sistema piramidal y las actividades representadas en el lenguaje, la memoria y la vida intelectual, con su expresión en el comportamiento.
- .4. El Sistema Activación Reticular: Que es modulador de los tres anteriores.

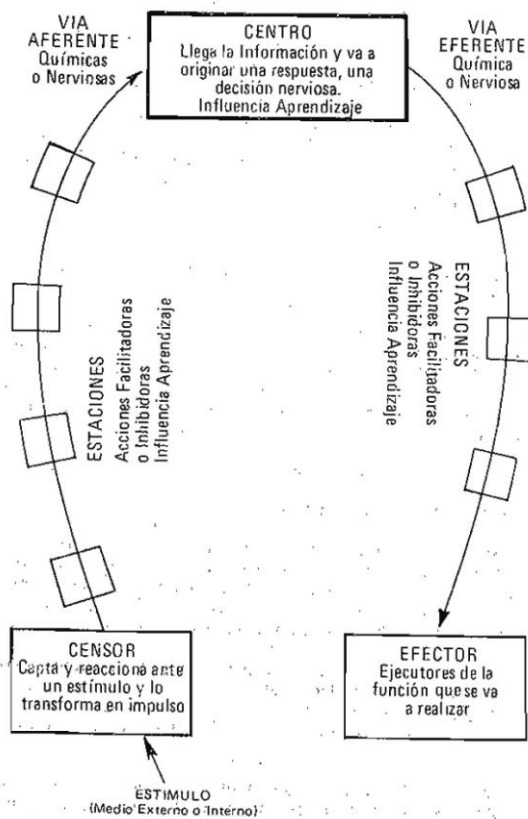


Figura No. 2.1 – Padrón de Organización

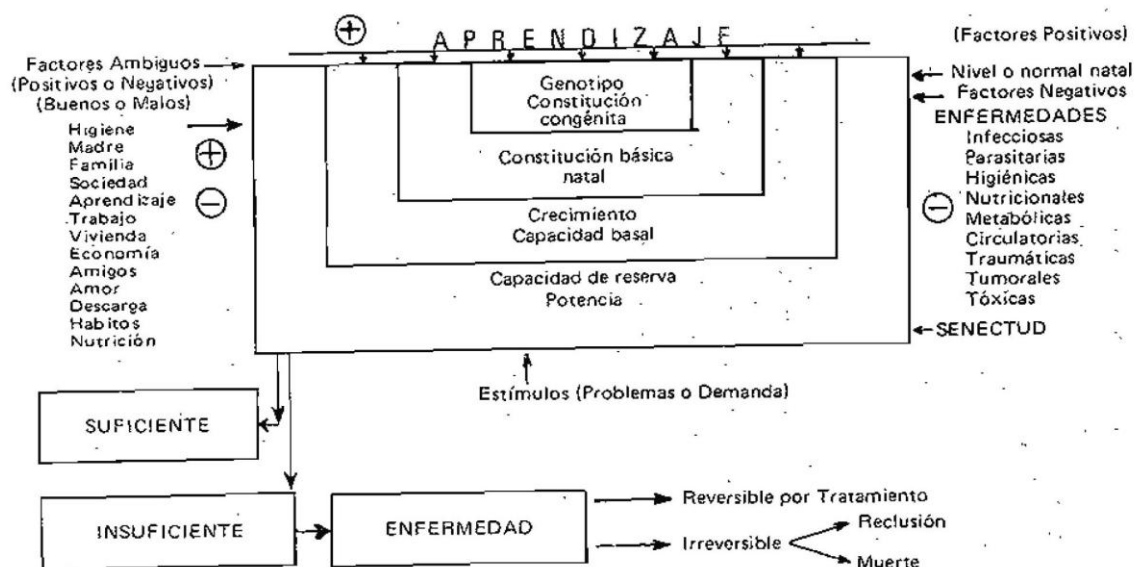


Figura No. 2.2 – Evolución de la Organización

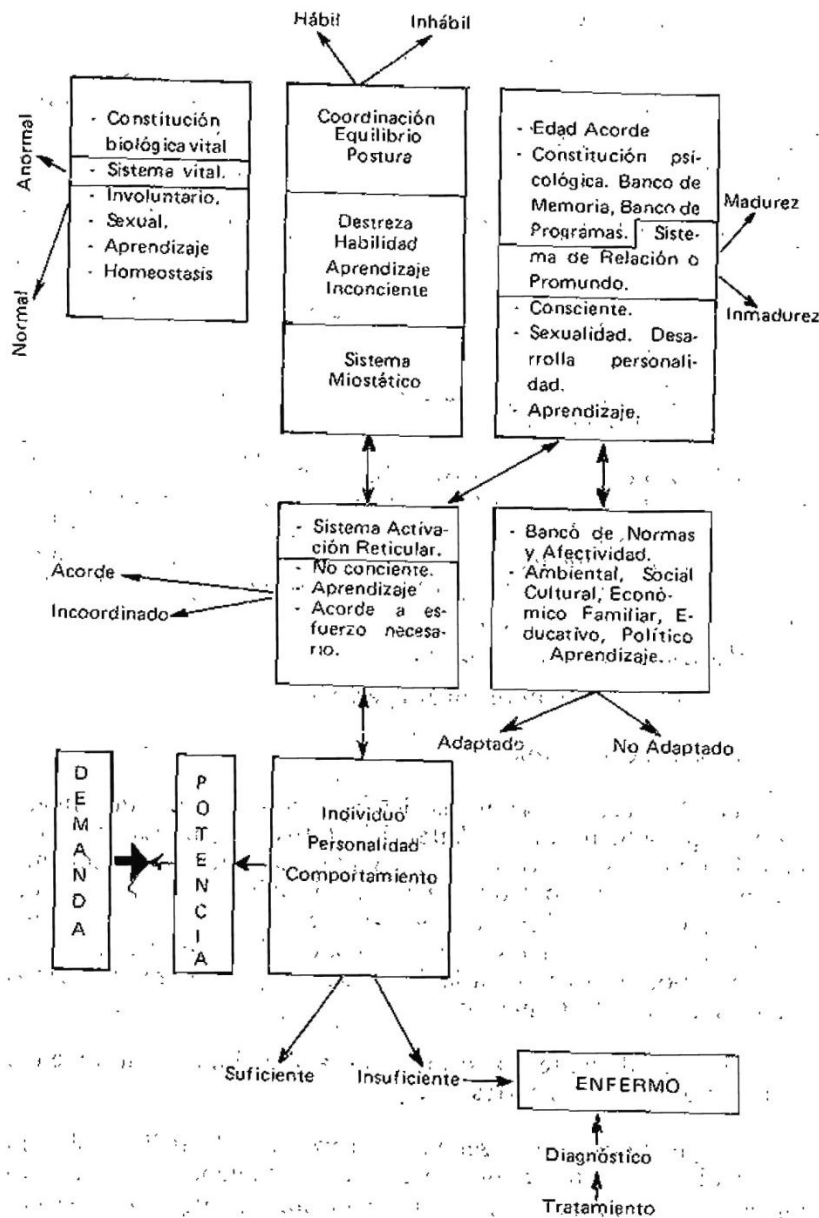
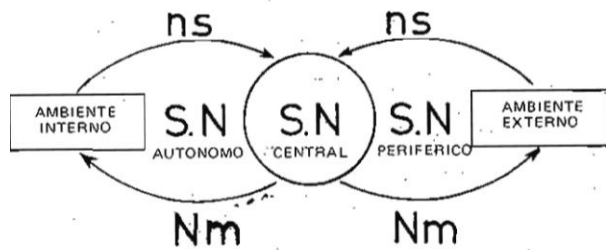


Figura No. 2.3 – Organización Humana.

-Esta sistematización organizada entre los diversos centros y las vías, tiene características de orden y simplicidad en la mayoría de sus estructuras.

.En el Piso Cortical se puede observar un aparente desorden, que se revela inclusive en la morfología microscópica, producida por las variaciones del Aprendizaje y la Personalidad, que van a dar un diverso tipo de conducta y organización para cada ser humano.

.Esta aparente dualidad de orden y desorden, es lo que da el espíritu individual, la originalidad humana, y el concepto de libertad, que son propios de la raza humana y el desarrollo social.



Ns: Neuronas sensoriales, o aferentes

Nm: neuronas motoras o eferentes.

Figura No. 2.4 Relación entre los sistemas de integración y el medio ambiente.

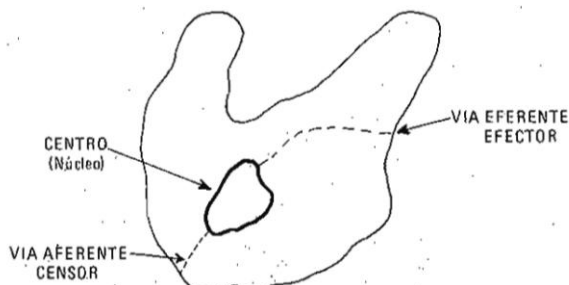


Figura No. 2.5 -. Integración en la Célula.

-El Aprendizaje es como una verdadera gimnasia, que mantiene la excitabilidad y aumenta la conductibilidad neuronal, el intercambio enzimático, y el cambio de la morfología proteica organizada; facilitando o inhibiendo las articulaciones sinápticas y creando o inhibiendo nuevos circuitos adaptados a las funciones a realizarse; dando más precisión y desarrollo, si hay mayor entrenamiento, lo que desarrollará aún más la inteligencia y las destrezas.

.Esta sistematización responde también a una organización segmentaria, intersegmentaria y suprasegmentaria, presidida por la vida personal de cada ser, que darán la unidad de nuestros sistemas de integración, sin obstaculizar las interdependencias de sus grandes mecanismos cerebroespinal, y vegetativo; y su relación con las regulaciones autoinmune, enzimática, humoral, hormonal; y sus pisos organizativos: medular, subcortical y cortical.

-Las diversas y múltiples corrientes históricas que se podrían recordar en la evolución de la neurología, la psicología y la neurociencias; nos lleva a esta estración y a la creacion de las Ciencias Cognitivas, con el cognitivo; donde lo natural, se une a lo artificial, con la inteligencia artificial y su aplicación dentro de las ciencias informáticas.

-También importa recordar, que la psicología en la mayoría de los países, no apareció como un hijo más de las Ciencias de la Salud, creciendo bajo sus bases científicas características; sino que se desarrolló, primero dentro del campo de la Filosofía, absorbiendo su metodología, que tiene características distintas a las científicas. Además, en muchos países, los primeros programas académicos que se crearon, fueron como apéndices de los programas académicos de Sociología existentes, hasta que adquirieron su propia independencia.

.Estos hechos han sido elementos trascendentes de influencia, en la preparación del estudiante de psicología, que lo separaba de la preparación de otros estudiantes, que desarrollan su acción en el campo de la salud.

.También estos hechos y las diversas corrientes imperantes en la Psicología, como la Introspección: que estudiaba los fenómenos conscientes no manifestados a través de la Conducta; la Observación: que realaciona los estímulos previos, en forma subjetiva, con las respuestas de la Conducta; la Experimental: que formula la hipótesis y la verifica en forma objetiva, a través de la observación de los fenómenos provocados; la Psicoanalítica: basada en el psicoanálisis, creado por Freud, donde se usa la interpretación de los sueños, y se crea una realación entre el analista y el paciente, en el curso del tratamiento; la Psicofisiológica: basada en el estudio de las funciones y estructuras primero normales, y luego alteradas de los sistemas de integración, entre los cuales está el sistema nervioso, de acuerdo a criterios científicos y objetivos; la Clínica: que busca conocer el funcionamiento normal y patológico de la psiquis y la conducta, vinculando más estrechamente a la psicología, teniendo como objetivo fundamental, que el diagnóstico debe ser científico, lo más objetivo y preciso posible, porque sino, no se podría elegir y realizar el tratamiento más adecuado, para el caso clínico en estudio; la corriente Neuropsicológica : Que une a las corrientes Psicofisiológica y Clínica, sin descartar algunos hechos positivos de las otras.; y finalmente llegar al cognitivo, de las Ciencias Cognitivas.

-2.2.3)- HISTORIA DE LAS CIENCIAS.

-2.2.3.1)- En la Época Antigua.

-Los principales filósofos de la época opinaron sobre los diversos aspectos de la ciencia, mezclando conceptos empíricos, supersticiosos y teúrgicos, sobre todo en los pueblos que desarrollaron la escritura, y establecieron una sociedad sedentaria.

-2.2.3.2)- En China.

- Shi Nong, 3.700 años A.C., crea la Farmacopea Vegetal, y Hoan Ti, 2.700 años A.C., crea la filosofía de los cinco elementos, donde la materia estaba formada por: madera, fuego, tierra, metal y agua. No se practicaba disección por razones de superstición, por lo que la descripción de los diversos órganos del cuerpo humano era fantástica.

-Se decía que existía un espíritu vital formado por el Yan : principio masculino, y el Yin: principio femenino. El espíritu vital penetraba en el huevo con la fecundación y se renovaba a través de la respiración.

-2.2.3.3)-En la India.

-Los Vedas que eran las revelaciones de Brahma, admiten la doctrina de los cinco elementos de la materia y en el hombre distinguen tres humores que son el aire, la flema y la bilis; siendo la vida un hálito que anima los cuerpos.

Practican la Medicina Teúrgica y no realizan disecciones; por lo que sus conocimientos anatómicos son escasos, aunque hacen operaciones de nariz, cataratas y hernias.

-2.2.3.4)-En la Mesopotamia.

Prof. Dr. Enrique BARMAIMON. Año 2016. 1ª Ed. Virtual. Tomo II. Montevideo, Uruguay.

- 2.000 años A.C., los Caldeos son influenciados por la voluntad divina, teniendo dominio de la astronomía y la matemáticas. Practican una Medicina Teúrgica y disecan animales. Crean la doctrina hemática, donde la sangre es la fuente de la vida, siendo el hígado su centro y el corazón es el centro de la inteligencia. Operan los ojos, los huesos y las heridas.

-2.2.3.5)-En Egipto.

- De 3.200 a 600 años A.C., existe una mezcla de misticismo y empirismo. Los sacerdotes son los depositarios de la ciencia y la cultura. Son muy buenos embalsamadores pero no conocen anatomía.

.Admiten cuatro elementos en la materia que son: el agua, la tierra, el aire y el fuego. Conciben a la vida, como un hálito, igual que los Vedas, siendo su portador el aire y la sangre. Hacen trepanaciones y atienden heridas.

-2.2.3.6) -En América.

- Las culturas Incaica, Azteca y Maya, al comienzo de nuestra era, practican una Medicina Sacerdotal y Teúrgica, mezcla de hechicería y magia, con una influencia astral. Usan la terapéutica vegetal, operan fracturas y hacen trepanaciones, pero tienen muy pocos conocimientos anatómicos y fisiológicos.

-2.2.3.7)-En Grecia,.

- Existe una época Prehipocrática que es instintiva y teúrgica al comienzo, para luego hacerse filosófica con las Escuelas Jónica y Pitagórica.

.En el VI A.C., Tales de Mileto señala que el agua es el principio original. Anaxágoras estudia el cerebro. Diógenes describe las arterias y las venas, siendo el aire el elemento fundamental que será distribuido en todo el cuerpo por las arterias.

.Pitágoras, expresa la importancia de la observación y la experimentación; estudiando el cuerpo humano, los sentidos y la reproducción.

.Aloméon describe los nervios ópticos, y la Trompa de Eustaquio, expresa que el cerebro es el centro de la actividad intelectual, e inicia el estudio de la embriología en los huevos de pollo.

.Empédocles estudia los sentidos, especialmente la audición y el laberinto; explica la fisiomecánica de la respiración, y señala que la sangre llega y sale del corazón.

-En la época Hipocrática, 400 años A.C. su principal exponente fue Hipócrates, que reúne todos los conocimientos de la en una obra de 60 volúmenes. Hace disecciones en animales, describiendo los huesos, los músculos, las articulaciones, el hígado, el corazón y los pulmones.

.Mantiene la Teoría de los cuatro elementos de Empédocles, con los cuatro humores: sangre, moco : flema, bilis amarilla: cólera, y bilis negra : melancolía, que eran producidos por la descomposición de los alimentos. La buena combinación daba la salud y la mala producía la enfermedad; la vida estaba dada por el aire, y el calor innato residía en el corazón, llevado por las arterias a todo el cuerpo. Además, señala que el raciocinio residía en el cerebro, y el sentimiento en el corazón.

-En la época Post-Hipocrática, se observa que el desarrollo alcanzado por las ciencias biológicas, se detiene, 350 años A.C., debido a la influencia negativa, producida por las doctrinas de Sócrates y Platón.

Prof. Dr. Enrique BARMAIMON. Año 2016. 1ª Ed. Virtual. Tomo II. Montevideo, Uruguay.

.Aristóteles, discípulo de Platón, fue un gran observador pero no experimentaba, por lo que llevó a varios conceptos erróneos. Si bien disecaba animales y fetos humanos, creando la Anatomía Comparada y la Embriología, separando los tejidos de los órganos; no disecaba cadáveres, por lo que algunas conclusiones no son ciertas. Crea la doctrina de las tres almas, con el alma vegetativa: existente en los vegetales, que regula la nutrición, el crecimiento y la reproducción; con el alma animal: que se observa en los animales, que comprende lo descrito anteriormente, más el movimiento y la sensibilidad; y el alma racional: que se ve en el humano, comprendiendo todo lo descrito anteriormente, más la inteligencia y la razón.

.En el campo de la Fisiología: describe el pulso, que el riñón excreta la orina, y que la reproducción se realiza por el semen y la sangre menstrual.

Así mismo, expresa que en los fenómenos vitales, el cerebro es un órgano frío, que modera al corazón que es un órgano caliente, que a su vez es refrescado por el pulmón a través del aire inspirado.

También, habla de la putridez que se puede producir en los tejidos.

-2.2.3.8)-La Escuela de Alejandría.

- Va del 300 A.C. hasta 642 años D.C., desapareciendo, al ser conquistada por los Árabes. Aquí se produce una fusión, de las culturas helénica y oriental; transformándose en el centro científico y literario del mundo de esa época. La biblioteca de Alejandría, llegó a tener más de 400.000 volúmenes y tuvo cuatro secciones: Medicina, Astronomía, Matemáticas y Literatura.

.Aquí se observa por primera vez, la separación como disciplinas aparte, de la Ciencia y la Filosofía.

.Tiene gran auge la Anatomía, al disecarse cadáveres.

. Herófilo, 300 años A.C., describe el cerebro y las meninges, diferenciando los nervios motores de los sensitivos. También describe los ovarios, expresando que la vida es generada por una fuerza oculta resultante de las fuerzas nutritiva, calorífica, sensitiva y pensadora, con sedes respectivas en: hígado, corazón, nervios y cerebro.

.Erasístrato, 300 años A.C., describe las circunvoluciones cerebrales, el cerebelo, y las raíces anteriores y posteriores de la médula. Expresa que la sangre pasa de las arterias a las venas a través de finos conductos; que el calor animal es adquirido; y de la importancia de la higiene para las condiciones de salud. Concibe mecánicamente al proceso vital, donde existe el pneumo compuesto por minúsculos átomos, que entran por la boca y la nariz, van a los pulmones y de ahí al corazón izquierdo; habiendo un pneumo vital que va por las arterias, asegurando las funciones vegetativas y un pneumo espiritual que va al cerebro, asegurando los movimientos, la sensibilidad y la inteligencia.

-2.2.3.9)-En la Época Romana.

- Si bien Roma conquista a Grecia es la cultura griega que conquista a Roma.

.La medicina romana antigua era completamente primitiva, pero con esta influencia seguirá las tendencias griega y alejandrina.

.Galeno, 160 años D.C., era de origen griego-asiático. Con él la Biología llega al ocaso, instalándose una larga noche científica que durará doce siglos, hasta que aparezca el amanecer

científico representado por el Renacimiento. Galeno recopila todo el conocimiento de la antigüedad, pero al no disecar cadáveres, conserva muchos errores. establece algunas funciones para el cerebro, la médula, el riñón y los movimientos del corazón. Señala que los testículos segregan el esperma, que el ovario segrega un simiente, que a través de un conducto irá al útero, órgano de la concepción y generación. Expresa que la sangre materna es la encargada de la nutrición y del crecimiento fetal; que la circulación empieza en el tubo digestivo y termina en la carne; determinando que hay tres digestiones: a nivel del tubo digestivo, del hígado y de los órganos y tejidos; que hay tres tipos de residuos que son: las heces, la orina y el sudor; y por último relaciona la vida espiritual con el cerebro, entrando como un fluido a los ventrículos cerebrales, a través de los ojos.

-2.2.3.10)-La Noche Científica.

-Va del siglo III al XV D.C., donde debido al bajo nivel cultural, al feudalismo y a las controversias religiosas, desaparecen los grandes avances obtenidos y los pocos conocimientos científicos existentes, se encuentran en manos de algunos sacerdotes.

.Las tres corrientes existentes al comienzo de esta época son: la corriente Bizantina o Griega, que al caer Alejandría desaparece; la corriente Árabe, que va del siglo VII al XIII D.C., que absorbe la Bizantina y posteriormente la conducirá al Renacimiento; y la corriente Latina u Occidental, que comienza a formarse a partir del siglo XI D.C..

.Se crean las universidades, donde se difunden traducciones latinas de versiones árabes de obras griegas, desarrollándose la Escolástica, donde se estudia y comenta la obra, sin hacer ni agregar, ningún grado de observación. También en esta época, las concepciones teológicas católicas, señalaban que el ventrículo anterior almacenaba a la inspiración y a la percepción; que el ventrículo medio alojaba al intelecto; y que el ventrículo posterior contenía la memoria, y donde se expresaba que el alma y la memoria representaban lo mismo.

-2.2.3.11)- El siglo XIV D.C.

-, Señala una próspera época de viajes y descubrimientos, donde se redescubre a la antigüedad, en especial a Grecia y Roma.

. Esta difusión es ayudada por el descubrimiento de la imprenta, en China primero y luego en occidente; donde los grandes artistas retornan a la naturaleza, a su observación y a desarrollar la ciencia.

.Será unos años después en 1440, que se inventa la tipografía y la adaptación de una prensa, por Gutenberg, imprimiéndose una "Biblia" y otros libros, como el "Salterio de Maguncia"; apareciendo numerosos talleres por Europa, con caracteres góticos, para ir dando paso a los itálicos y romanos. Gracias a la imprenta, la cultura se extiende de los letrados eclesiásticos y de los monasterios, se difunde a otras capas sociales, permitiendo la difusión de ideas, ofreciendo la oportunidad de pensar por sí mismo, pilar fundamental para hacerse más libre, y poder universalizarse la cultura y el conocimiento.

.-2.2.3.12)- El Humanismo.

Prof. Dr. Enrique BARMAIMON. Año 2016. 1ª Ed. Virtual. Tomo II. Montevideo, Uruguay.

- Que comienza en el siglo XV, hace aún más énfasis en el estudio de la antigüedad griega, en especial de la ciencia. Figuras como: Leonardo da Vinci o Miguel Ángel, son: físicos, matemáticos, filósofos, naturalistas, y además pintores y escultores.
. Hacen investigación, observación y experimentación. Disecan cadáveres, haciéndoles atlas de dibujos, y corrigen muchos errores galénicos. Importa señalar que intuyen el metabolismo, describen los movimientos cardíacos, la fisiología muscular, al ojo y como la imagen se forma en la retina.

-2.2.3.13)- La Reforma.

-En el siglo XVI, es la protesta contra el Humanismo. En 1520, Paracelso , médico alquimista, impulsa los estudios químicos, introduciéndolos dentro de las Ciencias Biológicas, creando sus siete reglas, que son: mejorar la salud, desterrar el pesimismo, hacer todo el bien que sea posible, olvidar toda ofensa recibida, recogerse todos los días en algún lugar donde no pueda ser turbado, guardar silencio en los asuntos personales y no temerle al día de mañana;; que le permita no quejarse de nada, dominar sus sentidos, y huir de la humildad y de la vanidad.

.Vesalio, en 1540, rompe los axiomas de Galeno, señalando que la Anatomía solo debe de ser estudiada en el cadáver. Publica su tratado de Anatomía, donde en el corazón, separa las cavidades derechas de las izquierdas.

.Servet, en 1545, afirma los principios de la circulación pulmonar.

.Eustachio, en 1550, estudia los órganos de fonación y la distribución de los nervios en los músculos.

.Falopio, en 1555, estudia el sistema nervioso y la reproducción, descubriendo la placenta.

.Cesalpino, en 1580, expresa que el corazón es el centro circulatorio, existiendo una gran y una pequeña circulación, pero todavía no comprende la hematosi.

.Fabricio, en 1580, funda la Embriología moderna y descubre las válvulas venosas.

.Los naturalistas comentadores: Turner, Cordus y Belón, reconocen plantas y vegetales descritos por los antiguos, así como nuevos ejemplares traídos de América.

.Los naturalistas enciclopedistas como Gerner, ordenan el conocimiento y se marca el comienzo de la Zoología.

.Jansen, en 1590, descubre al microscopio.

-2.2.3.14)-Durante los siglos XVII y XVIII.

- Se desarrolla la Biología Moderna, donde la naturaleza, inmenso campo desconocido, servirá para satisfacer las ansias de investigación y conocimiento del hombre.

.La Fisiología aparecerá como disciplina independiente y se desarrollarán la Química, la Física y la microscopía.

.Bacón, en 1610, crea la Metodología de las ciencias.

.Descartes, en 1620, con su racionalismo y concepto del mundo infinito, lleva a la idea de que el conocimiento se tiene que buscar en profundidad, cuando no se puede realizar en extensión.

.Se crean las Revistas y las Sociedades Científicas, así como los Museos, que tendrán gran importancia para la difusión del conocimiento.

.Definitivamente se derrumban las teorías galénicas, Harvey en 1628, describe la circulación general y Bertholin, en 1650, describe a los vasos linfáticos.

.Se perfecciona el microscopio compuesto, permitiendo que Malpighi, en 1661, descubra los vasos capilares y cuatro años más tarde a los glóbulos rojos. También describirá la estructura microscópica del pulmón, hígado, bazo, riñón y piel.

.Se crean diversos sistemas de clasificación por Jung, en 1620 y Ray ,en 1680. Lineo. en 1729, clasifica a las plantas.

.Los Yatrofísicos, agregan la mecánica y la hidráulica a la Biología. Sartorio, en 1620, utiliza en el hombre, el termómetro para medir la temperatura, el péndulo para determinar su pulso, y la balanza para pesarlo. Borelli, en 1680, señala los fenómenos mecánicos de la respiración y el papel de los músculos torácicos.

.Van Haller, en 1740, desarrolla la doctrina de la irritabilidad muscular, separándola de la conductividad nerviosa.

. Galvani, en 1760 y Valle, en 1780, introducen la electricidad en la Fisiología.

.Los Yatroquímicos, explican los fenómenos vitales por acciones químicas, siendo los precursores de la Química Biológica.

.Silvio, en 1650, señala que los alimentos en el organismo, sufren cambios químicos.

. Lavoisier, en 1763, habla del papel del oxígeno, asimilando la respiración a la combustión.

.Willis y Lanusi, señalan que los procesos psíquicos se originan en la glándula pineal mayor y plantea la hipótesis que la memoria se localiza en la corteza cerebral; que la imaginación y la razón en la sustancia blanca, que la voluntad estaría en los ganglios basales y que en el cerebelo serían integradas todas ellas.

.Gall, señala diversas localizaciones en la sustancia gris cortical, en forma arbitraria: de la sociabilidad, cobardía, valentía, amor paternal, instinto sexual y otros; mientras que Haller, señala el concepto inverso, de que el cerebro es un todo y no una serie de localizaciones.

.Cuvier, en 1790, crea la Paleontología y la Anatomía Comparada.

-2.2.3.15)- -La Biología Contemporánea.

- Abarcará los siglos XIX y XX, donde se producirán grandes avances de la Física y la Química, desarrollándose la: Histología, Embriología, Genética, Bacteriología, Inmunología, Bioquímica, Física Atómica , Electrónica, Informática y otros; haciendo que el conocimiento llegue a alturas insospechadas.

-Se observan varias corrientes filosóficas, entre las que se destacan el Criticismo de Kant, que expresa que la naturaleza es una obra incompleta; oponiéndoseles el Materialismo de Haeckel, en 1850; y el Positivismo con Comte. Entre éstos, la escuela inglesa se orienta a los problemas psicológicos, con Stuart Mill, que desarrolla el concepto de que el conocimiento humano tiene su origen y su límite en la experiencia observable, que son realizadas por la mente, a través de un asociacionismo psíquico, por procesos de inducción, que permiten derivar conocimientos universales , en forma probable, de la observación de fenómenos particulares; y la escuela francesa, con Diderot y D'Alembert, que va hacia el enciclopedismo, reuniendo todo el conocimiento existente, para que permita el desarrollo social, a través del uso de la razón y

democratizando el saber, para cubrir las necesidades de la revolución industrial y el desarrollo económico.

-Además, Mill desarrolla conceptos sobre el poder de la sociedad sobre el individuo, sobre la libertad social y la tiranía de la mayoría, sobre el concepto de libertad : el individuo ha de ser libre para hacer cuanto desee, mientras no dañe al prójimo; sobre el concepto de libertad de expresión ; sobre el concepto de derechos humanos y esclavitud; sobre su conexión con el feminismo ;y sobre el utilitarismo.

. Da el fundamento lógico, para que se esboce el desarrollo de la Sociología y la Psicología.

.Con el Materialismo, la Ciencia se hace impersonal, recurriéndose a la experimentación como fuente del conocimiento.

.Con el Darwinismo, en 1880, se acentúa aún más el divorcio entre la Filosofía y la Ciencia, al señalarse la transformación de las especies, y la herencia de los caracteres adquiridos; cimentándose la doctrina celular y el descubrimiento de los gérmenes.

-A nivel del cerebro, sigue la lucha entre los localizacionistas y los asociacionistas. Fluorensen, en 1842, señala nuevamente que el cerebro es un todo único; mientras que Broca, en 1861, expresa que las funciones cerebrales están localizadas, especialmente las áreas motoras de la palabra. Wernicke, en 1874, describe el área sensitiva de la palabra; lo que determina el auge de las teorías que sostienen que los procesos patológicos se localizaban en áreas limitadas.

.Meynert, en 1868, describe la citología cortical .

.Sechenov y Goltz expresan que los estímulos van de los órganos sensoriales hacia los centros.

.Bastian, en 1869, describe el centro de la memoria visual;Exner, en 1881, el centro de la escritura; y Charcot, en 1887, el centro de la ideación.

.Betz, describe las células piramidales gigantes en la corteza cerebral.

.Fritsch exitando la corteza cerebral con estímulos eléctricos, obtiene la contracción de músculos esqueléticos.

.Freud, en 1900, crea sus doctrinas sobre el Psicoanálisis.

.D'Arsonval y Sterling, en 1902, hablan de mecanismos humores de regulación, así como de la existencia de las hormonas.

.Pavlov, en 1925, describe los reflejos condicionados.

.Ramón y Cajal, en 1928, con técnicas de tinción especiales, describe a las neuronas cerebrales.

-2.2.3.16)-En los Últimos Setenta años.

- Ha continuado la polémica entre las dos escuelas, los localizacionistas con: Vogt, Sherrington, Denny-Brown, Ericson, Rasmussen y Jasper, que crean mapas de la corteza cerebral ,y los asocianistas como: Pierre Marie, Goldstein, Honorio Delgado, que los contradicen y señalan que la alteración de los procesos psíquicos, está en relación directa a la extensión de la lesión y no de su localización. Estas controversias, con sus grandes aportes, han permitido la creación de la Neurología, la Neuroanatomía, la Neurofisiología, la Neurocirugía y la Psicofisiología.

-2,2.3.17)- La Escuela Reflexológica.

- Describe que la función o sistema funcional, es un conjunto de complejas conexiones temporales, secundarias a una compleja actividad refleja, producida por sectores excitadores e inhibidores del Sistema Nervioso, para poder asegurar un equilibrio con el medio. Esta adaptación puede ser fisiológica y psicológica, existiendo centros dinámicos, donde hay

Prof. Dr. Enrique BARMAIMON. Año 2016. 1ª Ed. Virtual. Tomo II. Montevideo, Uruguay.

elementos diferenciados y otros que se pueden integrar entre ellos. En este grupo se encuentran: Luria (1947), Conrad (1954), Rusell (1961), Kleitz (1962), Milner (1964), Zangwill (1967), Bentón (1971), Geschwind (1975), el autor Barmaimon (1984) y otros.

-2.2.3.18)- Ciencias Cognitivas.

-La cognoscibilidad, el cognoscente, lo cognoscible y la intercognoscibilidad, se convierten en los objetos de estudio de las ciencias cognitivas, con el apoyo de tecnologías objetuales, como es .por Monitoreo de las relaciones; "mente - cerebro", por medio de [tomografías encefálicas](#)(PET)

.La preocupación por desarrollar investigaciones científicas y tecnológicas, en torno a los fenómenos del comportamiento, de la mente y de la inteligencia, estuvo presente en muy diversos programas de investigación y en enfoques, desde finales del siglo XIX, y durante la primera mitad del siglo XX. Por eso a mediados del siglo XX, surgieron con relativa independencia, diversos enfoques con objetos de estudios convergentes, pero con metodologías divergentes.

. Sería posible evidenciar esto, en los estudios de: [psicología cognitiva](#) de: [Lev Vygotski](#), [Aleksander Lúriya](#), [Jean Piaget](#) y [Jerome Bruner](#); de [psicología de la Gestalt](#) o de la forma, por parte de [Max Wertheimer](#), [Wolfgang Köhler](#), [Kurt Koffka](#) y [Kurt Lewin](#); de [cibernética](#) de [Warren McCulloch](#) y [Norbert Wiener](#); y de [psicobiología cognitiva](#) de [Karl Lashley](#) y [Donald Hebb](#).

.En este contexto, a finales de la década de 1950 e inicios de la de 1960, surgieron esfuerzos transdisciplinarios para lograr una convergencia teórica y metodológica:

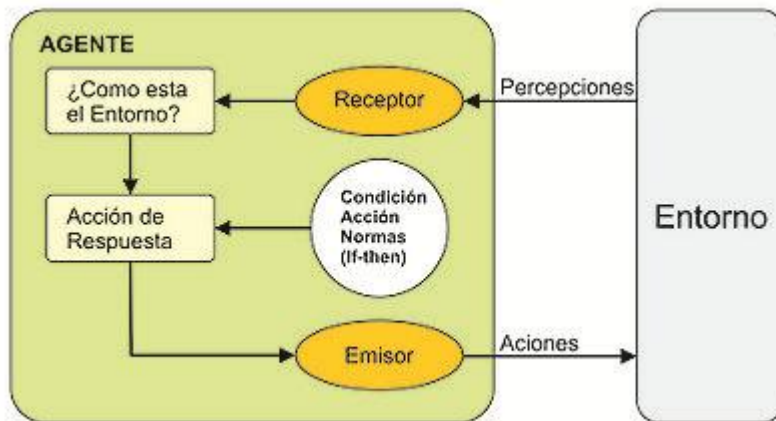
. Un primer intento: lo realizaron un psicólogo: [Allen Newell](#) y un economista: [Herbert Simon](#), integrando investigaciones de psicología cognitiva, con las incipientes técnicas de programación lógica, construyendo los primeros jugadores de ajedrez y demostradores de teoremas automáticos, que se convirtieron entonces, en los primeros pasos de la disciplina, que eventualmente [John McCarthy](#), creador del lenguaje [LISP](#), denominaría como: [Inteligencia Artificial](#).

-Categorías de la inteligencia artificial: Stuart Russell y Peter Norvig, diferenciaron los tipos de la inteligencia artificial⁵, que son:

- Sistemas que piensan como humanos: sistemas que tratan de emular el pensamiento humano; por ejemplo: las [redes neuronales artificiales](#), donde La automatización de actividades, están vinculadas con procesos de pensamiento humano, actividades como: la [Toma de decisiones](#), [Resolución de problemas](#) y [aprendizaje](#).⁶
- Sistemas que actúan como humanos: sistemas que tratan de actuar como humanos; que imitan el comportamiento humano; por como la [robótica](#). El estudio de cómo lograr que las computadoras realicen tareas, que, por el momento, los humanos hacen mejor.⁷
- Sistemas que piensan racionalmente: Es decir, con lógica (idealmente), que tratan de imitar o emular el pensamiento lógico racional del ser humano; por ejemplo ,los [sistemas expertos](#). El estudio de los [cálculos](#) que hacen posible [percibir](#), [razonar](#) y actuar.⁸
- Sistemas que actúan racionalmente (idealmente): que tratan de emular en forma racional el comportamiento humano; por ejemplo, los [agentes inteligentes](#); que estaría relacionado con conductas inteligentes en [artefactos](#).⁹

-El primer modelo de inteligencia artificial fue de tipo funcionalista, que se sustentó en la [Tesis de Church-Turing](#). Newell y Simon, ensamblaron el primer programa transdisciplinario de investigación en las ciencias cognitivas: "*La hipótesis del sistema de símbolos físicos*",³ que permitió la modelación funcionalista de la mente y su emulación en plataformas de

computación electrónica; presentándolo [Allen Newell](#) y [Herbert Simon](#), en un simposio en el [MIT](#), en 1956, con el título de: "La máquina de la teoría lógica", ⁴ siendo la primera demostración completa de un [teorema](#) realizado por una [computadora](#).



-Agente Inteligente Simple.

.En el mismo simposio, [Noam Chomsky](#) esbozó: "Tres modelos de lenguaje", donde presentaba su [modelo transformacional de la gramática](#); y el psicólogo [George Miller](#), explicó su trabajo sobre representaciones mentales, con fragmentos de información que son codificadas y descodificadas en la mente.

.Los esfuerzos por lograr una convergencia teórica y metodológica, realizados por [John McCarthy](#), [Marvin Minsky](#), [Allen Newell](#), y [Herbert Simon](#), permitieron el surgimiento de la [inteligencia artificial](#), que no solo es transdisciplinaria, sino que deshace las fronteras rígidas entre la ciencia, la tecnología y la filosofía.

.De esta manera, emergería de manera incipiente, la primera comunidad de tecno-científicos cognitivos; la cual permitió a cada uno desde sus respectivos ámbitos, dar cuenta que la psicología experimental humana, la lingüística teórica, y la simulación artificial de procesos cognitivos, podían integrarse transdisciplinariamente, en una "totalidad de mayor rango explicativo", que cada una de las disciplinas por separado; esta nueva comunidad tecno-científica, en los años posteriores, gradualmente integrará sus aplicaciones metodológicas, en una jerga en común, con términos teóricos y no-teóricos; que consolidó un núcleo teórico, que eventualmente recibió la denominación de "*ciencias cognitivas*".

-Por ello, sería posible ubicar sus orígenes institucionales, a mediados de la década de 1970, con la fundación de la "*Cognitive Science Society*" y la revista "*Cognitive Science*", donde se han publicado algunos de los textos, que se consideran clásicos de las ciencias cognitivas.

.Desde entonces, se han diversificado los ámbitos de [investigación](#) cognitiva; los centros, [institutos](#), grados y [postgrados](#) de estudios cognitivos alrededor de todo el mundo; a partir de lo cual, se ha dado una alta densidad de resultados de investigaciones transdisciplinarias, y una multiplicidad de [publicaciones](#) periódicas, [libros](#) y [enciclopedias](#); convirtiéndose todo ello en una verdadera [revolución](#) cognitiva. Actualmente, existen programas de ciencia cognitiva, en más de sesenta universidades de todo el mundo.⁵

-2.2.3.19)- -Tiempo Actual y Futuro.

En los últimos años, los grandes avances de la Física Atómica, de la Fisiología, de la Microscopía Electrónica, de la Ultrabioquímica, de los Analizadores, de la Nanología, de las sustancias marcadas, de los medios de diagnóstico, de la computación, de la microcirugía, de la

monitorización, de los Positrones, de la Tomografía, de la resonancia Magnética, de la Videocirugía y Videodiagnóstico, de la Ecoscopia, de la Cirugía y Anestesia Robótica y muchos otros; han llevado al descubrimiento de los Neurotransmisores y de los fenómenos bioquímicoelectricos, que han permitido nuevas explicaciones, nuevos procedimientos diagnósticos y por consiguiente nuevos tratamientos, permitiendo el avance de la Psicofisiología, Neuropsicología, Anestesiología y la Intensificación de Cuidados; al conocer mejor los Conjuntos Neuronales, los Sistemas Funcionales y los Pisos Anatomofuncionales. Además, se ha observado la gran analogía existente entre los Centros de Integración y las computadoras actuales, así como la existencia de sistemas reguladores químicos y autoinmunes, que junto a los nerviosos, están formando nuestros Sistemas de Integración.

.Todo esto, abre un porvenir amplio y promisor, que nos permitirá contar en los próximos años con mejores técnicas diagnósticas y nuevos procedimientos terapéuticos, que permitirá mejorar el pronóstico de los pacientes en este campo.

-2.2.4)- ORGANIZACIÓN GENERAL NERVIOSA ,

-Índice:

-2.2.4)- ORGANIZACIÓN GENERAL NERVIOSA ,

-2.2.4.1)- [Consideraciones Generales.](#)

-2.2.4.2)- Neuroembriología Evolutiva..

-2.2.4.3)- [Neurohistología](#) .

-2.2.4.3.1 [Células gliales](#)

-2.2.4.3.1.1)- [Clasificación Topográfica.](#)

-2.2.4.3.1.2)- [Clasificación Morfo-funcional.](#)

-2.2.4.3.2 [Neuronas](#) .

-2.2.4.3.2.1)- [Clasificación Morfológica.](#)

-2.2.4.3.2.2)- [Clasificación Fisiológica.](#)

-2.2.4.3.3)- [Señales Neuronales.](#)

-2.2.4.4)- [Sistema Nervioso en los Animales](#) .

-2.2.4.4.1)- [Animales Doblásticos.](#)

-2.2.4.4.2)- [Animales Protóstomos.](#)

-2.2.4.4.3)- [Animales Deuteróstomos](#)

-2.2.4.5)- [Sistema Nervioso Humano](#) .

-2.2.4.5.1)- [Sistema Nervioso Central.](#)

-2.2.4.5.2)- [Sistema Nervioso Periférico.](#)

-2.2.4.5.3)- [Clasificación Funcional.](#)

-2.2.4.6)- [Neurofarmacología.](#)

-2.2.4.7)- [Véase también.](#)

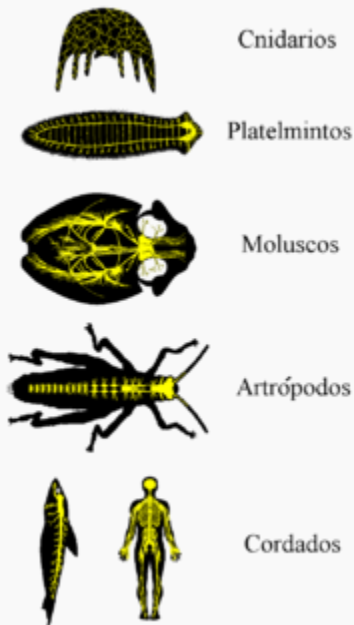
-2.2.4.8)- [Notas.](#)

-2.2.4.9)- [Referencias](#)

-2.2.4.10)- [Enlaces Externos.](#)

-2.2.4.1)- Consideraciones Generales.

-Evolución Embriológica Sistema Nervioso



Sistema nervioso de distintos filos animales.

Función	Coordinación rápida
	y efectiva de todas las funciones corporales para responder de forma apropiada a los cambiantes estímulos del medio ambiente. ¹
Estructuras básicas	Histológicas
	Neurona
	Neuroglía
	Por la función refleja ²
	Sistema aferente
	Sistema de asociación
Estructuras básicas	Sistema eferente
	Anatómicas ²
	SN central
	SN periférico
	Según su función ²
	SN autónomo
Estructuras básicas	SN somático

-El sistema nervioso es una red de [tejidos](#) de origen [ectodérmico](#)^{3 4 5} en los animales [diblasticos](#) y [triblasticos](#) cuya unidad básica son las [neuronas](#). Su función primordial es la de captar y

procesar rápidamente las señales, ejerciendo control y coordinación sobre los demás órganos, para lograr una adecuada, oportuna y eficaz interacción con el medio ambiente cambiante.¹

. Esta rapidez de respuestas que proporciona la presencia del sistema nervioso, diferencia a la mayoría de los animales ([eumetazoa](#)), de otros seres [pluricelulares](#) de respuesta [motil](#) lenta, que no lo poseen como los: [vegetales](#), [hongos](#), [mohos](#) o [algas](#).

.Cabe mencionar que también existen grupos de animales : [parazoa](#) y [mesozoa](#), como los [poríferos](#),^{6,7,8} [placozoos](#) y [mesozoos](#), que no tienen sistema nervioso porque sus tejidos no alcanzan la misma [diferenciación](#), que consiguen los demás animales, ya sea porque sus dimensiones o estilos de vida son simples, arcaicos, de bajos requerimientos o de tipo [parasitario](#).

-Las [neuronas](#) son [células](#) especializadas,⁹ cuya función es coordinar las acciones de los [animales](#)¹⁰, por medio de señales químicas y eléctricas, enviadas de un extremo al otro del organismo.

.Para su estudio desde el punto de vista anatómico el sistema nervioso se ha dividido en [central](#) y [periférico](#), sin embargo para profundizar su conocimiento desde el punto de vista funcional, suele dividirse en [somático](#) y [autónomo](#).²

.Otra manera de estudiarlo y desde un punto de vista más incluyente, abarcando la mayoría de animales, es siguiendo la estructura funcional de los reflejos, estableciéndose la división entre [sistema nervioso sensitivo o aferente](#), encargado de incorporar la información desde los receptores, en sistema de asociación, encargado de almacenar e integrar la información, y en [sistema motor o eferente](#), que lleva la información de salida hacia los efectores.²

-El [arco reflejo](#) es la unidad básica de la actividad nerviosa integrada¹¹ y podría considerarse como el circuito primordial, del cual partieron el resto de las estructuras nerviosas. Este circuito pasó de estar constituido por una sola neurona multifuncional en los diblásticos¹², a dos tipos de neuronas en el resto de los animales llamadas [aferentes](#) y [eferentes](#). En la medida que se fueron agregando intermediarios entre estos dos grupos de neuronas con el paso del tiempo evolutivo, como interneuronas y circuitos de mayor [plasticidad](#), el sistema nervioso fue mostrando un fenómeno de concentración en regiones estratégicas, dando pie a la formación del [sistema nervioso central](#), siendo la [cefalización](#) el rasgo más acabado de estos fenómenos.

-Para optimizar la transmisión de señales existen medidas como: la [redundancia](#), que consiste en la creación de vías alternas, que llevan parte de la misma información, garantizando su llegada a pesar de los daños que puedan ocurrir; la [mielinización](#) de los [axones](#) en la mayoría de los vertebrados y en algunos invertebrados, como [anélidos](#) y [crustáceos](#), es otra medida de optimización, donde este tipo de recubrimiento incrementa la rapidez de las señales y disminuye el calibre de los axones ahorrando espacio y energía.

-Otra característica importante es la presencia de [metamerización](#) del sistema nervioso, es decir, aquella condición donde se observa una subdivisión de las estructuras corporales, en unidades que se repiten con características determinadas. Los tres grupos que principalmente muestran esta cualidad son los [artrópodos](#), [anélidos](#) y [cordados](#).¹³

Filo	Superfilo	Cambios en la gastrula	Sistema nervioso	Centralización	Metamerización	Cefalización	Mielinización
Ctenóforos	Diblásticos	Especializa	Difuso	No	No	0	No

		ción de la CGV ^{nota 3}					
Cnidarios	Diblasticos	Especializa ción de la CGV	Difuso/Ciclon euro	No/Si	No	0	No
Platelmintos	Protóstomos platizoos	Especializa ción de la CGV	Hiponeuro	Si	No	+	No
Nematodos	Protóstomos ecdisozoos	Gastrorrafi a	Hiponeuro	Si	No	+	No
Artrópodos	Protóstomos ecdisozoos	Gastrorrafi a	Hiponeuro	Si	Si	+++	Crustáceos¹⁴
Moluscos	Protóstomos lofotrocozoos	Gastrorrafi a	Hiponeuro	Si	No	++++	No
Anélidos	Protóstomos lofotrocozoos	Gastrorrafi a	Hiponeuro	Si	Si	++	Oligoquetos¹⁴ Poliquetos¹⁴
Equinodermos	Deuteróstomos	Isoquilia	Cicloneuro	Si	No	0	No
Hemicordados	Deuteróstomos	Isoquilia	Cicloneuro	Si	No	+	No
Cordados	Deuteróstomos	Nototenia	Epineuro	Si	Si	+++++	Vertebrados¹⁴

-2.2.4.2)- Neuroembriología Evolutiva.

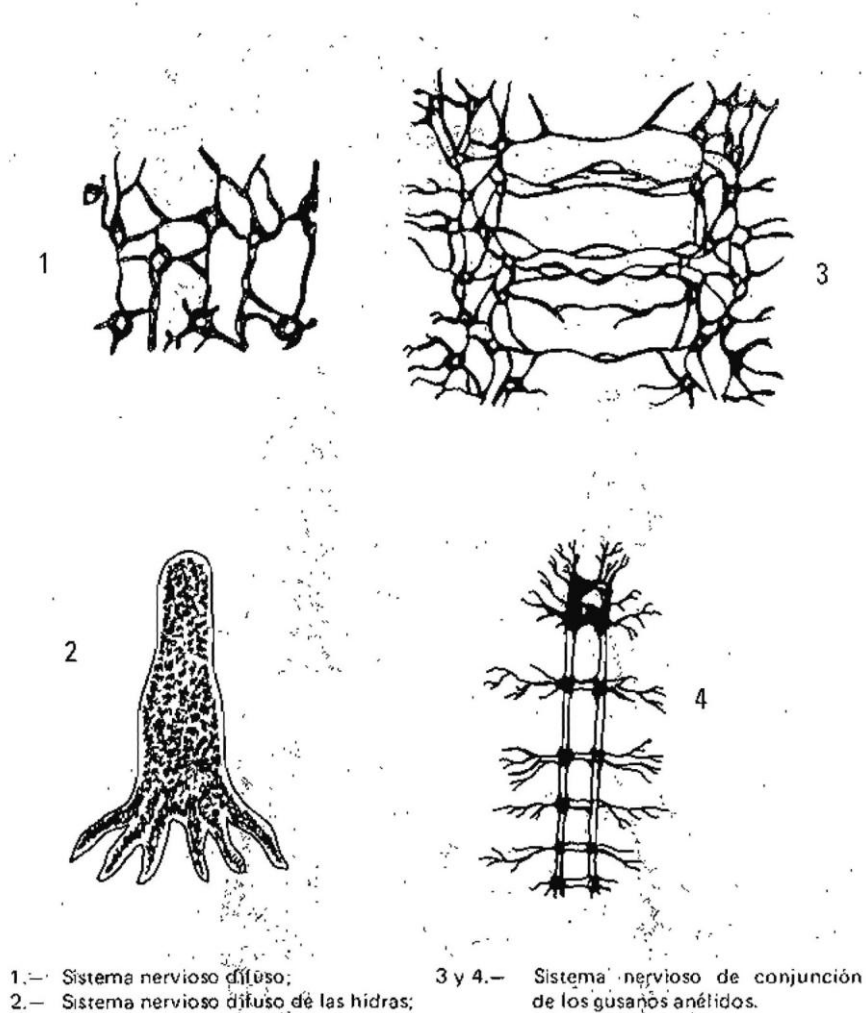
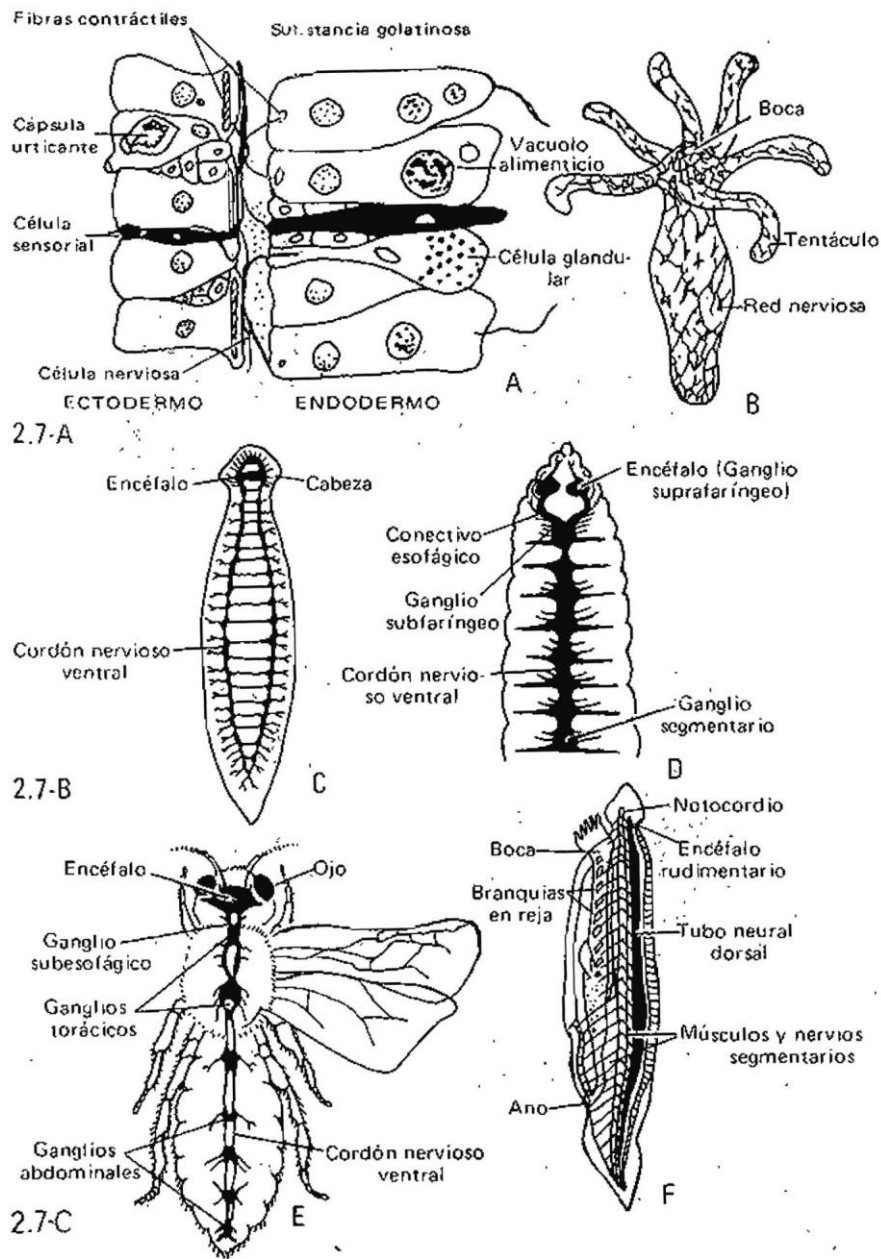


Figura No. 2.6: Etapas en el desarrollo del Sistema Nervioso.



Figuras Nos. 2.7-A, 2.7-B, 2.7-C – Sistemas Nerviosos primitivos, A y B, Hydra; C, Planaria; D, Lombriz de tierra; E, Abeja; F, Anfioxo.

5. **Moluscos:** Como el pulpo, tiene también organizaciones independientes en segmentos pero convergiendo hacia un centro común, situado en la parte cefálica.

6. **Los Artrópodos (Insectos).** Además de la organización segmentaria se desarrolla una organización intersegmentaria, que une a los diversos segmentos, desarrollándose dos cordones nerviosos situados en posición central que unen a los diversos ganglios. Los dos primeros ganglios tienen preponderancia sobre los otros. También aquí se desarrollan sensores especializados que originan los sentidos (Ver Figura No. 2.7 y No. 2.8).

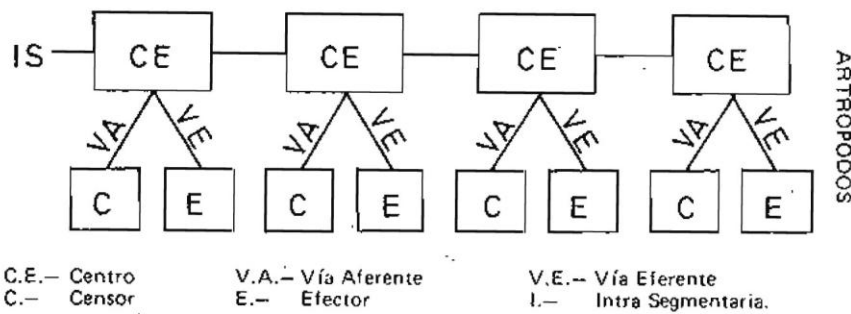


Figura No. 2.8 - Organización Artrópodos.

7. **Los Peces:** La organización Intersegmentaria (médula) es protegida por la cuerda dorsal (columna). Su parte anterior se ensancha, vesícula cerebral primitiva, que creará una anterior (prosencéfalo), medio (mesencéfalo) y posterior (metencéfalo), que también serán protegidos por formación ósea. Esto es comienzo de organización Suprasegmentaria. Mejor desarrollo de Sensores. (Ver Figura No. 2.9).

8. **Los Anfibios y Réptiles:** Tienen más desarrollado las vesículas primitivas y los sentidos (Ver Figura No. 2.10 y No. 2.11).

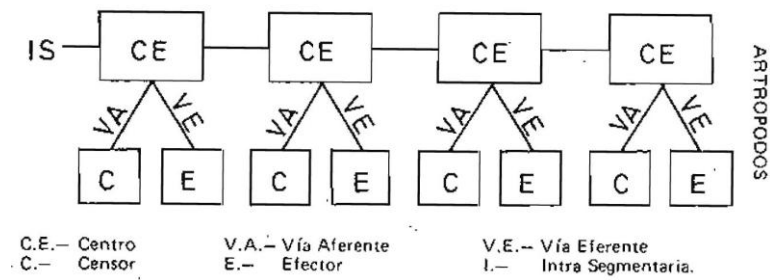


Figura No. 2.8 — Organización Artrópodos.

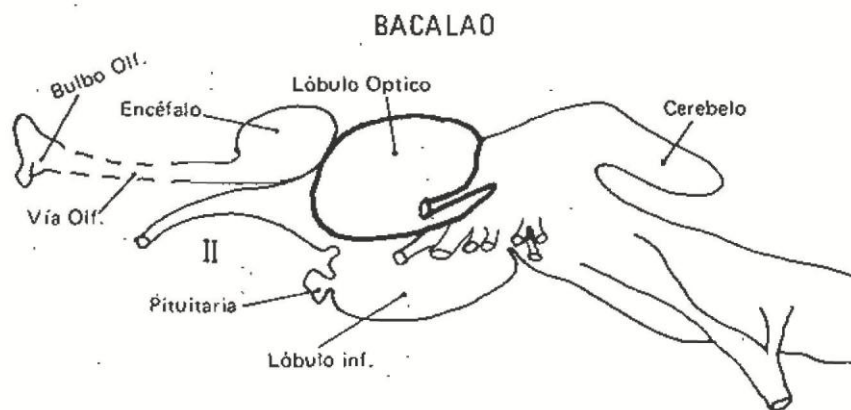


Figura No. 2.9 — Organización Peces (Bacalao)

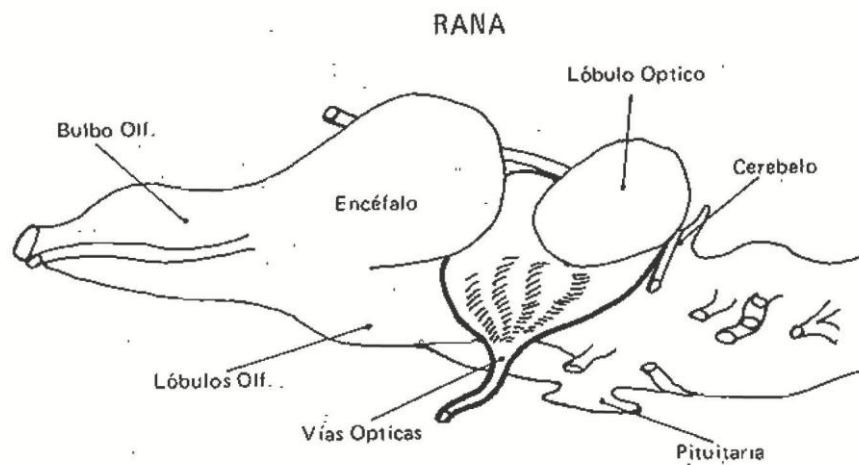


Figura No. 2.10 – Organización Anfibios (Rana).

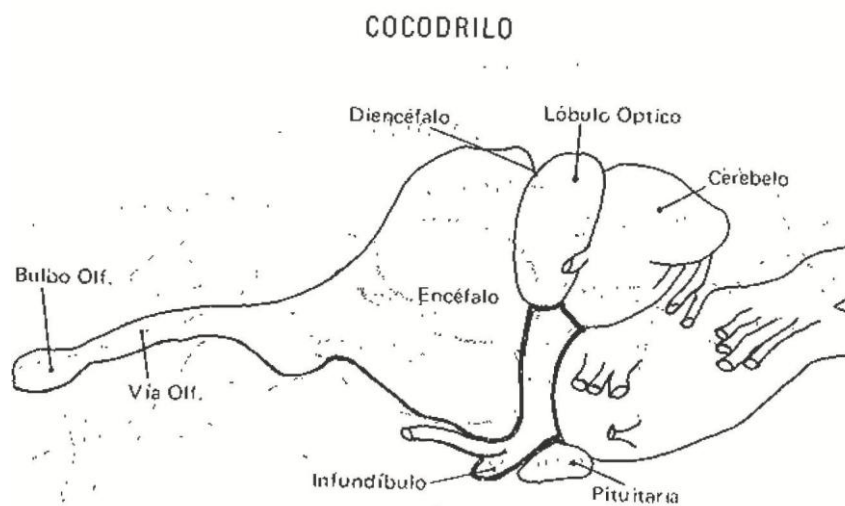


Figura No. 2.11 -- Organización Reptiles (Cocodrilo)

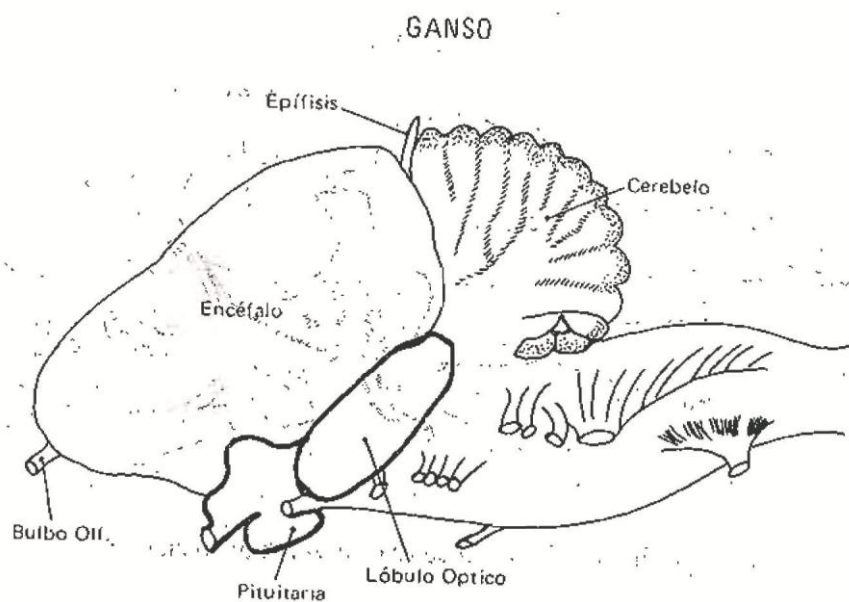


Figura No. 2.12 – Organización Aves (Ganso)

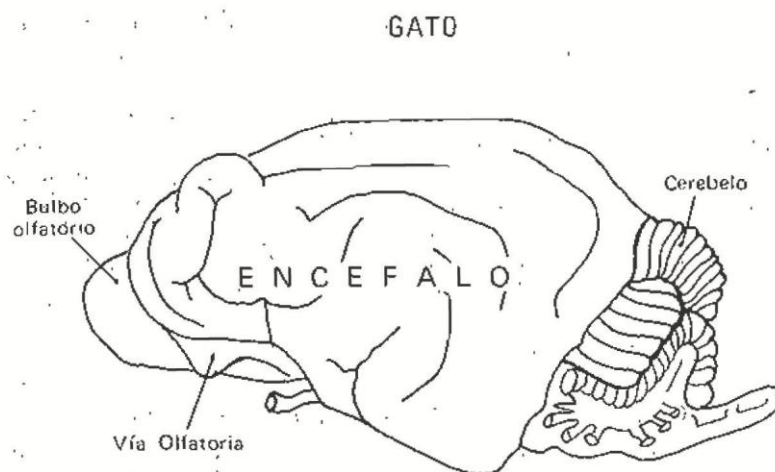


Figura No. 2.13 – Organización Mamíferos (Gato)

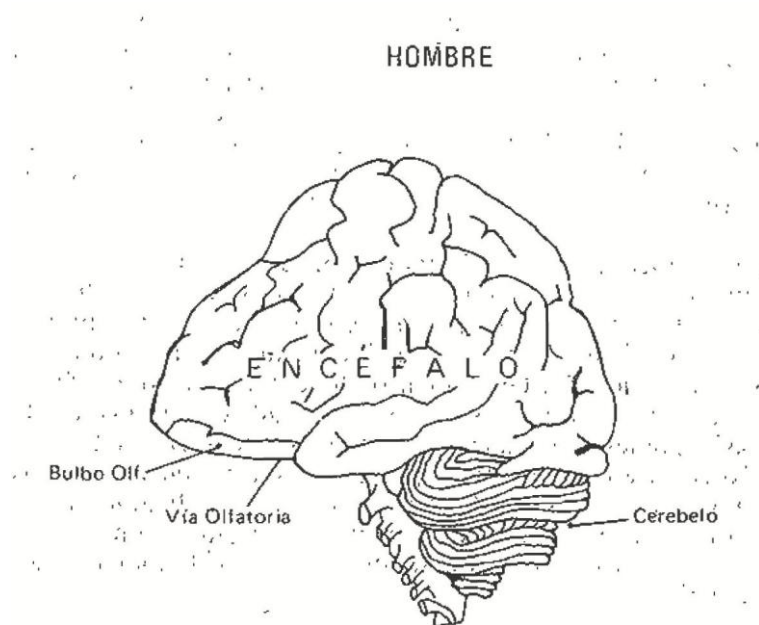


Figura No. 2.14 - Organización del Hombre



Fig. No. 4.6
Célula Muscular Lisa

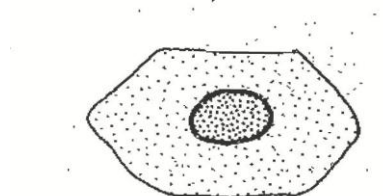


Fig. No. 4.5
Célula Endotelial

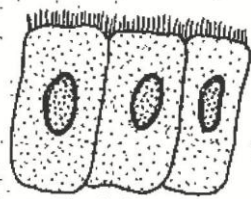


Fig. 4.7
Célula Mucosa Intestinal

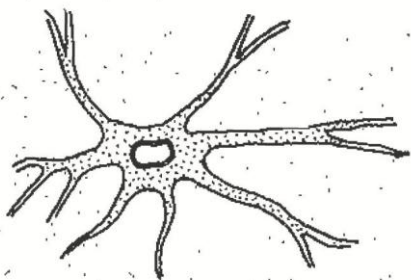


Fig. No. 4.8
Célula Nerviosa

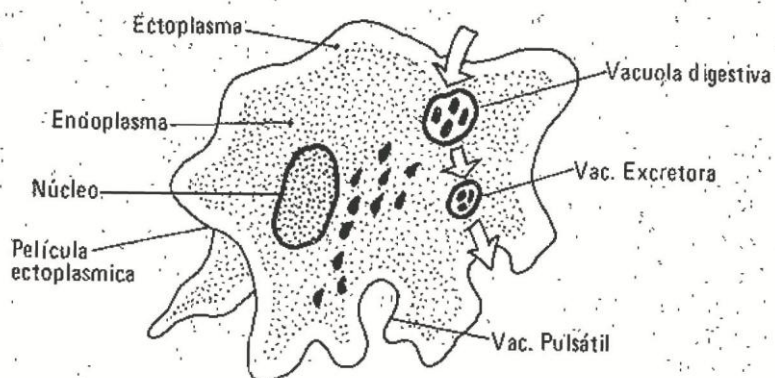
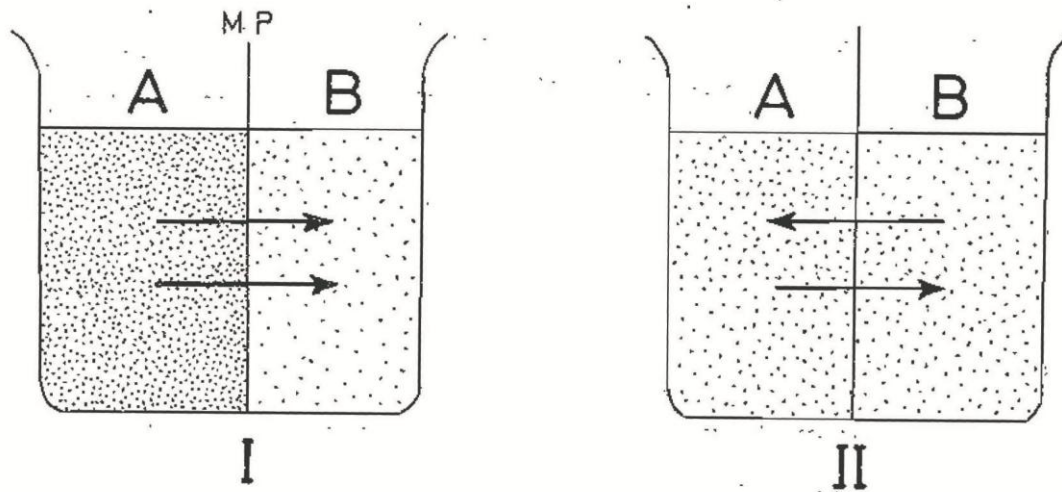


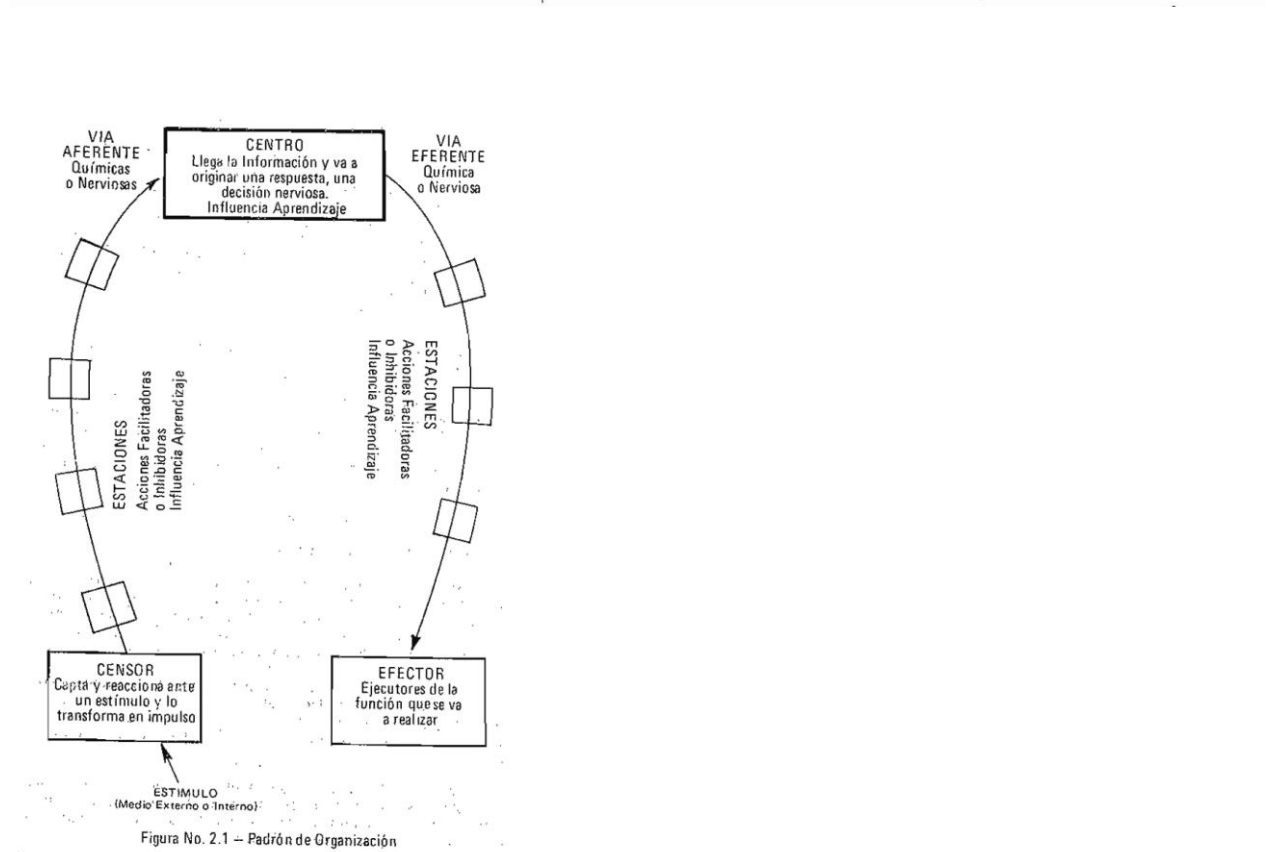
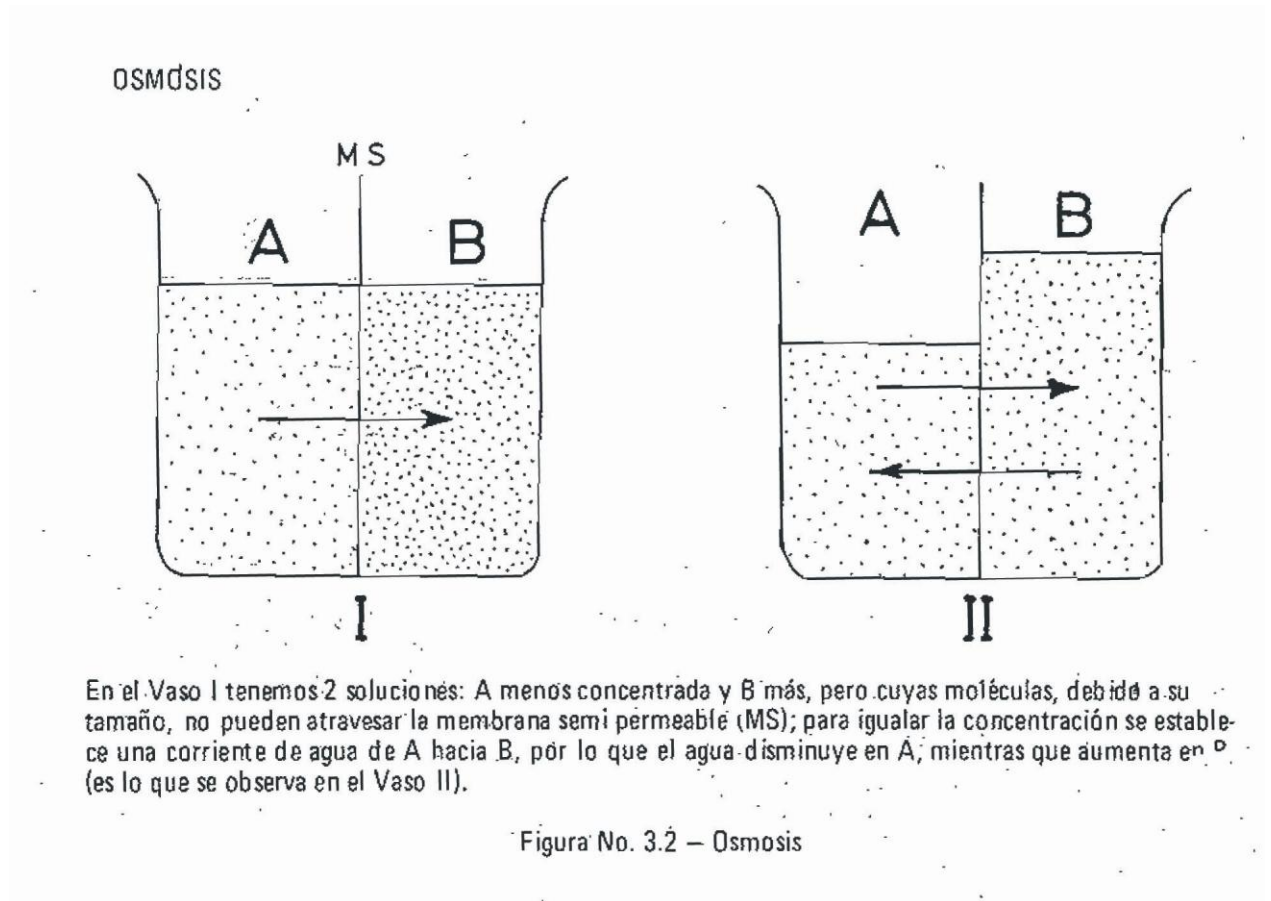
Fig: No. 4.9 – Amiba

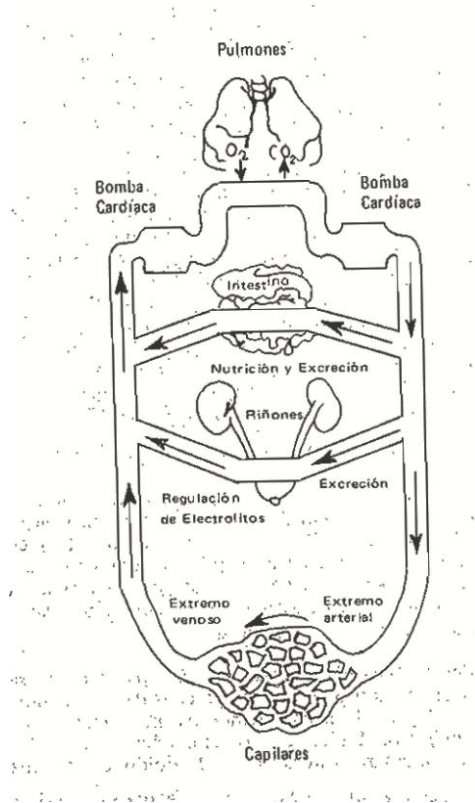
DIFUSION



En el Vaso I tenemos dos soluciones: en A más concentrado que en B, separados por una membrana permeable (MP); las moléculas de la sustancia disuelta en A pasan a B hasta igualar la concentración en A y en B, como se observa en el Vaso II (el paso de las moléculas a través de una membrana recibe el nombre de diálisis).

Figura No. 3.1 – Difusión



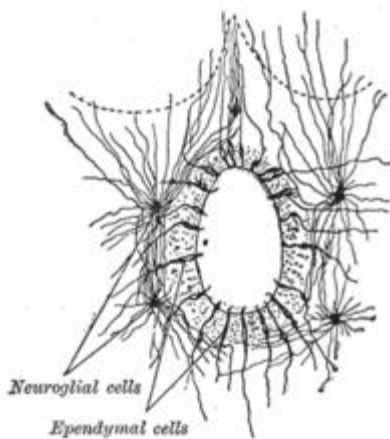


-2.2.4.3)- Neurohistología.

-El sistema nervioso se compone de varios elementos celulares como tejidos de sostén o mantenimiento, llamados [neuroglía](#)¹⁵ un sistema vascular especializado, y las [neuronas](#)³, que son células que se encuentran conectadas entre sí de manera compleja, y que tienen la propiedad de generar, propagar, codificar y conducir señales por medio de [gradientes bioelectroquímicos](#) ([electrolitos](#)) a nivel de la membrana [axonal](#) y de [neurotransmisores](#) a nivel de [sinapsis](#) y [receptores](#).

.2.2.4.3.1)- Células Gliales.

-[Neuroglia](#).



-Canal central de la médula espinal, se observan células ependimarias y neurogliales.

Prof. Dr. Enrique BARMAIMON. Año 2016. 1ª Ed. Virtual. Tomo II. Montevideo, Uruguay.

-Las células gliales, conocidas también genéricamente como glía o neuroglía, son células nodriza del sistema nervioso, que desempeñan, de forma principal, la función de soporte y protección de las [neuronas](#). En los humanos se clasifican según su localización o por su morfología y función. Las diversas células de la neuroglía constituyen más de la mitad del [volumen](#) del sistema nervioso de los [vertebrados](#).¹⁵ Las neuronas no pueden funcionar en ausencia de las células gliales.¹⁵

-2.2.4.3.1.1)- Clasificación Topográfica.

-Según su ubicación dentro del sistema nervioso ya sea central o periférico, las células gliales se clasifican en dos grandes grupos. Las células que constituyen la [glía central](#) son: los [astrocitos](#), [oligodendrocitos](#), [células endimarias](#) y las células de la [microglía](#), que suelen encontrarse en el [cerebro](#), [cerebelo](#), [tronco cerebral](#) y [médula espinal](#).

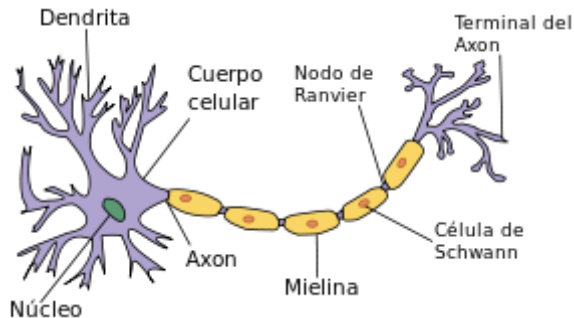
.Las células que constituyen la [glía periférica](#), son: las [células de Schwann](#), [células capsulares](#) y las [células de Müller](#); que normalmente se encuentran a lo largo de todo el [sistema nervioso periférico](#).

-2.2.4.3.1.2)- Clasificación Morfo-funcional.

-Por su morfología o función, entre las células gliales se distinguen las *células macrogliales* : [astrocitos](#), y [oligodendrocitos](#) ; "las células microgliales" , entre el 10 y el 15% de la glía, y las "células endimarias".

-2.2.4.3.2)- Neuronas.

Artículo principal: [Neuronas](#)



-Diagrama básico de una neurona

-Las partes anatómicas de estas células, se dividen en cuerpo celular neuronal o soma, [axones o cilindroejes](#) y [dendritas](#).

-2.2.4.3.2.1)- Clasificación Morfológica.

-Con base en la división morfológica entre las distintas partes anatómicas de las neuronas y sus distintas formas de organización, se clasifican en cuatro tipos:

- Unipolares: Son células con una sola proyección, que parte del soma, son raras en los vertebrados.
- Bipolares: Con dos proyecciones, que salen del soma, en los humanos se encuentran en el epitelio olfativo y ganglios vestibular y coclear.

- **Seudounipolares:** Con una sola proyección, pero que se subdivide posteriormente en una rama periférica y otra central, son características en la mayor parte de células de los ganglios sensitivos humanos.
- **Multipolares:** Son neuronas con múltiples proyecciones dendríticas, y una sola proyección axonal, siendo características de las neuronas motoras.

-2.2.4.3.2.2)- Clasificación Fisiológica.

-Las neuronas se clasifican también en tres grupos generales según su función:

- **Sensitivas o aferentes,** localizadas normalmente en el [sistema nervioso periférico](#) (ganglios sensitivos), encargadas de la recepción de muy diversos tipos de estímulos tanto internos como externos. Esta adquisición de señales queda a cargo de una amplia variedad de receptores:
 - **-Exteriorreceptores:** Encargados de recoger los estímulos externos o del medio ambiente:
 - **Nocicepción:** Terminaciones libres encargadas de recoger la información de daño tisular.
 - **Termorreceptores:** Sensibles a radiación calórica o infrarroja.
 - **Fotorreceptores:** Son sensibles a la luz, se encuentran localizados en los ojos.
 - **Quimiorreceptores:** Son los que captan sustancias químicas, como el gusto : líquidos-sólidos, y olfato : gaseosos.
 - **Mecanorreceptores:** Son sensibles al roce, presión, sonido y la gravedad, comprenden al tacto, oído, línea lateral de los peces, estatocistos y reorreceptores.
 - **Galvanorreceptores:** Sensibles a corrientes eléctricas o campos eléctricos.
 - **-Interiorreceptores:** Encargados de recoger los estímulos internos o del cuerpo.
 - **Propiocepción:** Los husos musculares y terminaciones nerviosas, que se encargan de recoger información para el organismo sobre la posición de los músculos y tendones.
 - **Nocicepción:** Terminaciones libres encargadas de recoger la información de daño tisular.
 - **Quimiorreceptores:** Relacionados entre otros, con las funciones de regulación hormonal, hambre y sensación de sed.
- **Motoras o eferentes:** Localizadas normalmente en el [sistema nervioso central](#), se encargan de enviar las señales de mando enviándolas a otras neuronas, músculos o glándulas.
- **Interneuronas:** Localizadas normalmente dentro del [sistema nervioso central](#) , se encargan de crear conexiones o redes entre los distintos tipos de neuronas.

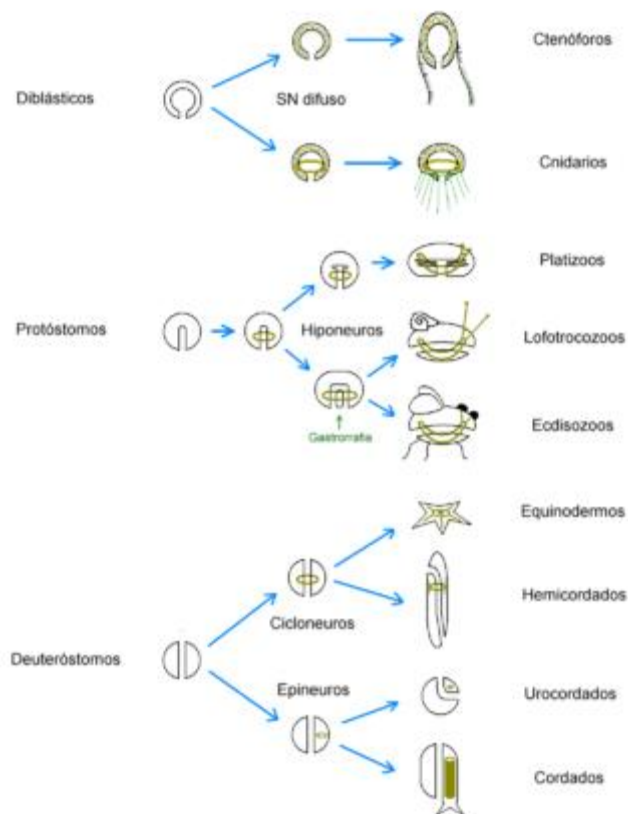
-2.2.4.3.3)- Señales Neuronales.

-Estas señales se propagan a través de propiedades de su membrana plasmática, al igual que muchas células, pero en este caso, está modificada para tener la capacidad de ser una excitabilidad neuronal membrana excitable, en sentido unidireccional, controlando el movimiento a través de ella, de iones disueltos desde sus proximidades, para generar lo que se conoce como potencial de acción.

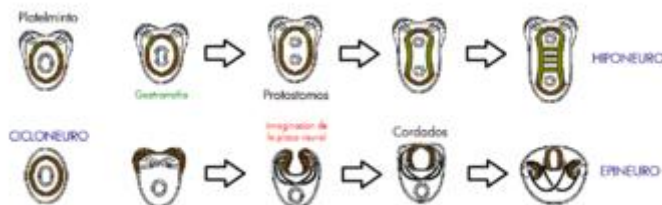
-Por medio de la sinapsis las neuronas se conectan entre sí, con los músculos: Unión neuromuscular|placa neuromuscular; con glándulas; y con pequeños vasos sanguíneos. Utilizan en la mayoría de los casos neurotransmisores, enviando una gran variedad de señales dentro del tejido nervioso y con el resto de los tejidos, coordinando así múltiples funciones.

-2.2.4.4)- Sistema Nervioso en los Animales.

-Anatomía comparada del sistema nervioso.



-Diagrama que muestra en color amarillo la organización del sistema nervioso en los animales.



-Figura que mediante anatomía comparada en corte transversal muestra el sistema nervioso y digestivo de los cicloneuros, hiponeuros y epineuros. También demuestra porque la disposición de los receptores ópticos (véase [retina](#)), en los vertebrados (epineuros) miran hacia atrás propiciando un [punto ciego](#) necesario. En cambio los [ojos de los cefalópodos](#) (hiponeuros), carece de punto ciego, ya que los nervios se sitúan por detrás de la retina y no tapan esa porción.

-Aunque las esponjas carecen de sistema nervioso⁶, se ha descubierto que estas ya contaban con los ladrillos genéticos, que más tarde dieron lugar al mismo,⁷ muchos de los componentes

genéticos que dan lugar a las sinapsis nerviosas están presentes en las esponjas, esto tras la evidencia demostrada por la secuenciación del genoma de la esponja [Amphimedon queenslandica](#).^{7 16}.

-Se cree que la primera neurona surgió durante el [período Ediacárico](#), en animales diblásticos como los cnidarios.¹⁶.

-Por otro lado un estudio genético realizado por [Casey Dunn](#) en el año [2008](#), se considera en un nodo a los triblásticos y en otro nodo a cnidarios y poríferos, dentro de un gran grupo hermano de los ctenóforos⁸, de forma que durante la evolución las esponjas, mostraron una serie de reversiones hacia la simplicidad, lo que implicaría que el sistema nervioso se inventó una sola vez, y sería homólogo en todos los animales.

.Si el antepasado metazoo común fue más complejo, hasta en tres ocasiones, o sea sería homoplástico; si ese antepasado haya sido más simple, en una suerte de [convergencia evolutiva](#) entre ctenóforos, cnidarios y triblásticos.

.Otra opción, sería que numerosos genes y vías del desarrollo originadas en la base de los animales bilaterales, hayan heredado en cada línea principal de los animales, y utilizadas, en forma independiente en estos, en la formación del Sistema Nervioso Central, siendo este fenómeno, es llamado homología profunda)(27)¹⁷.

-En los animales [triblásticos](#) o [bilaterales](#), un grupo [monofilético](#), existen dos tipos de planes corporales, llamados [protóstomos](#) y [deuteróstomos](#), que poseen a su vez tres tipos de disposiciones del sistema nervioso, siendo éstos los [cicloneuros](#), los [hiponeuros](#) y los [epineuros](#).^{18 19 20} Una diferencia esencial es que en protostomados y deuterostomados, el SNC se encuentra en posiciones invertidas.

.Durante muchos años se consideró que estas y otras diferencias, indicaban planes corporales y SNC esencialmente distintos; por la posición relativa del SNC, Sistema Digestivo y vaso circulatorio principal.

.Sin embargo diversos estudios moleculares, efectuados desde la década del 90, muestran que la región dorsal de los vertebrados se habría originado por inversión del eje corporal Dorsal Ventral, encontrado en los protostomados, que sería el original, que son los genes que determinan la identidad de la región dorsal de un vertebrado son los mismos, que los que determinan la identidad ventral en un protostomado.

.Esto, lleva a que se expresen los genes de diferenciación del neuroectodermo, que finalmente dará origen al SNC, dorsal en vertebrados, ventral en protostomados. Con todo la discusión sobre la homología del SNC es muy intensa y actual, cambiando constantemente la dirección con nuevos datos logrados e interpretaciones contrapuestas. Ver por ejemplo: Nomaksteinsky *et al.* (28); Moroz (29) y Tomer *et al.* (30) para diferentes visiones sobre el tema.

-2.2.4.4.3.1)- Animales Diblásticos.

-Los animales [diblásticos](#) o [radiados](#), una agrupación [parafilética](#) que engloba tanto [cnidarios](#) como a [ctenóforos](#), normalmente cuentan con una red de plexos subectodérmicos sin un centro nervioso aparente, pero algunas especies ya presentan condensados nerviosos en un fenómeno que se entiende como el primer intento evolutivo para conformar un sistema nervioso central. Algunas disposiciones de estos condensados, como los anillos nerviosos en las medusas, recuerdan tendencias posteriores vistas en los cicloneuros.

-2.2.4.4.3.2)-Animales Protóstomos.

-Los animales [protóstomos](#), que son [triblásticos](#), como los [platelmintos](#), [nemátodos](#), [moluscos](#), [anélidos](#) y [artrópodos](#), cuentan con un sistema nervioso [hiponeuro](#), es decir es un sistema formado por ganglios cerebrales y cordones nerviosos ventrales.¹⁹ Los ganglios que forman el cerebro se sitúan alrededor del esófago, con conectivos periesofágicos, que los unen a las cadenas nerviosas, que recorren ventralmente el cuerpo del animal, en posición inferior respecto al tubo digestivo. Tal modelo de plan corporal, queda dispuesto de esa forma cuando en la [gástrula](#), acontece un proceso embriológico llamado [gastrorrafia](#).¹⁸

-2.2.4.4.3.3)- Animales Deuteróstomos.

-Los animales [deuteróstomos](#), que son [triblásticos](#), se dividen en dos grupos según su simetría, radial o bilateral, o la disposición de su sistema nervioso: [cicloneuros](#) o [epineuros](#).²⁰.
. Dentro de los [cicloneuros](#), se encuentran los [equinodermos](#) : de simetría radial, y los [hemicordados](#). El centro nervioso es un anillo situado alrededor de la boca : subectodérmico o subepidérmico.

.Dentro del grupo de los [epineuros](#), se encuentran los [urocordados](#), los [cefalocordados](#) y los [vertebrados](#), en la que presentan un cordón nervioso hueco y tubular, dorsal al tubo digestivo.²⁰.

. A partir de este cordón, en animales más complejos, se desarrolla el [encéfalo](#) y la [médula espinal](#). Tales modelos de planes corporales quedan dispuestos de esa forma cuando en la [gástrula](#), acontecen unos procesos embriológicos llamados [isoquilia](#), en los cicloneuros, o [nototenia](#) en el caso de los epineuros.¹⁸

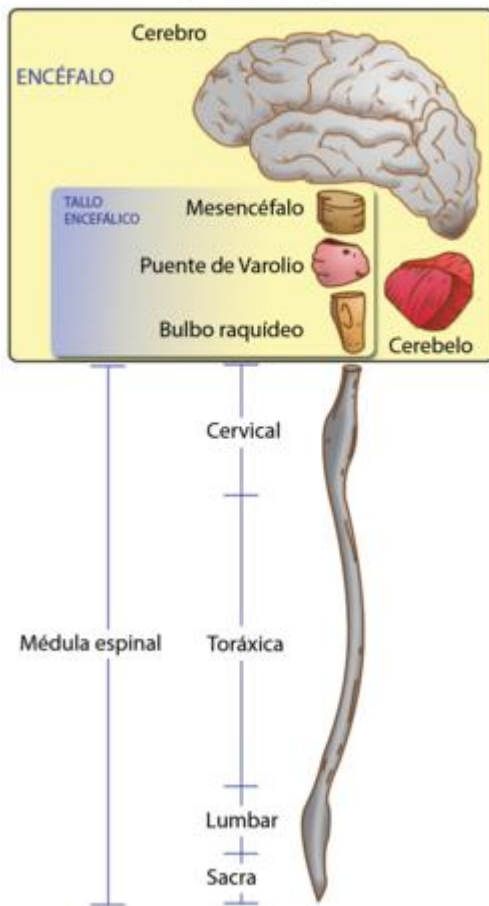
-En [2012](#) se confirmó que las células nerviosas, que conforman una "piel neural", que motea la probóscide y el collar en los hemicordados, son expresadas por los mismos genes empleados, en la conformación del [mesencéfalo](#) y el [rombencéfalo](#) de los vertebrados.^{21 22}.

. Esto ha dado idea de la evolución del [neuroectodermo](#) en otros [deuterostomos](#), ocurrido antes del fenómeno de [neurulación](#) en cefalocordados y vertebrados.²³

-2.2.4.5)- Sistema Nervioso Humano.

-Anatómicamente, el sistema nervioso de los seres humanos se agrupa en distintos órganos, los cuales conforman estaciones, por donde pasan las vías neurales. Así, con fines de estudio, se pueden agrupar estos órganos, según su ubicación, en dos partes: [sistema nervioso central](#) y [sistema nervioso periférico](#).^{24 25}.

SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (humano)



-Esquema del Sistema Nervioso Central humano. Se compone de dos partes: encéfalo (cerebro, cerebelo, tallo encefálico) y médula espinal.²⁶ Los colores son con fines didácticos.

-2.2.4.5.1)- Sistema Nervioso Central.

- [Sistema nervioso central](#).

- -El [sistema nervioso central](#) está formado por el [encéfalo](#) y la [médula espinal](#), se encuentra protegido por tres membranas, las [meninges](#). En su interior existe un sistema de cavidades conocidas como ventrículos, por las cuales circula el [líquido cefalorraquídeo](#).²⁴.

- El [encéfalo](#) es la parte del sistema nervioso central que está protegida por los [huesos](#) del [cráneo](#). Está formado por el [cerebro](#), el [cerebelo](#) y el [tallo cerebral](#).²⁴.

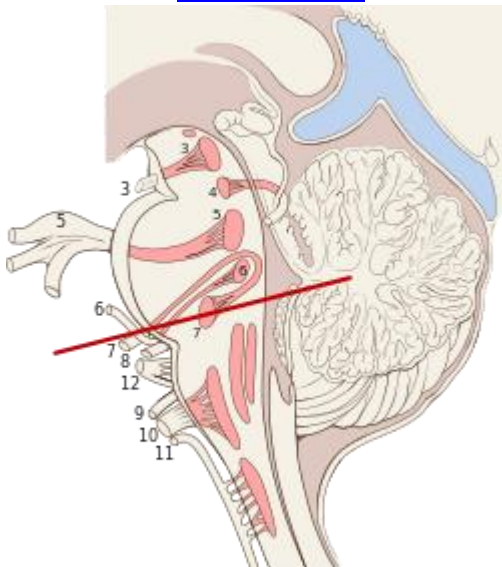
-[Cerebro](#) es la parte más voluminosa. Está dividido en dos [hemisferios](#), uno derecho y otro izquierdo, separados por la [cisura interhemisférica](#) y comunicados mediante el [Cuerpo calloso](#). La superficie se denomina [corteza cerebral](#) y está formada por re plegamientos denominados circunvoluciones, constituidas de [sustancia gris](#), donde subyacente a la misma se encuentra la [sustancia blanca](#). En zonas profundas existen áreas de sustancia gris conformando núcleos como: el [tálamo](#), el [núcleo caudado](#) o el [hipotálamo](#).²⁴.

-[Cerebelo](#) está en la parte inferior y posterior del encéfalo, alojado en la fosa cerebral posterior junto al tronco del encéfalo.²⁴

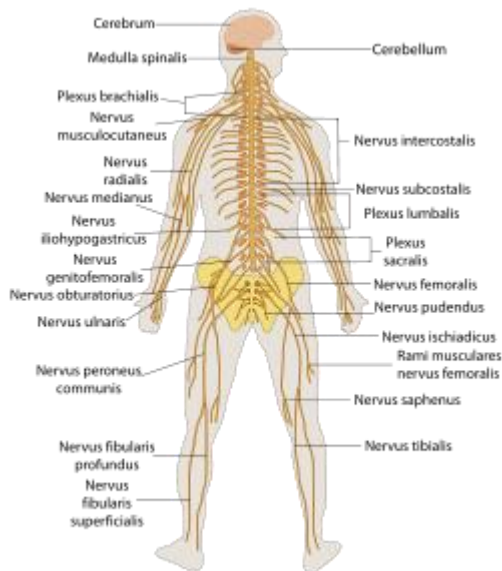
-Tallo cerebral está compuesto por: el mesencéfalo, la protuberancia anular y el bulbo raquídeo. Conecta el cerebro con la médula espinal.²⁴.

- La médula espinal es una prolongación del encéfalo, como si fuese un cordón que se extiende por el interior de la columna vertebral. En ella la sustancia gris se encuentra en el interior y la blanca en el exterior.²⁴.

<u>-Sistema nervioso central</u>	<u>Encéfalo</u>	<u>Telencéfalo</u>	<u>Rinencefalo</u> , <u>amígdala</u> , <u>hipocampo</u> , <u>neocórtex</u> , <u>ventrículos laterales</u>
		<u>Prosencéfalo</u>	<u>Epitálamo</u> , <u>tálamo</u> , <u>hipotálamo</u> , <u>subtálamo</u> , <u>pituitaria</u> , <u>pineal</u> , <u>tercer ventrículo</u>
		<u>Diencefalo</u>	<u>Téctum</u> , <u>pedúnculo cerebral</u> , <u>pretectum</u> , <u>acueducto de Silvio</u>
		<u>Mesencéfalo</u>	<u>Metencéfalo</u>
		<u>Rombencéfalo</u>	<u>Puente troncoencefálico</u> , <u>cerebelo</u> , <u>Médula oblonga</u>
	<u>Tallo cerebral</u>		
	<u>Médula espinal</u>		



-Imagen que muestra en corte sagital las estructuras que dan origen a el (3) nervio motor ocular común, (4) nervio patético, (5) nervio trigémino, (6) nervio abducens externo, (7) nervio facial, (8) nervio auditivo, (9) nervio glosofaríngeo, (10) nervio neumogástrico o vago, (11) nervio espinal y (12) nervio hipogloso.



-El sistema Nervioso Humano.

-2.2.4.5.2)- Sistema Nervioso Periférico.

- [Sistema nervioso periférico](#).

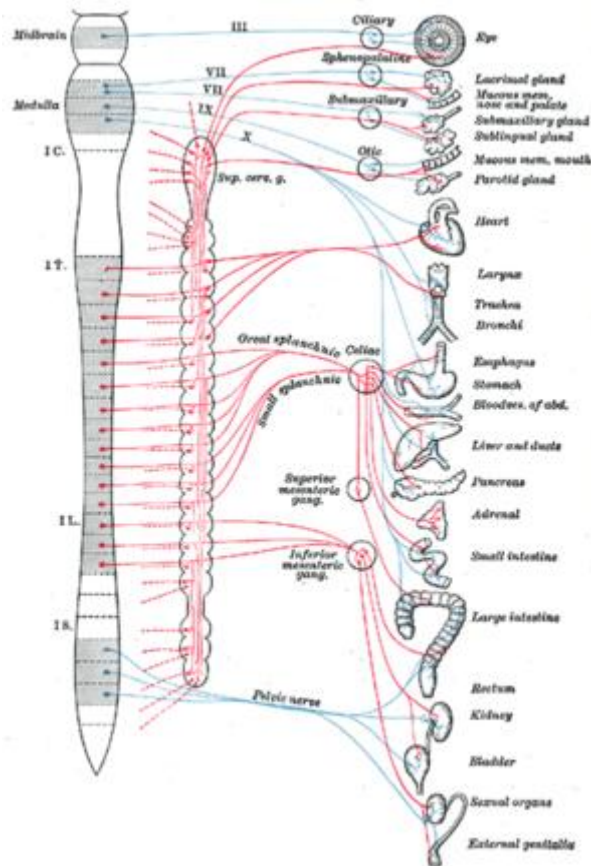
- -[Sistema Nervioso Periférico](#): Está formado por los [nervios](#), craneales y espinales, que emergen del sistema nervioso central, y que recorren todo el cuerpo. .Conteniendo axones de vías neurales con distintas funciones y por los [ganglios](#) periféricos. Que se encuentran en el trayecto de los nervios y que contienen cuerpos neuronales, los únicos fuera del [sistema nervioso central](#).²⁵ .
 - .Los [nervios craneales](#): Son 12 pares que envían información sensorial procedente del [cuello](#) y la [cabeza](#) hacia el sistema nervioso central. Reciben órdenes motoras para el control de la musculatura esquelética del cuello y la cabeza.²⁵ Estos tractos nerviosos son:
 - Par I. [Nervio olfatorio](#), con función únicamente sensitiva quimiorreceptora.
 - Par II. [Nervio óptico](#), con función únicamente sensitiva fotorreceptora.
 - Par III. [Nervio motor ocular común](#), con función motora para varios músculos del ojo.
 - Par IV. [Nervio patético](#), con función motora para el músculo oblicuo mayor del ojo.
 - Par V. [Nervio trigémino](#), con función sensitiva facial y motora para los músculos de la masticación.
 - Par VI. [Nervio abducens](#) externo, con función motora para el músculo recto del ojo.
 - Par VII. [Nervio facial](#), con función motora somática para los músculos faciales y sensitiva para la parte más anterior de la lengua.
 - Par VIII. [Nervio auditivo](#), recoge los estímulos auditivos y del equilibrio-orientación.
 - Par IX. [Nervio glossofaríngeo](#), con función sensitiva quimiorreceptora (gusto) y motora para faringe.
 - Par X. [Nervio neumogástrico](#) o [vago](#), con función sensitiva y motora de tipo visceral para casi todo el cuerpo.

- Par XI. [Nervio espinal](#), con función motora somática para el cuello y parte posterior de la cabeza.
- Par XII. [Nervio hipogloso](#), con función motora para la lengua.
- .Los [Nervios Espinales](#): Son 31 pares, y se encargan de enviar información *sensorial* : tacto, [dolor](#) y temperatura, del tronco y las extremidades; de la *posición*, el *estado* de la musculatura y las articulaciones del tronco y las extremidades hacia el sistema nervioso central; y desde el mismo, reciben órdenes motoras para el control de la [musculatura esquelética](#), que se conducen por la médula espinal.²⁵ Estos tractos nerviosos son:
 - Ocho pares de [nervios raquídeos cervicales](#) (C1-C8);
 - Doce pares de [nervios raquídeos torácicos](#) (T1-T12);
 - Cinco pares de [nervios raquídeos lumbares](#) (L1-L5);
 - Cinco pares de [nervios raquídeos sacros](#) (S1-S5);
 - Un par de [nervios raquídeos coccígeos](#) (Co).

-2.2.4.5.3)- Clasificación Funcional .

-Una división menos anatómica, pero más funcional, es la que divide al sistema nervioso de acuerdo al rol, que cumplen las diferentes vías neurales, sin importar si éstas recorren parte del sistema nervioso central o el periférico:

- El [sistema nervioso somático](#): También llamado *sistema nervioso de la vida de relación*, está formado por el conjunto de neuronas, que regulan las funciones voluntarias o conscientes en el organismo ; p.e. movimiento muscular, tacto.
- El [sistema nervioso autónomo](#): También llamado *sistema nervioso vegetativo* o *sistema nervioso visceral*, que está formado por el conjunto de neuronas, que regulan las funciones involuntarias o inconscientes en el organismo ; p.e. movimiento intestinal, sensibilidad visceral.
- A su vez el sistema vegetativo se clasifica en [simpático](#) y [parasimpático](#), sistemas que tienen funciones en su mayoría antagónicas.



-En color azul se muestra la inervación parasimpática, en color rojo la inervación simpática.

- .El [sistema nervioso parasimpático](#): Al ser un sistema de reposo, da prioridad a la activación de las funciones peristálticas y secretoras del aparato digestivo y urinario, al mismo tiempo que propicia la relajación de esfínteres para el desalojo de las excretas y orina; también provoca la [broncoconstricción](#) y secreción respiratoria; fomenta la [vasodilatación](#) para redistribuir el riego sanguíneo a las vísceras y favorecer la excitación sexual; y produce [miosis](#) al contraer el [esfínter del iris](#) y la de acomodación del ojo a la visión próxima al contraer el [músculo ciliar](#).
 .A diferencia del sistema nervioso simpático, este sistema inhibe las funciones encargadas del comportamiento de huida, propiciando la disminución de la frecuencia como de la fuerza de la contracción cardíaca.
 .El sistema parasimpático tiende a ignorar el patrón de metamerización corporal, inervando la mayor parte del cuerpo por medio del [nervio vago](#), que es emitido desde la cabeza : [bulbo raquídeo](#)).
- .Los nervios que se encargan de inervar la misma cabeza son emitidos desde el [mesencéfalo](#) y bulbo.
 . Los nervios que se encargan de inervar los segmentos digestivo-uritarios más distales y órganos sexuales son emitidos desde las secciones medulares S2 a S4.
- .El [sistema nervioso simpático](#): Al ser un sistema del [comportamiento de huida](#) o escape da prioridad a la aceleración y fuerza de contracción cardíaca; estimula la [piloerección](#) y [sudoración](#); favorece y facilita los mecanismos de activación del sistema nervioso somático para la contracción muscular voluntaria

oportuna; provoca la [broncodilatación](#) de vías respiratorias para favorecer la rápida oxigenación; propicia la [vasoconstricción](#) redirigiendo el riego sanguíneo a músculos, corazón y sistema nervioso; provoca la [midriasis](#) para la mejor visualización del entorno; y estimula las [glándulas suprarrenales](#) para la síntesis y descarga [adrenérgica](#).

.En cambio este inhibe las funciones encargadas del reposo, como la peristalsis intestinal, a la vez que aumenta el tono de los esfínteres urinarios y digestivos, todo esto para evitar el desalojo de excretas.

. En los machos da fin a la excitación sexual mediante el proceso de la [eyaculación](#).

.El sistema simpático sigue el patrón de metamerización corporal, innervando la mayor parte del cuerpo, incluyendo a la cabeza, por medio de los segmentos medulares T1 a L2.

.Cabe mencionar que las neuronas de ambos sistemas : somático y autónomo, pueden llegar o salir de los mismos órganos, si es que éstos tienen funciones voluntarias e involuntarias , donde de hecho, estos órganos son la mayoría. En algunos textos, se considera que el sistema nervioso autónomo es una subdivisión del sistema nervioso periférico, pero esto es incorrecto, ya que, en su recorrido, algunas neuronas del sistema nervioso autónomo, pueden pasar tanto por el sistema nervioso central como por el periférico, lo cual ocurre también en el sistema nervioso somático. La división entre sistema nervioso central y periférico tiene solamente fines anatómicos.

-2.2.4.6)- Neurofarmacología .

[-Psicofarmacología](#) y [Psicofármaco](#).

-Los principales grupos de medicamentos utilizados en el sistema nervioso son:

- [Analgésicos](#);
- [Somníferos](#);
- [Ansiolíticos](#);
- [Antidepresivos](#);
- [Antipsicóticos](#);
- [Anticonvulsivos](#);
- [Antieméticos](#).

-2.2.4.7)- Véase También.

- [Sistema nervioso \(insectos\)](#);
- [Nervio](#);
- [Nervio óptico](#);
- [Nervio espinal](#);
- [Nervio facial](#);
- [Nervio trigémino](#);
- [Tejido nervioso](#);
- [Inervación del corazón](#);
- [Neurociencia](#);
- [Neurona](#);
- [Impulso nervioso](#);
- [Placa neural](#);
- [Tronco del encéfalo](#).

-2.2.4.8)- Notas.

1. [Volver arriba ↑](#) El grado de plasticidad, centralización y cefalización van de la mano con el grado de complejidad que adquiera el sistema de asociación.
2. [Volver arriba ↑](#) Se adquiere plasticidad cuando un simple reflejo pasa a ser la suma de una serie de respuestas reflejas, lo que implica la presencia de circuitos neuronales complejos con la posibilidad de adoptar distintas decisiones alternativas a un estímulo determinado.
3. [Volver arriba ↑](#) Cavidad gastrovascular.

-2.2.4.9)- Referencias.

1. [↑ Saltar a: ^{a b}](#) Zaidett Barrientos Llosa. [Zoología General](#). EUNED. p. 93. [ISBN 9968311901](#). «El sistema nervioso se encarga de que los animales puedan responder en una forma rápida y eficiente a los cambiantes estímulos del medio ambiente».
2. [↑ Saltar a: ^{a b c d e}](#) Luis Palacios Raufast Josefina Blasco Mínguez Teresa Pagés Costas Vicente Alfaro González (2005); [Fisiología animal](#), Edicions Universitat Barcelona, p.47-48; [ISBN 84-475-3010-8](#)
3. [↑ Saltar a: ^{a b}](#) Víctor Smith Agreda, Elvira Ferrés Torres, Manuel Montesinos Castro-Girona; [Manual de embriología y anatomía general - Página 45](#), Universitat de València, 1992; [ISBN 84-370-1006-3](#), [ISBN 978-84-370-1006-9](#).
4. [Volver arriba ↑](#) Keith L. Moore, T. V. N. Persaud, [Embriología Clínica 8 Edición](#), [Página 62](#); Elsevier España, 2009 [ISBN 84-8086-337-4](#), [ISBN 978-84-8086-337-7](#).
5. [Volver arriba ↑](#) Frank H. Netter, Alister Brass; [Sistema nervioso: anatomía y fisiología Volumen de Colección Netter de ilustraciones médicas, Página 131](#); Elsevier España, 1994 [ISBN 84-458-0187-2](#), [ISBN 978-84-458-0187-1](#)
6. [↑ Saltar a: ^{a b}](#) Hooper JNA, Van Soest RWM (2002) *Systema Porifera: A Guide to the classification of sponges Vols 1&2*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
7. [↑ Saltar a: ^{a b c}](#) Sakarya O, Armstrong KA, Adamska M, Adamski M, Wang I-F, et al (2007) [A Post-Synaptic Scaffold at the Origin of the Animal Kingdom](#). PLoS ONE 2(6): e506. doi:10.1371/journal.pone.0000506
8. [↑ Saltar a: ^{a b}](#) Dunn, C.W.; Hejnol, A., David Q. Matus, D.Q., et al. (abril de 2008). «Broad phylogenomic sampling improves resolution of the animal tree of life». *Nature* 452: 745–749. doi:10.1038/nature06614.
9. [Volver arriba ↑](#) Schatzberg, Alan F.; Charles B. Nemeroff. [Tratado de psicofarmacología](#). Elsevier, España. p. 104. [ISBN 8445814265](#).
10. [Volver arriba ↑](#) [Biología y Geología](#). Editex. p. 278. [ISBN 8497714091](#).
11. [Volver arriba ↑](#) William F. Ganong (2000); Fisiología médica, 17ª Edición; El Manual Moderno, [ISBN 0-8385-8252-4](#).
12. [Volver arriba ↑](#) Olaf Breidbach, Wolfram Kutsch. [The nervous systems of invertebrates: an evolutionary and comparative approach Volumen 72 de Experientia supplementum](#). Birkhäuser. p. 448. [ISBN 3764350768](#). «The existence of neurons in cnidarians having both sensory and motor functions suggest that these animals must have a reflex arc that is even simpler than the well-known monosynaptic reflex arc are of mammals.»
13. [Volver arriba ↑](#) Shull, Franklin; George Roger Larue, Alexander Grant Ruthven (1920). [Principles of Animal Biology](#). McGraw-Hill book company. p. 108.
14. [↑ Saltar a: ^{a b c d}](#) Daniel K. Hartline (03/30/09). [«Myelin: an invention by vertebrates AND invertebrates»](#). [↑ Saltar a: ^{a b c}](#) Starr, Cecie; Ralph Taggart (2008).

[Biología: La unidad y diversidad de la vida](#). Cengage Learning Editores.
[ISBN 9706867775](#).

15. ↑ [Salta a:](#) ^{a b} NeoFronteras; [El origen del sistema nervioso encontrado en las esponjas](#) 15 de junio de 2007
16. [Volver arriba](#) ↑ Lily Whiteman, Zina Deretsky, Patrick Herendeen, National Science Foundation (10 de abril de 2008). «[And the First Animal on Earth Was a...](#)» (en inglés). «But even after Dunn's team checked and rechecked their results and added more data to their study, their results still suggested that the comb jelly, which has tissues and a nervous system, split off from other animals before the tissue-less, nerve-less sponge.»
17. ↑ [Salta a:](#) ^{a b c} Real Sociedad Española de Historia Natural, Instituto de Ciencias Naturales José de Acosta, Consejo Superior de Investigaciones Científicas (Spain); [Boletín de la Real Sociedad Española de Historia Natural: órgano del Instituto de Ciencias Naturales José de Acosta](#), Volúmenes 65-66, Página 355
18. ↑ [Salta a:](#) ^{a b} [Enciclopedia temática Ciesa: Zoología, agronomía, veterinaria y zootécnica](#) 3. Campaña Internacional Editora. 1967. p. 37. «Hay que distinguir en ellos los protostomos, que además son hiponeuros, es decir, que tienen el sistema nervioso ventral, y los deuteróstomos. Entre los primeros se incluyen los tipos o filos de los anélidos, artrópodos, platelmintos, nemertinos o rincocelos, moluscos y los asquelmintos, que reúnen una serie de clases dispares: rotíferos, gastrotricos, quinnorincos, priapuloides, nematodos, nematomorfos, y acantocéfalos».
19. ↑ [Salta a:](#) ^{a b c} [Enciclopedia temática Ciesa: Zoología, agronomía, veterinaria y zootécnica](#) 3. Campaña Internacional Editora. 1967. p. 37. «Los deuteróstomos, en rigor, comprenden dos linajes: los cicloneuros y los epineuros. Los primeros, que presentan un sistema nervioso más o menos anular, a lo que deben su nombre, ... Los epineuros, que presentan el sistema nervioso dorsal, son los cordados, que constituyen un solo tipo, dividido en tres subtipos: cefalocordados, tunicados y vertebrados».
20. [Volver arriba](#) ↑ Neofronteras (19 de marzo de 2012) [«La estructura del cerebro es muy antigua.»](#)
21. [Volver arriba](#) ↑ Steve Tung (14 de marzo de 2012) [«Your brain is older than you think, say researchers from Stanford and the University of Chicago.»](#) [University of Stanford](#).
22. [Volver arriba](#) ↑ Ariel M. Pani et. al. (15 March 2012) [Ancient deuterostome origins of vertebrate brain signalling centres](#) *Nature* 483, 289–294 doi:10.1038/nature10838 Consulta.
23. ↑ [Salta a:](#) ^{a b c d e f g} L. Testut, A. Latarjet; Tratado de anatomía humana, Tomo II Angiología - Sistema Nervioso Central, Salvat Editores. Barcelona, España
24. ↑ [Salta a:](#) ^{a b c d} L. Testut, A. Latarjet; Tratado de anatomía humana, Tomo III Meninges - Sistema nervioso periférico - Órganos de los sentidos - Aparato de la respiración y de la fonación - Glándulas de secreción interna, Salvat Editores. Barcelona, España
25. [Volver arriba](#) ↑ Snell RS (2003) Neuroanatomía clínica: Panamericana. 554 p.

--2.2.4.10)- Bibliografía.

- Barmaimon Enrique, Tratado de Neuroanatomía Funcional. 3 volúmenes. Ed. EDUSMP.(1984).Lima, Perú.
- Enrique Barmaimon. Envejecimiento. Ed. Virtual. (2011).1ªEd. Montevideo Uruguay.
- Barmaimon Enrique. Libro Historia de la Anestesia, la Reanimación y los Cuidados Intensivos. 4 Tomos.(1984).1ªEd. Virtual. Montevideo, Uruguay.

Prof. Dr. Enrique BARMAIMON. Año 2016. 1ª Ed. Virtual. Tomo II. 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/>).

-2.2.4.11)- Enlaces Externos.

-  [Wikimedia Commons](#) alberga contenido multimedia sobre [Sistema nervioso](#).
- [Sistema nervioso humano](#).
- [Sistema nervioso artificial](#).

 width="1" height="1" style="border: none; position: absolute;" />

Obtenido de «https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Sistema_nervioso&oldid=86203123»

Categorías:

- [Sistema nervioso](#);
- [Términos zoológicos](#);

- Esta página fue modificada por última vez el 29 octubre 2015 a las 09:00.

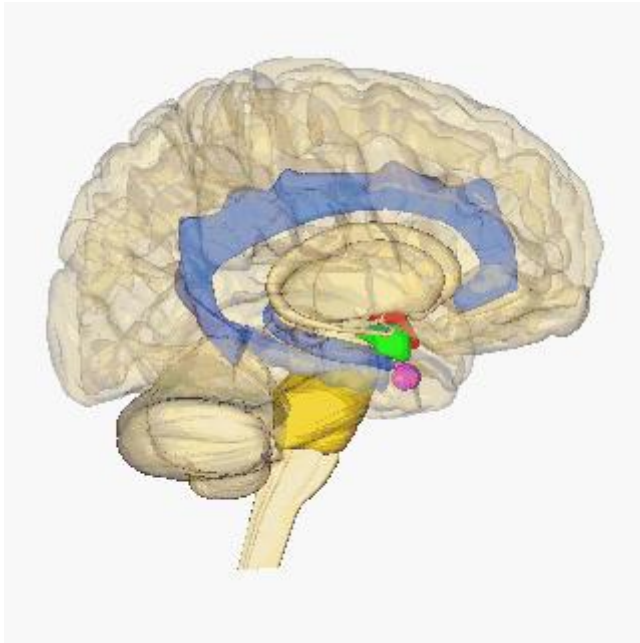
-2.2.5)- NEUROANATOMÍA.

-(De Wikipedia, la enciclopedia libre).

-La neuroanatomía es el estudio de la estructura y la organización del sistema nervioso.¹ Se llama neuroanatomía comparada a la ciencia que analiza y compara los -sistemas nerviosos de las diferentes especies. Desde los sistemas más simples hasta el de los mamíferos y el hombre.

-El primer registro escrito conocido de un estudio de la anatomía del cerebro humano es egipcio, en el papiro de Edwin Smith. El siguiente desarrollo importante en neuroanatomía, fue de unos mil años más tarde, cuando el griego Alcmeón determinó que el cerebro y no el corazón, como se creía, gobierna al cuerpo y recibe información de los sentidos.

.Uno de los fundadores de la neuroanatomía moderna fue el descubridor de la [neurona](#), el español [Santiago Ramón y Cajal](#), [premio Nobel](#) de medicina en 1906.



-El cerebro humano.

-Índice:

-2.2.5)- NEUROANATOMÍA.

-2.2.5.1)- [División Neuroanatómica Estructural](#).

-2.2.5.2)- [División Neuroanatómica Funcional](#).

-2.2.5.3)- [Recursos para la Investigación Neurofuncional](#).

-2.2.5.4)- [Arquitectura de la Médula Espinal](#).

-2.2.5.5)- [Encéfalo](#).

-2.2.5.6)- [Neuroanatomía Celular](#).

-2.2.5.7)- [Recursos para la Investigación Neurocelular](#).

-2.2.5.7.1)- [Materia de estudio](#)

-2.2.5.8)- [Referencias](#).

-2.2.5.9)- Bibliografía.

-2.2.5.10)- [Enlaces Externos](#).

-2.2.5.1)- División Neuroanatómica Estructural.

-El sistema nervioso de los vertebrados está constituido por el [cerebro](#) y la [médula espinal](#) : el sistema nervioso central o SNC, y por las rutas de los nervios que se conectan con el resto del cuerpo : el sistema nervioso periférico o SNP.

.El sistema nervioso central (SNC) consiste en: el cerebro, la retina, y la médula espinal; mientras que el sistema nervioso periférico (SNP), se compone de todos los nervios fuera del sistema nervioso central que lo conectan con el resto del cuerpo.

.El sistema nervioso central está compuesto de las regiones del cerebro: tales como, por ejemplo, el [hipocampo](#) que es crítico para la formación de las memorias. El sistema nervioso también contiene los nervios, que son haces de fibras que se originan en el cerebro y la médula espinal, y se ramifican varias veces, para inervar a cada parte del cuerpo. Los nervios están

constituidos principalmente de los [axones](#) de las neuronas, junto con una variedad de membranas, que recubren los fascículos nerviosos.

-El cerebro y la médula espinal: Están exteriormente protegidos por las estructuras óseas, que son el cráneo y la columna vertebral; e interiormente son envueltos por tres membranas: la [duramadre](#), la [aracnoides](#) y la [piamadre](#). Además, están bañados por el [líquido cefalorraquídeo](#), que completa los espacios vacíos y actúa como amortiguador de golpes, entre otras funciones.

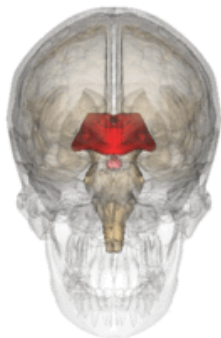
-Con el fin de precisar las ubicaciones anatómicas, se hacen frecuentes referencias a detalles notorios del cerebro, como las [cisuras](#) ; y se utilizan planos de orientación o planos de sección que generalmente son: "sagital", "transversal" o "coronal" u horizontal.

-El SNC está constituido anatómicamente por el:

- [Cerebro](#).
- [Mesencéfalo](#).
- [Protuberancia](#).
- [Cerebelo](#).
- [Bulbo raquídeo](#).
- [Médula espinal](#) : Porciones Cervical, Dorsal, Lumbar, Sacra y Coccígea.
- [Nervios Craneales](#) I y II.

- SNP está constituido por:

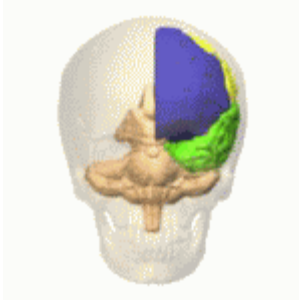
- [Nervios Craneales](#) III a XII.
- [Nervios Espinales](#) (Entre ellos se destacan 2 plexos, en Plexo Braquial y Lumbosacro.



-El diencefalo.

-2.2.5.2)- División Neuroanatómica Funcional.

-El SNP se subdivide en el somático y el sistema nervioso autónomo. El sistema nervioso autónomo también tiene dos subdivisiones, el simpático (SNS) y el parasimpático (SNPS), que son importantes para la regulación del cuerpo en las funciones básicas del organismo, tales como el ritmo cardíaco, la respiración, la digestión, el control de temperatura, etc El SNS prepara al cuerpo para actuar en una emergencia y el SNPS dispone al cuerpo conservar y restablecer energía.



-Los cuatro lóbulos.

-2.2.5.3)- Recursos para la Investigación Neurofuncional.

-Mucho de lo aprendido, procede de observar cómo las "[lesiones](#)" de áreas específicas del cerebro afectan al [comportamiento](#) u otras funciones. Nuevos recursos han ido mejorando las posibilidades de observar la situación, y los aspectos del funcionamiento cerebral, en personas vivas y sanas.

.La [tomografía computada](#), la [resonancia magnética](#) y los emisores de protones (PET), son creadores de imágenes sin "invadir" a la persona observada. Este último, con el auxilio de productos apropiados inyectados, permite observar el grado de actividad de cada zona cerebral, en diferentes circunstancias. Así se logra determinar con mayor precisión, las zonas involucradas en: el razonamiento, la memoria, las emociones como el amor, el miedo, etc.; y se conocen los trayectos que realizan los estímulos nerviosos que participan.

-2.2.5.4)-Arquitectura de la Médula Espinal.

-Se sitúa dentro del conducto raquídeo rodeada por las tres [meninges](#) y el [líquido cefalorraquídeo](#). La arquitectura de la médula espinal es aproximadamente cilíndrica, y comienza por arriba, en el agujero occipital en el cráneo, a donde se continúa con el bulbo raquídeo; y termina por debajo de la región lumbar, en forma de huso en el cono medular, desde cuyo vértice se conforma, descendiendo una prolongación piamádrica, formando al Filo Terminal o *Filum Terminalis*.

-A lo largo del trayecto de la [médula espinal](#) se localizan 31 pares de nervios espinales, unidos por raíces anteriores o motrices, y raíces posteriores o sensitivas.

.La estructura de la [médula espinal](#) está compuesta en su porción céntrica por la sustancia gris, y en su periferia por la sustancia blanca.

.En un corte transversal, se puede observar a la sustancia gris formar una silueta similar al de una mariposa, con sus cordones grises anteriores y posteriores unidos por la comisura gris. La sustancia blanca se divide en cordones blancos anteriores, laterales y posteriores.

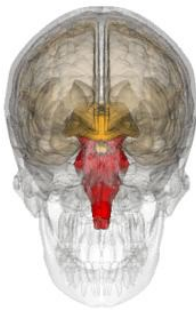
.La arquitectura de la médula espinal cambia de acuerdo a su posición.



-El cerebelo.

-2.2.5.5)- Encéfalo.

-Se sitúa en la cavidad craneana y se continúa con la médula espinal a través del agujero occipital. Está rodeado por tres [meninges](#). El encéfalo se divide en tres partes principales, estas son:



-Tallo cerebral.

- Rombencéfalo: Encéfalo Posterior.
 - Bulbo Raquídeo.
 - Protuberancia.
 - Cerebelo.
- Mesencéfalo: Encéfalo Medio.
 - Tectum y Tegmentum.
- Prosencéfalo: Encéfalo Anterior.
 - Diencefalo y Cerebro.

-2.2.5.6)- Neuroanatomía Celular.

-La base celular del sistema nervioso se compone de neuronas, células [gliales](#), y matriz extracelular. Existen neuronas y células gliales de muchos tipos. Las neuronas son las células de procesamiento de información del sistema nervioso: generan la sensación de nuestro entorno, producen nuestros pensamientos, y provocan nuestros movimientos. Se comunican entre sí, por medio de señales eléctricas, que recorren sus prolongaciones: los axones y las dendritas; las uniones interneuronales se llaman sinapsis y son estructuras complejas.

Prof. Dr. Enrique BARMAIMON. Año 2016. 1ª Ed. Virtual. Tomo II. Montevideo, Uruguay.

.Las células gliales mantienen la [homeostasis](#), la producción de [mielina](#), y brindan apoyo y protección a las neuronas del cerebro. Algunas células gliales : [astrocitos](#) incluso pueden propagar las ondas de calcio intercelular, por largas distancias en respuesta a la estimulación, y liberar “gliotransmisores”, en respuesta a cambios en la concentración de calcio. La matriz extracelular proporciona también apoyo, a nivel molecular para las células del cerebro.

-2.2.5.7)- Recursos Para la Investigación Neurocelular.

-Estos recursos se utilizan en muestras obtenidas en biopsias, necropsias y en animales. La tinción es una técnica utilizada para mejorar el contraste, creando características particulares en las imágenes microscópicas.

. En histoquímica se utiliza el conocimiento acerca de las propiedades [bioquímicas](#) de [reacción](#) de los componentes químicos del cerebro, especialmente de las [enzimas](#). .La inmunocitoquímica es un caso especial de histoquímica, que utiliza anticuerpos selectivos, contra una variedad de epítomos químicos del sistema nervioso. Logra teñir selectivamente tipos particulares de células, fascículos axonales, neuropiles, procesos gliales o vasos sanguíneos, o ciertas proteínas específicas intracitoplasmáticas o intranucleares y otras moléculas inmunogenéticas.

.También se recurre a otras técnicas más complejas, como la hibridación in situ que usa sondas de ARN, a marcadores codificados genéticamente, y a ciertos virus que pueden replicarse en las células cerebrales y en las sinapsis.

.Es muy útil la microscopía de electrones en serie ([microscopio electrónico](#)).

-2.2.5.7.1)- Materia de Estudio.

- [Sistema nervioso central](#);
- [Sistema nervioso periférico](#);
- [Órganos de los sentidos](#);
- [Neuroembriología](#).;
- [Guías de Neuro](#).

-2.2.5.8)- Referencias.

1. [Volver arriba ↑ Real Academia Española](#) (2014), «[neuroanatomía : Anatomía del sistema nervioso](#)», [Diccionario de la lengua española](#) (23.ª edición), Madrid: [Espasa](#), <http://dle.rae.es/?w=neuroanatom%C3%ADa&o=h>,

-2.2.5.9)- 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. 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/>).

-2-2.5.10)- Enlaces Externos.

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


Obtenido de «<https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Neuroanatomía&oldid=84981978>»
Categoría: [Neuroanatomía](#)

.Esta página fue modificada por última vez el 8 septiembre 2015 a las 15:06.

-2.2.6)-CAMBIOS ANATOMOFUNCIONALES.

-Índice:

-2.2.6)-CAMBIOS ANATOMOFUNCIONALES.

-2.2.6.1)- Generalidades.

-2.2.6.2)- Sistemas de Integración. Sistema Nervioso Central.

2.2.6.3.-) Sistemas Nervioso Periférico, Autónomo, Hormonal y Enzimático.

-2.2.6.4) Los Cambios Producidos.

-2.2.6.5)- . Estatura, Hábitos y Composición Corporal, y Hepática.

-2.2.6.6)- . Función Renal, Sanguínea, Medio Interno y Capacidad de Reserva.

-2.2.6.7)- . Sistema Cardiovascular.

2.2.6.8)- . Aparato Respiratorio.

-2.2.6.1)- Generalidades.

-La atrofia senil o envejecimiento, produce modificaciones por involución en todos los órganos, especialmente en el cerebro, corazón, hígado, piel y huesos, salvo en la próstata, que se hipertrofia.

.Disminuye el tamaño celular, con algunas alteraciones degenerativas, ocurre reducción del número de células y destrucción de parte de ellas. Se alteran más las células parenquimatosas que las intersticiales. Se acompaña de deshidratación y decrecimiento de la capacidad funcional de reserva.

.Estos cambios podrán ser mayores, dependiendo de cada individuo y de su aprendizaje recibido.

.A veces, enfermedades como la osteoartritis, la arterioesclerosis, la enfermedad de Parkinson o la demencia senil, son modificaciones mayores y externas de los cambios propios de la edad senil, y no serían enfermedades en el sentido estricto del término.

.En forma general, hay hipoxia con alteraciones circulatorias, con repercusión mayor sobre la neurona que sobre otras células. Mientras que las otras células pueden regenerarse, las neuronas no lo hacen, o al menos es materia de reciente controversia.

.Por ello, hay un declive funcional de varios sistemas como el renal, de la capacidad vital, la fuerza muscular, la actividad cardíaca y la actividad mental. .Además, hay cambios en la adaptación, que sufre el anciano con relación a los aspectos: laboral, familiar, económico, social, medioambiental y otros, donde no siempre logra adaptarse.

.Estas situaciones determinan que se reduzcan y retrasen la absorción gastrointestinal, la excreción renal y el ritmo de las inducciones enzimáticas. Asimismo, se alteran los receptores sinápticos y la homeostasis. Todo ello obliga a que se utilicen diversos fármacos, que tendrían que ser administrados a dosis menores y adecuadas.

.En la piel hay pérdida del colágeno, por lo que se adelgaza y se presentan arrugas, perdiendo su elasticidad, de manera que los menores traumatismos ocasionan equimosis, sobre todo en la muñeca y en el dorso de la mano.

.En los huesos, por el reposo prolongado en la cama y la menor movilización de los miembros se acelera la descalcificación, generando un mayor riesgo de fracturas.

. Son frecuentes las contracturas y la rigidez de las articulaciones, debido a la sustitución del tejido elástico por fibroso.

-2.2.6.2)- Sistemas de Integración. Sistema Nervioso Central.

-El cuerpo humano tiene miles de millones de células que viven y funcionan armónicamente, de modo suave y constante, donde cada una está rodeada por un medio acuático, formando una comunidad organizada, integrada y coordinada, con una serie de variedades de control y de comunicación, para poder asegurar una actividad integral.

.Para subsistir, debe tener un sistema que le permita responder a todos los cambios internos o a las modificaciones ambientales externas. También debe mantener sin cambios a su medio interno, a través de los mecanismos de la homeostasis, como única forma de asegurar su normalidad, no importa cuáles sean los cambios externos.

.Para ello, tiene a los sistemas de integración funcional, que le permiten que tanto en la recepción como en la respuesta, actúe como una unidad y que el ambiente pericelular se mantenga incambiado.

-Estos sistemas son:

.a) Sistema Vital: Integrador de las células a través de las regulaciones vegetativa, hormonal. autoinmune, y enzimática;

.b) Sistema Miostático: Que mantiene la postura, el tono, el equilibrio y la coordinación;

.c) Sistema Promundo: Que lo relaciona con el medio externo; y

.d) Sistema de Activación Reticular: Que es un coordinador que intensifica o disminuye a los otros tres, y mantiene aspectos como los estados de conciencia; los instintos afectivos como: dolor, placer, sexo y otros; las autorregulaciones como el ritmo básico vital circadiano; el tono vital o humor; el tono muscular y la movilidad corporal y la integración refleja somato-vegetativa, entre otros.

-El control de las funciones superiores: Comprende a la conciencia, que representa la coordinación de un número de actividades, que permiten dar una respuesta apropiada a las variadas estimulaciones exteriores visuales, auditivas, táctiles, olfatorias y otras.
.Estar consciente representa en el instante presente, proceder a analizar lo vivido, proyectarse en el futuro y relacionarlo con su eficiencia intelectual, con la estructura de su personalidad y combinarlo con su característica afectiva.
.Es distinta en los estados de alerta y de sueño.
. El estado de alerta es controlado por el Sistema de Activación Reticular, entre otros.
.En el envejecimiento, se disminuye progresivamente.
.El sueño lo interrumpe cíclicamente, siendo un proceso activo donde se interrumpe la actividad reticular y se reemplaza por una actividad que nace en otras estructuras diferentes bulbopónticas del sueño.

- Hay dos tipos de sueño:

. De ondas lentas: 70 a 80%, siendo de instalación progresiva, dando en el EEG ondas lentas, sincronizadas, corticales y subcorticales, con persistencia de un grado de tono muscular); y
.De actividad rápida: paradójico, con 20 a 30% de la duración total, con ciclos de 10 a 15 minutos de duración, repitiéndose periódicamente, con EEG rápido, de bajo voltaje, a nivel cortical, diencefálico y mesencefálico, con atonía muscular y aparición de movimientos rápidos de los ojos y con períodos de ensueño.

-Los estados de alerta y del sueño tienen organizaciones distintas y sus trastornos dan anormalidades distintas.

. El coma es la ausencia de alerta o su perturbación.
. Las alteraciones del sueño son la sustitución por otra organización funcional, lo que es reversible.
.El estudio del coma comprende el estudio de la reactividad a las estimulaciones : perceptividad, reactividad no específica, reacción de alerta, reactividad al dolor, reactividad vegetativa; examen neurológico completo, examen del tono, examen de las pupilas : reflejo fotomotor y reflejo cilioespinal, examen de los movimientos oculares; electroencefalograma (EEG) y otros.
.Sus causas son múltiples, como: depresión de las funciones corticales :
.Supratentoriales, o lesión o depresión de los mecanismos activadores del tronco cerebral, como en las enfermedades metabólicas o tóxicas;
. En las lesiones subtentoriales extensas o en las localizadas del tronco cerebral.

-Además del coma, están el mutismo aquinético : disociación entre la vigilancia corporal y cerebral; la confusión mental : alteración parcial de la conciencia, con trastornos de la percepción asociados a desorientación témporo-espacial, trastornos de la memoria, perplejidad angustiosa, y onirismo : ensueños con fases de agitación y aquinesia.

.Con antecedentes o causados por alcoholismo, por intoxicaciones o por interacciones medicamentosas como: cortisona, isoniazidas y antidepresivos en los ancianos; bromuros e intoxicaciones por CO, entre otros; por enfermedades infecciosas agudas o

por perturbaciones hidroelectrolíticas y por crisis posepilépticas; y las hipersomnias : con una suspensión relativa y rápidamente reversible de la conciencia.

.También están las alteraciones de las funciones simbólicas, como: la somatognosia con localizaciones diversas, más o menos extendidas, como las hemiplejias; las apraxias: de extensión variable, que dan dificultades al vestirse, escritura, manejo de actividades cotidianas y automáticas, entre otros, que son frecuentes en el envejecimiento; y las agnosias : incapacidad de identificar un objeto ofrecido a la percepción, sin existir déficit sensorial, ni deterioro global de la función superior, ni trastorno de la conciencia ni de la atención, que pueden ser de orden visual, auditivo, táctil, entre otros); y las afasias : pérdida la capacidad de usar el lenguaje como medio de comunicación o representación simbólica, no pudiendo expresarse oralmente o por escrito de manera inteligible, no pudiendo descifrar los mensajes que recibe en forma escrita u oral, sin existir disartria. Puede haber disminución progresiva en el envejecimiento.

- Asimismo, están las alteraciones de la memoria, que es la capacidad existente de conservar una huella, en el tiempo y el espacio, de los estados funcionales sucesivos que ha experimentado, con la capacidad de poder evocarlos, pudiendo abarcar reflejos condicionados, conductas instintivas y de aprendizaje, estableciéndose circuitos neuronales.

. Se producen alteraciones de la memoria en la amnesia anterógrada : dificultad en registrar recuerdos nuevos; la amnesia retrógrada : no puede evocar recuerdos anteriores al comienzo de la enfermedad; el síndrome de Korsakoff : trastorno de memoria de hechos recientes con fabulación y falsos reconocimientos de hechos antiguos

. Se ve en alcohólicos con polineuritis, carencias de vitamina B, encefalitis herpéticas, lesiones anóxicas, algunos tumores, lesiones traumáticas y en otros.

. Las capacidades de cálculo, de razonamiento, de juicio y de abstracción pueden no estar lesionadas.

.Las amnesias lacunares son consecuencia de una pérdida de conciencia o de un período de confusión mental, habiendo una interrupción del registro de las huellas mnésicas durante un período. Si la pérdida ha sido parcial, algunos recuerdos desordenados pueden resurgir posteriormente. Pueden verse después de crisis epilépticas, electrochoques, de traumatismos donde puede estar asociada a una amnesia retrógrada del período previo al accidente, histérica, entre otros.

. El ictus amnésico : 50 a 60 años, dura 6 a 12 horas, deja una amnesia lacunar, pudiendo ser causada por una isquemia transitoria, no estando desorientado en tiempo y espacio, con EEG y signos neurológicos normales

. Las amnesias globales : pueden verse en demencias, con pérdida de hechos recientes y antiguos, aumentando progresivamente, acompañadas de deterioro del resto de las funciones intelectuales, dando demencias orgánicas que empiezan entre los 50 y 60 años, como en la enfermedad de Alzheimer, en la enfermedad de Pick, o que comienzan entre los 70 y 75 años como la demencia senil, o que tienen antecedentes de enfermedades degenerativas como corea de Huntington o esclerosis lateral amiotrófica (ELA), o que tienen una etiología adquirida que da deterioro intelectual como en la parálisis general, en los traumatismos craneoencefálicos, en la intoxicación por óxido de

carbón, en las enfermedades arteriopáticas (20 a 40%), en el síndrome de Creutzfeldt-Jakob, con evolución rápida mortal, que puede ser de etiología viral con destrucción de neuronas y glías, y otras.

-La masa cerebral y el flujo sanguíneo responsables de la producción de neurotransmisores, se reducen progresivamente en la edad adulta, acelerándose la reducción en la ancianidad, no obstante, en ausencia de enfermedad, hay una cierta compensación de la perfusión cerebral a las nuevas necesidades metabólicas de los tejidos neurales, disminuyéndose la riqueza y la complejidad de las interconexiones, con mengua de la capacidad de los sentidos.

. Los pacientes con alteraciones psiquiátricas, cerebrovasculares, malnutridos, desacondicionados, o quirúrgicos mayores, o a ser anestesiados, tienen un mayor riesgo de complicaciones, de disfunciones cognitivas y los cuidados con los fármacos aplicados deben de ser extremados en cantidad y calidad, por las interacciones y por los efectos residuales.

-La sordera nerviosa aparece en la edad avanzada y son frecuentes las cataratas por la degeneración lipídica y las calcificaciones del cristalino.

-Los cambios producidos son:

. a) Anatomía cerebral: pérdida progresiva de neuronas grises y de la síntesis de neurotransmisores; pequeña atrofia de la sustancia blanca; aumento del volumen del líquido cefalorraquídeo intracraneal y reducciones variables y progresivas de la actividad metabólica hemisférica.

. b) Circulación cerebral: respecto de la autorregulación y necesidades metabólicas locales en sujetos sanos; modesto descenso del flujo sanguíneo regional en forma variable y progresiva del flujo global.

. c) Neurofisiología: descenso de densidad neuronal; descenso de la actividad de neurotransmisores cerebrales y medulares; simplificaciones de interconexiones sinápticas y disminución de la recuperación ante alteraciones de lesiones neuronales.

.d) Variaciones neurológicas: inteligencia cristalizada y memoria implícita conservadas; alteración de la velocidad de procesamiento de los estímulos sensitivos; descenso progresivo de inteligencia fluida y descenso de necesidades anestésicas.

.Los exámenes complementarios son: examen de líquido cefalorraquídeo por punción lumbar o por punción occipital; exploración radiológica del canal raquídeo y de su contenido, médula espinal y raíces, sin preparación o con preparación lipiodada, hidrosoluble o gaseosa y angiografía; radiografías simples de cráneo; electroencefalografía; angiografía cerebral; encefalografía gaseosa; ventriculografías; exploraciones isotópicas (gammaencefalograma, tránsito isotópico); tomografía axial computada; resonancia magnética y PET (tomografía de emisión de positrones).

2.2.6.3.)- Sistemas Nervioso Periférico, Autónomo, Hormonal y Enzimático.

-El Sistema Nervioso Somático es la acción unificada de nuestro organismo sobre el medio exterior que nos rodea, haciéndolo a través del Sistema Profundo y del Sistema

Miostático. Mientras que el Sistema Nervioso Autónomo, junto con las Regulaciones Vegetativa, Hormonal y Enzimática tienen como función regular nuestro medio interno, de manera de que los compartimientos vascular, extracelular e intracelular actúen como un todo. Todo esto se encuentra integrado y coordinado por el sistema de Activación Reticular.

-El Sistema Nervioso Vegetativo comprende dos sistemas con interrelaciones estrechas que son el simpático y parasimpático; conformando una organización, con una vía aferente, un centro y una vía eferente de dos neuronas. El parasimpático segrega acetilcolina en ambas neuronas, estando la primera en los centros parasimpáticos y la segunda cerca de las vísceras, con acción muscarínica. La primera es inhibida por inhibidores gangliopléjicos y la segunda por la atropina.

. Los centros parasimpáticos tienen dos contingentes: craneal y sacro, que presentan núcleos individualizados con acciones localizadas. En el simpático, la primera neurona está en los centros simpáticos, segregando acetilcolina, localizados en el tronco cerebral y en el asta lateral de la médula espinal; y la segunda neurona en un relevo ganglionar lejos de las vísceras, segregando noradrenalina, con acción adrenérgica y actuando los inhibidores simpaticolíticos.

.Entre las acciones localizadas controladas, se pueden destacar: las acciones en la pupila, como los reflejos pupilares a la acomodación y el reflejo fotomotor, dando su alteración el signo de Argyll-Robertson y los síndromes de Adie y de Claude Bernard-Horner, estos pueden verse en el envejecimiento.

.Las acciones sobre la micción y la defecación, con algunas alteraciones en el envejecimiento.

. Las acciones sobre la erección, con acción parasimpática y en la eyaculación con acción simpática.

.Las acciones sobre la hipotensión ortostática donde se puede observar al pasarse a la posición de pie que se produce una vasoconstricción refleja simpática compensadora y cuando falla puede generar la pérdida de conocimiento con caída, hasta mareos, trastornos visuales y sensaciones vertiginosas, pudiendo encontrarse en el envejecimiento, en el posoperatorio de operaciones vasculares abdominales con simpatectomías, en enfermedades médicas con uso de simpaticolíticos, neurolépticos, IMAO, L-Dopa, entre otros.

.Trastornos de la sudoración por alteraciones de los termorreguladores hipotalámicos donde las neuronas posganglionares son colinérgicas, dando anhidrosis de topografía variable.

. Trastornos de la respiración, donde hay alteraciones asociadas de los músculos respiratorios del control voluntario, que se integra a nivel del bulbo con un centro inspiratorio y un centro espiratorio que actúan en forma rítmica, que pueden estar influenciados por la voluntad, por los receptores pulmonares sensibles al estiramiento, por las emociones y por la actividad bioquímica : cambios de elevación del PCO_2 , cambios en la concentración de los iones H^+ o por una baja del O_2 con participación de los quimiorreceptores carotídeos y aórticos, alterándose en muchas enfermedades.

. Los síndromes hipo-tálamo-hipofisarios con alteraciones de las funciones neuroendócrinas, dando insuficiencias hipofisarias a nivel de la diuresis, de la prolactina o de las funciones endócrinas en excitación o inhibición, entre otros.

. Trastornos de la regulación térmica hacia la hipertermia o la hipotermia, aumentada en el envejecimiento.

.Trastornos de las conductas alimenticias, como la sed y el hambre; y en los trastornos de la vigilancia y del comportamiento emocional, dando alteraciones de la vigilia y del sueño.

.En el envejecimiento hay pérdidas de neuronas y disminución de la velocidad de conducción. Hay oscilaciones más amplias de la presión arterial y de la frecuencia cardíaca, con menor respuesta cardiovascular y respiratoria. Hay más predisposición a la hipotermia y menor capacidad de respuesta a las variaciones de la homeostasis. Por ello, hay frágiles respuestas al estrés, a los cambios, a las operaciones, a la anestesia y a las enfermedades. También son variables y distintas las respuestas a los fármacos.

-2.2.6.4) Los Cambios Producidos.

-Son:

.1) Neuroanatomía: hay degeneración de axones y pérdida de neuronas motoras y vegetativas; fibrosis de los nervios periféricos; atrofia de ganglios vegetativos y glándula suprarrenal; engrosamiento de la placa motora muscular y atrofia de la masa muscular esquelética.

. 2) Neurofisiología: disminución del transporte distal de neuronas motoras periféricas; aumento de los receptores colinérgicos en la placa motora y aparición en extraplaca; disminución de la sensibilidad de los receptores adrenérgicos a los betaagonistas periféricos.

.3) Pérdida progresiva de la fuerza y del control fino de los músculos esqueléticos; suba del nivel de noradrenalina plasmática en reposo; alteración de la homeostasis termorreguladora; alteración de los barorreceptores vegetativos; respuesta reducida a la hipoxia y a la hipercapnia; menor variabilidad cardíaca latido a latido y discreto incremento de las necesidades de dosis de bloqueantes neuromusculares no despolarizantes.

.4) Funciones tisulares: hay pocos cambios cualitativos en la actividad metabólica; hay atrofia y fibrocalcificación de los tejidos elásticos y mecánicos de la piel, de los ojos y de las grandes arterias y alteración de las interacciones receptoras de tejido agonista de neurotransmisores y hormonas tróficas.

.5) Acciones farmacocinéticas: aumento de la concentración de la fase alfa; retrasos en la redistribución de fármacos entre el plasma con los diversos compartimientos; disminución del aclaramiento (depuración y metabolización) de fármacos en las biotransformaciones hepática y renal; aumento de los volúmenes de distribución de los fármacos liposolubles en la fase de equilibrio y prolongación del tiempo medio de eliminación.

-2.2.6.5)- . Estatura, Hábitos y Composición Corporal, y Hepática.

-Hay cambios progresivos en el peso corporal total, en la altura y en las composiciones fraccionales del organismo que cambian las necesidades metabólicas y la farmacología que se les aplica. Hay disminución de la masa magra, especialmente de los músculos esqueléticos en los varones. Esto puede estar enmascarado, en los años medios de la adultez, por el aumento de la grasa corporal, que contribuye al aumento del peso corporal total y de la superficie corporal. Las mujeres tienden a aumentar la grasa corporal en la adultez, persistiendo hasta la séptima década. En esta edad, las mujeres mantienen su peso aunque pierdan tejido magro y músculos. La mayoría de los varones pierden peso y estatura en la octava década.

.El apetito del anciano con buena salud puede ser bueno, pero por diversos hábitos y sobre todo cuando viven solos, su dieta tiende a ser más abundante en glúcidos debido a que los alimentos con proteínas son más caros, y tienen una más complicada preparación.

.Esto puede llevarlos a la obesidad, a lo que se agregan factores como menor ejercicio físico y reducción de sus actividades profesionales, recreativas y domésticas.

.Su disminución de la tolerancia a la glucosa le produce glucosuria. Además, sobre todo en los hombres, se observa un déficit vitamínico asociado.

.En la composición corporal, hay pérdida progresiva del componente intracelular del agua corporal total, aunque el agua extracelular y los volúmenes plasmáticos se mantienen o disminuyen levemente; excepto que tengan hipertensión esencial o trastornos del equilibrio hidrosalino.

.Estos cambios son responsables de la disminución progresiva de la tasa metabólica basal, del consumo de oxígeno y de la cantidad de tejido disponible para almacenar hidratos de carbono sensibles a la insulina.

. Hay pocos cambios en los niveles plasmáticos de las hormonas, aunque disminuye la velocidad del recambio hormonal.

.El tejido hepático disminuye bastante su masa y su flujo sanguíneo proporcionalmente se compromete, aunque el envejecimiento por sí mismo no altera cualitativamente la función hepática y la actividad enzimática. La disminución de la reserva funcional hepática para la síntesis de proteínas o para la biotransformación de algunos fármacos o de anestésicos, es más bien cuantitativa en el envejecimiento, aumentando el tiempo de eliminación.

.Los patrones de difusión tisular están cambiados, en especial la difusión rápida inicial y la redistribución hacia los lugares de acción, que puede dar concentraciones plasmáticas superiores a las esperadas. Esto es importante para ser tenido en cuenta.

-2.2.6.6)- . Función Renal, Sanguínea, Medio Interno y Capacidad de Reserva.

-El metabolismo basal desciende por la reducción del tejido activo y su sustitución por tejidos fibrosos y tejido conjuntivo, por lo que la temperatura se hará progresivamente subnormal.

-En condiciones de reposo, el medio interno puede estar más o menos conservado, mostrando los volúmenes sanguíneo y plasmático escasas variaciones. .La hemoglobina

y la numeración globular con las diversas series celulares: roja, blanca y plaquetaria, son casi normales, a pesar de que el tejido hematopoyético está disminuido.

.Las proteínas totales plasmáticas y los electrolitos, en reposo, pueden estar normales. Pero hay aumento de sodio, de cloro y calcio, acompañado de descenso de potasio, magnesio y fósforo.

.Tiene una escasa respuesta al esfuerzo, al ejercicio y al estrés, porque su capacidad de reserva neuronal y hormonal están disminuidas, especialmente el funcionamiento de la corteza suprarrenal. El nivel de los esteroides suprarrenales disminuye progresivamente con la edad, así como el nivel de reacción al frío.

. Existe un grado de hipotiroidismo, por lo que es más sensible a los medicamentos depresores.

.La corrección realizada por los mecanismos de la homeostasis se presenta enlentecida y disminuida, por lo que cualquier factor distorsionante la altera y la aleja de sus parámetros establecidos. Esto produce disminución de la capacidad de reserva y alteración del metabolismo neuronal, con la consiguiente disminución en la producción de neurotransmisores.

.La sensibilidad a los medicamentos es mayor debido a la reducción del ritmo metabólico y a la alteración hepática y renal; sobre todo para los depresores del sistema nervioso, como los sedantes y los anestésicos. La hioscina produce un cuadro de confusión mental. La absorción intestinal de los medicamentos también está enlentecida, por lo que se retrasa o es incompleta, siendo la administración oral o rectal menos de fiar que la introducción por vía parenteral.

-La capacidad de reserva, en el adulto, junto a los cambios que puede realizar en el funcionamiento cardio-vásculo-respiratorio y renal, como a través de los sistemas vital, hormonal y enzimático, le permite mantener la homeostasis frente a los cambios producidos por la demanda aumentada. Esta capacidad de adaptación se pierde con el envejecimiento, en forma progresiva, porque se van destruyendo las células parenquimatosas sin que exista reposición y ellas son sustituidas por tejido fibroso.

. Además, las células que segregan neurotransmisores, hormonas y enzimas disminuyen su capacidad de secreción, lo que determina la disminución de las funciones del cerebro, el corazón, el pulmón, el hígado y el riñón. Debido a esto, cuando se valora al anciano, éste debe ser estudiado tanto en reposo como en esfuerzo, para conocer su capacidad de reserva.

.Muchas veces, no hay molestias en reposo, pero sí aparece en el esfuerzo la insuficiencia o sea la enfermedad o minusvalía orgánica. Cada vez más va perdiendo su capacidad de adaptación a la tensión y se minimiza su capacidad de reserva. Por ello, sólo se le puede permitir realizar funciones acordes a su capacidad de reserva e instarlo a que practique un aprendizaje consonante y permanente que le permita conservarla y aumentarla.

-En el riñón hay atrofia del tejido funcional y del flujo sanguíneo. Si bien la pérdida de la masa renal es pequeña al comienzo, luego progresivamente se deteriora, sobre todo cuando se acompaña de hipertensión. Se resiente la reserva funcional por la pérdida de túbulos renales que se obliteran y alteraciones del ovillo capilar glomerular, que

disminuyen la tasa de filtración glomerular, sobre todo en la corteza renal. Cuando hay sobrecarga de ácidos, se produce disminución de la excreción de ácidos. También existe privación o sobrecarga de sal. Hay menor tolerancia, disminuyendo la respuesta a la aldosterona y a la renina-angiotensina y la respuesta tubular a la conservación de sal y agua. El equilibrio glomérulo-tubular se encuentra conservado. Los anestésicos deprimen la función renal por descenso de su flujo plasmático, debiéndose evitar los que tienen éteres halogenados o fluoruros. Cuidado con el uso de fármacos hidrosolubles y de sus metabolitos, por el descenso de sus tasas de aclaramiento (depuración plasmática).

.Al hacerse la función renal menos eficaz, se eleva progresivamente la tasa de urea sanguínea. Además, a la pérdida del tono muscular siguen incontinencias, que aumentan en presencia de lesiones del esfínter vesical, secundarias a partos previos repetidos, a prolapsos pelvianos y a hipertrofias prostáticas. Para la eliminación, cada vez se necesitará mayor cantidad de orina, dando albuminuria. También puede presentarse dilatación vesical con retención de orina.

-En la sangre, los parámetros eritrocitarios, plaquetarios y leucocitarios son normales, con una reducción de la reserva eritropoyética. La coagulación y la hemostasia se conservan normales. Hay disminución de la reserva fibrinolítica con propensión a la trombosis y a la hipercoagulabilidad. Existe depresión de la actividad de los linfocitos T, con predisposición a la infección y a los fenómenos autoinmunes. Esto es importante en las operaciones y enfermedades intercurrentes. Puede haber ligera reducción de la unión a las proteínas plasmáticas de las sustancias biológicas externas y un incremento aparente de la potencia de algunos fármacos y llegarse a altas concentraciones plasmáticas debido al retraso en la redistribución de los fármacos parenterales desde el plasma.

-2.2.6.7)- . Sistema Cardiovascular.

-Las fibras elásticas de los vasos sanguíneos se engrosan y tienen fragmentaciones en forma progresiva y creciente, produciendo arterioesclerosis, disminuye la capacidad de distensión vascular, se eleva la presión arterial sistólica y la presión del pulso y disminuye la compensación vascular a las pérdidas sanguíneas y a otras alteraciones. La oclusión arterial y arteriolar progresiva, a medida que avanza el proceso, llevan al aumento de la presión diastólica, acrecentándose la resistencia periférica.

.Por otro lado, el estrechamiento de las arterias coronarias y la hipertensión conducen a la insuficiencia cardíaca congestiva, que estaría empeorada si se presentara una valvulopatía reumática asociada. La arterioesclerosis coronaria produce alteraciones de la conducción cardíaca, que darán fibrilación auricular con ritmos ventriculares lentos, donde la digital es de escasa utilidad.

.Como el anciano limita espontáneamente sus actividades, puede no darse cuenta de su menor reserva cardíaca. Además, puede haber un enfisema asociado que dificulte apreciar y reconocer por el examen clínico el tamaño del corazón. El ECG permite reconocer las alteraciones de la conducción, pero si no se realiza un ECG de esfuerzo, no estaremos orientados sobre la capacidad funcional existente.

.La arterioesclerosis generalizada da severas alteraciones a nivel cerebral con insuficiencias neuronales y lo mismo sucede a nivel renal, hepático y otros. En las arterias hay modificaciones de la capa íntima arterial, con alteraciones inflamatorias y degenerativas crónicas que estrechan y disminuyen la luz arterial, impidiendo la correcta circulación de la sangre y la regulación de la homeostasis, donde los órganos más alterados serán el cerebro, el corazón y el riñón. Se pierden los mecanismos de compensación y la capacidad de reserva, estando aumentadas la presiones arterial y venosa y también se enlentece el pulso.

-A medida que pasamos la séptima década, el tejido muscular miocárdico se vuelve menos elástico, habiendo una pérdida de miocitos, con una hipertrofia miocárdica reactiva y un incremento del grosor de la pared ventricular, que mantiene la masa de tejido miocárdico en valor equivalente a la del adulto.

.Los principales cambios del envejecimiento miocárdico son:

- . 1) Hay disminución de la respuesta inotrópica a la estimulación betaadrenérgica extrínseca. En reposo hay pocos cambios, pero se va instalando una disfunción diastólica con retraso del llenado pasivo ventricular, un incremento de la dependencia de la contracción auricular y una pérdida de la distensibilidad ventricular;
- . 2) Hay disminución de la respuesta cronotrópica al estímulo betaadrenérgico;
- . 3) Existe una mínima hipertrofia ventricular concéntrica; y
- .4) Disminución de la frecuencia cardíaca intrínseca con aumento de la ectopía auricular.

-Los principales cambios hemodinámicos son:

- .1) Reducción del gasto cardíaco en reposo en proporción a las necesidades metabólicas;
- .2) Ensanchamiento de la presión del pulso arterial, porque hay aumento de la rigidez aórtica;
- .3) Elevación del retorno venoso periférico (RVP) y la impedancia a la eyección del volumen por latido (VL), dependiente del grado de entrenamiento;
- .4) Se mantiene la frecuencia cardíaca máxima inferior, con un incremento compensador del volumen ventricular telediastólico (VTD) durante el ejercicio; y
- .5) Hay pocos cambios en la fracción de eyección.

-En el sistema de conducción cardíaco, se presentan pocos cambios, aunque hay un incremento de las ectopías auriculares, de la pérdida de la amplitud del complejo QRS y un aumento de trastornos inespecíficos del segmento S-T. En esta etapa, la enfermedad cardiovascular es la causa dominante de muerte en individuos no hospitalizados y de morbilidad y mortalidad perioperatoria.

. La enfermedad coronaria y la hipertensión son factores predictivos de una evolución desfavorable. Por ello, se deben someter a pruebas de esfuerzo aeróbico reales o simuladas, para detectar precozmente la disfunción ventricular y poder revascularizar el miocardio si es necesario y optimizar la hemodinamia, evitando la taquicardia y disminuyendo la tensión sobre la pared ventricular.

-Los principales cambios en las funciones integradas cardiovasculares son:

- .1) Se mantiene bien la perfusión de los tejidos en los lechos vasculares, en reposo;
- .2) Hay reducción de la homeostasis autonómica;
- .3) Tiene mayor dependencia de la precarga; y
- .4) Disminución de la capacidad de respuesta betaadrenérgica.

-2.2.6.8)- . Aparato Respiratorio.

-En el parénquima pulmonar se produce:

- .1) Disminución de la superficie alveolar total en un 20%;
- .2) Disminución de la retracción elástica, menor a la que se produce en el enfisema;
- .3) Alteración de la eficacia del intercambio gaseoso, con las modificaciones de posición del cuerpo, especialmente en la anestesia, por cambios en la cantidad del surfactante en los alvéolos; y
- .4) Disminución de las funciones metabólica e inmunitaria.

-En los volúmenes pulmonares, hay:

- .1) Cambios mínimos en la capacidad residual funcional (CRF), que es el equilibrio físico entre la capacidad retráctil del pulmón y la tendencia del tórax a expandirse, que en el anciano se pone rígido, siendo la capacidad de 1 a 3 litros, resultando alterado por el tabaco, un medio ambiente deficitario o nocivo o por cambios de posición;
- .2) Discreta reducción de la capacidad pulmonar total (CPT), donde el CRF representa la mitad del CPT comprendiendo la suma del volumen residual (VR) (la suma del gas no intercambiable después de un esfuerzo espiratorio máximo), del volumen corriente, del volumen de reserva inspiratoria (VRI) y del volumen de reserva espiratoria (VRE) y la capacidad vital (CV) representa el volumen total de gas intercambiable que es la suma de volumen corriente, VRI y VRE;
- .3) Cierta reducción de la CPT, dependiendo de la estatura;
- .4) Aumento del volumen residual (VR);
- .5) Disminución de la capacidad vital (CV); y
- .6) Aumento del cierre de las vías aéreas pequeñas.

-En la mecánica de ventilación hay:

- .1) Aumento de la capacidad de distensión pulmonar : relación entre cambios de volúmenes pulmonares con los de presión y tensión alveolar; la elastancia es lo contrario, representado por el factor pared torácica y diafragma, que se pierde en el anciano y la conductancia es el recíproco de la resistencia, dependiendo del flujo aéreo; donde la resistencia de la vía aérea es el 80% de la resistencia pulmonar, en ausencia de broncoconstricción;
- .2) Cambios mínimos de la distensibilidad pulmonar total;
- .3) Disminución del volumen espiratorio forzado (FEV), mayor que el descenso de la capacidad vital (CV), aumentada en los fumadores -medida en paquetes/años, sobre todo si se interrumpe antes de los 60 años con recuperación al equivalente a 3 a 10 años y mínima si se abandona antes de los 40 años-;
- .4) Incremento del trabajo respiratorio máximo; y

.5) Disminución de la capacidad respiratoria máxima (CRM) por la pérdida de la fuerza de los músculos espiratorios accesorios.

-En el intercambio gaseoso , función fundamental del pulmón, representado por un proceso de difusión pasiva, necesiéndose una estrecha proximidad entre los volúmenes de gas transportados por la ventilación (V) y la perfusión arterial pulmonar regional y alveolar (Q), se presenta:

- .1) Alteración del ajuste V/Q por los cambios anatómicos del parénquima pulmonar y los cambios físicos de la pared torácica : mejor de pie o sentado que acostado y en las bases pulmonares que en los ápices. También hay ajustes finos del V/Q, en casos de vasoconstricción pulmonar hipóxica (VPH) y en broncoconstricción hipocápnica;**
- .2) Incremento progresivo del gradiente entre la tensión alveolar y la arterial de oxígeno ($P(A-a)O_2$) -3 a 5 mmHg por década-, dando cortocircuitos reales con ineficacia del intercambio entre áreas perfundidas y ventiladas; y**
- .3) Incremento progresivo del intercambio de dióxido de carbono ($PaCO_2$) en relación a la ventilación total o minuto (Ve) con velocidad constante (Vd/Vt), por aumento del espacio muerto.**

-En el control de la ventilación hay:

- .1) $PaCO_2$ es normal en reposo;**
- .2) Disminución de la respuesta ventilatoria a la hipoxemia y a la hipercapnia;**
- .3) Incremento de la alteración de la ventilación relacionada con el sueño; y**
- .4) Incremento de la sensibilidad a la depresión respiratoria inducida por narcóticos.**

-Otras funciones del pulmón no respiratorias están disminuidas, como el intercambio del agua entre el tejido pulmonar y la circulación; el uso como colchón hemodinámico entre los ventrículos derecho e izquierdo, coordinando el gasto cardíaco : el lecho vascular pulmonar es de alrededor de 500cc y hay incremento 33% de la presión arterial pulmonar media y 77% de la resistencia vascular pulmonar (RVP)-

. También cumple un papel en los procesos de coagulación, de la función inmune y aclaramiento : depuración, y en la síntesis de sustancias vasoactivas y locales como la histamina y la angiotensina, y al absorber y metabolizar fibrina, urea, albúmina y otros fármacos y productos biológicos externos como Fenotiazina, Propanolol y curare.

.Puede haber efectos de la anestesia, ocasionando pérdida de volumen pulmonar y de los intercambios gaseosos, con descenso de la CRF en 15 a 20%, después de la pérdida de la conciencia, empeorado en la cirugía por el uso de retractores quirúrgicos, taponamientos y tiempo operatorio prolongado. .Además, se agrega la reducción del tono muscular diafrágico, la menor capacidad de distensión y el cambio de resistencia pulmonar.

-Los ancianos tienen más tasa de morbilidad y mortalidad pulmonar, aumentada en pacientes con EPOC previo a resecciones pulmonares u otras operaciones torácicas debido a la menor reserva funcional pulmonar y menor capacidad de respuesta ventilatoria a la hipoxemia e hipercapnia. También si hay lesión diafrágica o con secuelas tromboembólicas asociadas.

.Es importante emplear medidas posoperatorias de limpieza del árbol traqueobronquico, la atención de una ventilación adecuada, el aporte de oxígeno suplementario, la vigilancia del dolor posoperatorio : por su incidencia en la severa limitación de los movimientos respiratorios, y la supresión de las respuestas neuroendócrinas provocadas por la lesión de los tejidos.

-2.2.7) - CAMBIOS PSÍQUICOS, SOCIALES, NUTRICIONALES Y AMBIENTALES.

-Índice:

-2.2.7) - CAMBIOS PSÍQUICOS, SOCIALES, NUTRICIONALES Y AMBIENTALES.

- 2.2.7.1)- Generalidades.**
- 2.2.7.2)- Factores Nutricionales.**
- 2.2.7.3)- Factores Físicos Predisponentes.**
- 2.2.7.4)- Factores Psíquicos.**
- 2.2.7.5)- Factores sociales.**
- 2.2.7.6)- Factores Económicos.**
- 2.2.7.7)- Factores Comunitarios y Ambientales.**
- 2.2.7.8)- Teorías Explicativas de la Decadencia Senil.**
- 2.2.7.9)- .Paliativos y Consuelos del Envejecimiento.**
- 2.2.7.10)- Bibliografía.**

-2.2.7.1)- Generalidades.

-Muchos de estos cambios a los que son sometidos los ancianos resultan factores predisponentes y desencadenantes en el envejecimiento y las enfermedades que se producen en esta edad.

.El progreso de la higiene, de la medicina preventiva y curativa; el desarrollo de la Geriatria y de la Psiquiatria Geriátrica, y las mejoras sociales y ambientales han reducido las tasas brutas de mortalidad, aumentando la esperanza de vida, más en la mujer que en el hombre.

.Se puede expresar que la mitad de los ancianos tienen, en forma agregada al envejecimiento, una enfermedad física crónica, trastornos psíquicos, problemas sociales e insuficiencia cerebral senil. Debido a esto, no solo se debe añadir años a la vida, sino vida a los años. El problema es hacer más feliz y sana la vida del anciano, que tiene un grado mayor o menor de deterioro.

.Entre estos factores se encuentran la malnutrición; los cambios familiares y psíquicos; su inserción en una nueva sociedad, que trae aparejados cambios vertiginosos en las transformaciones tecnológicas, difíciles de comprender y utilizar a esta edad; los cambios políticos, ambientales, económicos, de costumbres y hábitos sociales; la

disminución de sus capacidades de reserva y de sus destrezas; la acción de determinadas enfermedades como: hipertensión, insuficiencia cardíaca, diabetes, anemia, infarto de miocardio, infecciones, depresión; los déficits de órganos de los sentidos como la vista y el oído, que dificultan la fluida relación con los demás; los efectos de los psicofármacos, anestésicos, diuréticos y otros; y la vida fuera de su ambiente familiar ; cuando son institucionalizados, por ejemplo, o mudados a nuevos entornos familiares, alterando sus referencias y costumbres.

.Con el crecimiento de la población geriátrica han aumentado las necesidades médicas, psiquiátricas, cognitivas, locativas para tratamiento y descanso : públicas y privadas, farmacológicas y de personal idóneo, como animadores y cuidadores.

-2.2.7.2)- Factores Nutricionales.

-Primero pueden existir limitaciones impuestas por enfermedades o por medidas preventivas, como son: el uso del tabaco, el alcohol, el café, el mate, la sal, el azúcar, los fritos, los alimentos con colesterol y otras.

. Así como existe sobriedad alimenticia en algunos, hay excesos en otros, o el uso de alimentos macrobióticos, o de dietas vegetarianas, o merma de alimentos cárnicos, de difícil preparación, alto costo económico, o lenta digestión.

. Esta vida de prohibiciones puede ser muy bien tolerada por algunos, pero a otros puede ocasionarles disgusto, insatisfacción o generarles depresión.

.Algunos solo hacen una comida diaria y una merienda, sobre todo nocturna, con leche y glúcidos.

.Además, muchos viven solos, teniendo dificultades para la preparación de sus alimentos y con el costo de algunos.

. Muchos tienen que hacer dietas restrictivas, abandonan deliberadamente algunas de sus costumbres sociales, como reuniones con amigos y familiares, idas al café, tertulias o espectáculos, lo que conlleva a más soledad y disgusto ; pudiéndolos impulsar al aislamiento y al suicidio.

-En algunos casos puede aparecer pérdida de peso, falta de vitaminas y minerales, déficit de agua e insuficiencia proteica, lo cual puede ocasionar una baja de sus defensas, volviéndolos más vulnerables a ciertas enfermedades.

-2.2.7.3)- Factores Físicos Predisponentes.

- Comienzan las dificultades con la dentadura en mal estado o las prótesis, con las reducciones del sabor y del olfato y el deterioro de la vista y el oído, que lo obligan a usar lentes o a someterse a operaciones, y a utilizar prótesis, que no siempre son las adecuadas por razones económicas.

.Estos factores pueden devenir en un mayor aislamiento o en alteraciones psíquicas.

. Los reflejos se hacen más lentos, disminuyen las destrezas y el equilibrio, apareciendo un temor creciente a enfrentar el tráfico urbano, asistir a los espectáculos públicos, a la inseguridad criminal , y a los contactos sociales. Por lo que evita salir de su casa o habitación, aumentando su aislamiento.

-En forma progresiva se enlentece la actividad motora, disminuyendo la masa muscular; en ocasiones aparecen vértigos, alteraciones de la locomoción, osteoartritis, con tendencia a fracturas de cadera y cifosis; cambios en el tejido conjuntivo, disminución de la elasticidad de la piel y descenso de las funciones de los órganos internos.

.Se afecta la memoria reciente y el comportamiento psicodinámico, debido a la disminución de la captación de oxígeno, a la alteración de la glucólisis y a la afectación del flujo sanguíneo regional, dando un metabolismo neuronal perturbado.

. Esto ocasiona modificaciones, en la transcripción del código genético para la síntesis de proteínas, especialmente las enzimas, lo que perturba más: la barrera hematoencefálica, los sistemas de la bomba catiónica y del nucleótido cíclico, que empeora el sistema de los neurotransmisores, especialmente a nivel de los catecolaminérgicos.

. Por ello es importante, en forma preventiva, asegurar la economía metabólica de la neurona cerebral, manteniendo su homeostasis. El anciano puede adaptarse a estas limitaciones, hasta que suceda algo que le impida hacerlo, entonces se descompensará.

.El acontecimiento físico precipitante puede ser una enfermedad, una operación, un accidente o un ataque a su integridad física o psíquica.

.Disminuye su destreza para actividades cotidianas como: el aseo, la higiene, la vestimenta, preparar su alimentación, la lectura, ver televisión, usar internet, un celular y otros aparatosos técnicas modernas, lo que le produce insatisfacción, retracción social, aislamiento y temor.

.Todo esto puede verse empeorado por la presencia de enfermedades físicas y psíquicas, o malas condiciones familiares, sociales, ambientales, jubilatorias y económicas.

-2.2.7.4)- Factores Psíquicos.

-Los factores psíquicos pueden ser agravantes o precipitantes de la tensión y del estrés.

.Sus pérdidas pueden ser muchas, entre las que se encuentran las faltas de afecto del cónyuge, de los hijos, de la familia, de los amigos, de los coetáneos; la jubilación, que le causa la pérdida del papel, que desempeñaba en su trabajo, en referencia a su prestigio, a la satisfacción creativa, al respeto por sí mismo, a las relaciones sociales, a la autosuficiencia y a sus ingresos.

. La pérdida de sus ingresos, empeorada por la inflación, por nuevos impuestos y por la incapacidad de poder conseguir fuentes supletorias de ingresos, que lo obligan a alojarse por debajo de su nivel, y disminuir sus comodidades acostumbradas, llevándolo a la degradación social y la pérdida de su autovaloración.

-El anciano puede seguir siendo una persona enérgica, alerta y confiable hasta el momento de su muerte; sin embargo, un número importante, se encuentra menos capacitado, para resistir las tensiones psicosociales, físicas, económicas y ambientales, que actúan sobre él. El efecto acumulativo puede bloquear su funcionamiento, y llevarlo a un envejecimiento patológico.

.La depresión puede agravar o precipitar el cuadro, pero no debe ser confundida con el envejecimiento. Muchas veces, no quiere o tiene una incapacidad para responder a determinadas preguntas, lo que puede hacer que se confundan ambos cuadros.

.Algunos de los cambios psicológicos se consideran como integrantes del proceso de envejecimiento.

.Hay disminución del intelecto, aunque los que tienen cocientes más elevados, con ocupaciones creativas e intelectuales, hasta bien entrada la ancianidad o siguen manteniendo estas actividades, sufren un menor deterioro.

.Las alteraciones comienzan con las situaciones novedosas o cuando se necesita la ideación abstracta, en vez de la experiencia, para poder resolver un problema.

.Hay alteración de la memoria, más para lo reciente que para lo remoto, con retardo de evocación de nombres, palabras o incidentes.

.Hay locuacidad, olvido de lo ya dicho con repetición y con retroceso al pasado a cada rato, frente a los acontecimientos presentes y pérdida de objetos y cosas.

. Hay reducción del interés e incapacidad para aceptar ideas nuevas, suspicacia, falta de entusiasmo, melancolía, pesimismo y poder aceptar cambios, aumento de tendencias histéricas e hipocondríacas en su personalidad.

-El individuo declinante, en algunos casos puede compensar su ineficacia agregándole más serenidad, sabiduría, juicio, y menos ambición.

. Pero si hay aumento de la tensión, se puede transformar en conducta y ajuste patológico, en caso de fallecimientos, menor potencia sexual, alteraciones culturales, temor a la muerte, pérdida de posición social, prestigio o respeto y fricciones con familiares, especialmente cónyuge o hijos o nietos, entre otros.

.Los divorciados, viudos y solteros tienden a tener más dificultades. La mujer se adapta mejor que el hombre. La aparición de sentimientos de desamparo y fracaso y la desaparición de la autoestima y la autoconfianza pueden provocar ira.

-En caso de complicarse con una depresión, se debe tomar seriamente y prevenir el suicidio. El anciano sano puede usar la intelectualización para una defensa mayor, mientras que el anciano enfermo usa la negación. En general, la gente muere como ha vivido, temerosa o valerosamente, en forma neurótica o realista, con cobardía o con heroicidad.

-Muchas veces, se debe considerar su deterioro mental como una forma de reorganización, que manifiesta la respuesta a una lucha existencial considerada como perdida, y de esa forma responde, expresando su abdicación o rechazo, representando un mecanismo de defensa.

.Es cierto, también, que puede coexistir una depresión genuina, o un estado paranoide, o la melancolía involutiva de tipo agitado y ansioso, con ilusiones, alucinaciones auditivas y falsas interpretaciones, que son distintas a la insuficiencia cerebral senil.

.Hay más labilidad emocional, con falta de motivación e iniciativa, irritabilidad, humor depresivo, ansiedad e inquietud. Presenta una sociabilidad afectada en sus diversas manifestaciones, que van del alejamiento social y la indiferencia, hasta el espíritu pendenciero y la hostilidad.

-Las alteraciones cognitivas, sexuales y afectivas disminuyen su capacidad y deseo para enfrentarse a las situaciones ordinarias y extraordinarias de su vida cotidiana, especialmente en el cuidado de sí mismo, como la higiene personal, el vestirse y el comer, así como en la elección de sus placeres, paseos y entretenimientos.

-2.2.7.5)- Factores Sociales.

-El problema de hacer más feliz y más sana la vida del anciano, que tiene un grado mayor o menor de deterioro físico y psíquico, obliga a trasladar una carga creciente sobre los que cuidan de ellos, como son: los familiares, sobre todo a nivel de su cónyuge, o de sus hijos, o de sus nietos, los vecinos, los amigos, el médico de cabecera, los servicios de asistencia social y salud, la sociedad y el Estado.

.El médico, el cognitivo, y el psicólogo desempeñarán un papel muy importante en estas actividades psicogerítricas, debiendo estar mejor preparados, para poder cumplir con su cometido. Porque lo ayudarán a tener un mayor ajuste a su situación, facilitándole su manejo, disminuyendo su sufrimiento, mejorando su conducta, rehabilitándolo para tareas vocacionales, buscando que sea más activo y capaz para que tenga un interés más placentero, en lo que hace y en su ambiente.

.Para ello, se debe considerar al anciano inserto en su medio social, desde su familia cercana y amistades, a su comunidad, a su economía, combinando los diversos métodos y sistemas.

.Los ancianos se vuelven dependientes de los fármacos para dormir y de otras medicinas, debiendo ser usadas con precaución, y en relación a su medio ambiente y sus circunstancias.

.Debe conocerse que la internación común no siempre obtiene los mejores resultados, aunque en algunos casos, es imperativa para poderle brindar un apoyo multidisciplinario, ofreciéndole un medio agradable, cómodo y seguro, con un personal cordial y adecuado, con apoyo de psicoterapia, y pensando cómo mejor reintegrarlo a la comunidad, devolviéndole su autoestima y trabajando con su familia y su ambiente.

.Cuando no existen estas condiciones, los resultados pueden ser opuestos a los que se persiguen.

-El precio a pagar por la mayor esperanza de vida en la sociedad, es que se manifestará un predominio creciente de las enfermedades degenerativas, relacionadas a la edad; y habrá un porcentaje mayor de ancianos, con sus problemas característicos, que generan una mayor necesidad de atención.

-2.2.7.6)- Factores Económicos.

-En este período, la seguridad económica puede constituir un valor más importante que la buena salud. El poder obtener y mantener un empleo adecuado con los correspondientes beneficios, o conseguir que se le otorgue una jubilación apropiada, lo que no siempre se obtiene; representan una base importante para la autoestima y el bienestar.

.La etapa de la jubilación requiere tener un poder de adaptación, que le posibilite conseguir un nuevo estilo de existencia y desarrollar nuevos intereses de vida.

.Puede significar un retroceso a la dependencia, con la aparición de problemas que en su oportunidad habían sido reprimidos o pasaron inadvertidos.

.Si el anciano no está preparado para ello, la jubilación le representa sentimientos de inutilidad, pérdida de prestigio y ausencia de interés, o puede acompañarse de depresión, ira, apatía o ansiedad.

. Esta reacción también dependerá de la capacidad de adaptación de la persona, de su ego y de su posición económica previa.

. El que trabajó en algo monótono, rutinario y sin interés, es factible que reciba la jubilación con alegría.

. Los que tenían subordinados, los profesionales y los ejecutivos, que estuvieron muy sumergidos en su trabajo, podrán considerar el retiro con reticencia. O aquellos que debieron retirarse, cuando todavía se sentían jóvenes para realizar sus tareas. Estos necesitan más ayuda, para aceptar su nueva posición con dignidad y decoro.

-2.2.7.7)- Factores Comunitarios y Ambientales.

-El ambiente que rodea al octogenario actual, ha sufrido muchos cambios en variados aspectos como: el lenguaje, los medios de comunicación como: la televisión por cable, los sistemas de internet, las revistas y libros virtuales, la fotografía y cine digitales, la comunicación por celular o tablets, los medios de publicidad, los deportes que se practican y que se ven, las modas masculinas y femeninas, los espectáculos, el uso y abuso del aire libre y la luz solar, que tienen ventajas e inconvenientes, lo que ha determinado cambios en los hábitos y costumbres.

.Se han conseguido importantes reivindicaciones sociales para la mujer, para el niño, para el g{enero, para el obrero, y para el anciano.

.Se han cambiado los medios de transporte de trenes, autos, motos, aviones y viajes turísticos nacionales e internacionales, que marcan un mayor número de accidentes, y un uso más prudente por los ancianos de ellos.

.Las artes, la música y la literatura han tenido cambios, siguiendo a diversas modas, lo que no siempre puede ser seguido, o es del agrado de los ancianos, y le causa dificultades de adaptación.

-En la actualidad, los jóvenes y adultos juzgan a los ancianos en forma diferente, más irrespetuosa e impaciente, creándose a veces un cierto ambiente hostil.

-Los diversos programas existentes o a crearse, deben actuar predominantemente a nivel domiciliario y comunitario, siempre que sea factible.

.Sólo en último extremo se debe pensar en la hospitalización, que debe ser lo menos prolongada posible.

.También se deben crear casas y clubes mixtos, y quizás hogares de día para ancianos, donde puedan compartir con semejantes a ellos su problemática.

- . De esta forma podrían realizar actividades recreativas, de creación, culturales y otras, que le permitan recuperar su autoestima, su autoconfianza y su capacidad para autoabastecerse y abastecer a otros, y restablecer sus relaciones interpersonales.
- .Las costumbres sociales y éticas, con relación al lugar que un anciano debe ocupar en la comunidad y en la familia, cambiaron en los distintos países y aun dentro de la misma sociedad.
- .En las tribus nómadas, era dejado de lado para que se defendiera por sí mismo, porque era una carga para la movilidad de los restantes.
- .En las culturas europeas y asiáticas, los ancianos tenían el respeto de sus descendientes y eran cuidados por estos sin ningún resentimiento, aprovechando incluso sus capacidades y experiencia como factor de integración familiar en la transmisión de valores a través de las generaciones.
- .Con el aumento de la industrialización y la urbanización, las familias se desplazan fácilmente, tienden a vivir en casas más pequeñas, en departamentos y ambos cónyuges trabajan.
- . Esto determinó una nueva estructura de la familia y de la educación, así como del cuidado de los hijos, y el no poder ocuparse del cuidado de los ancianos, separándose de ellos.
- .Los ancianos que económicamente no pueden mantener un hogar propio o colectivo, o pagar a personas que los atiendan en forma privada, deben ser encauzados al cuidado institucional público.
- . El número cada vez mayor de ancianos existentes en una comunidad, obliga al Estado a aplicar medidas para el cuidado de esta franja etaria, a través de programas de bienestar social, planes pensionarios, planes de vivienda propia, asilos y hogares para ancianos, planes de hospitalización y rehabilitación; que no siempre son adecuados o se adaptan a las necesidades.
- En el caso del anciano que vive con su familia, a menudo ello es causa de desavenencias profundas, porque se despierta un resentimiento, por cada una de las partes.
- . El anciano plantea demandas y solicitudes que no son comprendidas por el resto de la familia, o ésta tiene hábitos y costumbres, que no son compartidos por el anciano.
- .Esto determina su internación prematura en un asilo o en una casa de salud.
- . En otros casos, en que necesita hospitalización, puede haber un sentimiento de culpa que lo impide.
- .No siempre el anciano es una persona feliz, viviendo con sus familiares.
- .Cuando tiene medios económicos adecuados, está más contento viviendo solo, y se satisface con pocas visitas, pero oportunas, en vez de tener muchas, que le hacen perder su privacidad.
- .Es importante ofrecerle al anciano un cuidado y tratamiento multidisciplinario y personalizado, de acuerdo a sus características, síntomas, estado de deterioro, capacidad de reserva, costumbres y hábitos.
- . Se deben usar todos los métodos de diagnóstico existentes y aplicarle todos los tipos de tratamiento.

-En una comunidad debe haber diferentes centros disponibles, como: el propio hogar del paciente :

- .1. Cuando es autosuficiente o hay personas que lo cuiden o servicios de acompañantes contratados;**
- .2. Casas de familiares : si estuvieran disponibles y el anciano estuviera de acuerdo;**
- .3. Casas de salud intensiva : si hay incapacidad física o no tiene personas o familiares que lo cuiden-, que tienen un costo económico variable;**
- .4. Casas de salud descanso : donde solo se necesita una atención de custodia y proporcionarle aseo, alimentación y entretenimientos;**
- .5. centros diurnos : desde la hora 9.00 a la hora 18.00 o 19.00, donde se le proporciona recreo, rehabilitación, alimentación , para pacientes que se pueden movilizar y tienen hogar o familiares para la noche;**
- .6. Centros nocturnos: para el caso de que el paciente sea activo, pero necesite un acompañamiento nocturno;**
- .7. Asilos para ancianos :los proporciona la comunidad, pudiendo estar los ancianos bien física y mentalmente o con grados de deterioro;**
- .8. Hogares familiares : una familia atiende al anciano, como si fuera un huésped viviendo con ellos, mediante un arreglo económico; y**
- .9. El hospital geriátrico : especializado para ancianos no psicóticos, con problemas generalmente médicos-. Esta organización, cuando se ha aplicado ayudó bastante a dar una nueva socialización y reorientación del anciano hacia la comunidad.**

-Los llamados “residenciales” pueden ser de varios tipos:

- Permanentes: Funcionan las 24 horas, los 365 días del año, con apoyos variables de equipo interdisciplinario.**
 - Diurnos: Pueden tener transporte que trae al anciano de mañana y lo lleva al final de la tarde. Usa todos los servicios y participa en todas las actividades.**
 - Transitorios: Para usar un período de tiempo predeterminado.**
 - Posoperatorios: Residencia de 24 horas, recibiendo también cuidados específicos y seguimiento con prescripciones del profesional médico.**
 - De cuidados especiales: Son de 24 horas para cuidados paliativos y cuidados finales de la vida, terminados en la muerte, siendo seguidos por el médico de cabecera.**
- Pueden tener de apoyo un equipo multidisciplinario variable conformado por: geriatras; licenciados en enfermería y fisioterapia (rehabilitación); apoyos de psicólogo, cognitivos, y nutricionista; profesores de educación física y fisioterapeutas : gimnasia, hidromasaje, hidrogimnasia; terapeutas en actividades recreativas o animadores : paseos, lúdicas, baile y música; ocupacionales :expresión plástica, manualidades y otros; con colaboración de auxiliares de enfermería, cuidadores gerontológicos : nueva especialidad, muy necesaria; y apoyo estético de podólogos y peluquería.**

-El llamado centro de contención debería ser el centro responsable de cuidar la salud mental de una comunidad, y también de mantener sus relaciones en forma adecuada con el anciano.

. Debiendo darle y aconsejarle acciones preventivas, paliativas y curativas, a través de programas que comprendan acciones públicas y privadas, y teniendo asociaciones voluntarias participantes, llegando a los hogares de los ancianos, y al control de la organización, como forma de asegurar un bienestar adecuado para el anciano; no importando cuál sea su posibilidad económica, haciéndolo participar, como integrante de su comunidad.

-Entre las claves para obtener un envejecimiento activo, se han usado además programas que comprenden mejoras u otorgamiento de viviendas adecuadas; con el uso de la telemedicina, aportándole conocimientos y estímulos no solo al anciano, sino a su familia, a sus cuidadores, a todo el equipo de social-salud que actúa.

.En algunos países se han aplicado las redes sociales sociosanitarias de cuidados electrónicos preconizadas por la OPS, por ejemplo en México; que pueden ser manejadas por ancianos, para interactuar sobre otros ancianos.

.Se usan para entrenamiento y para realizar campañas, donde se busca el mantenimiento de la salud y el bienestar del longevo. También el anciano puede conectarse con amigos del pasado, compartir vivencias, y no aislarse del resto de la sociedad.

.Los programas comunitarios deben de ser efectivos con servicios disponibles y accesibles, transformando las comunidades en lugares seguros, que permitan ciudades saludables y estimulen la adopción individual y el mantenimiento de conductas con evidencias que aseguren bienestar y salud.

.Deben comprender evaluaciones periódicas de salud de tipo tradicional y especial, asegurando el tamizaje de enfermedades crónicas y de síndromes geriátricos, programas de vacunación contra influenza y neumococo, y otros, y acciones de consejería de estilos de vida adecuados.

-El envejecimiento activo se asegura mejorando y cambiando los factores interactuantes personales : genéticos; biológicos; de adaptación; de resistencia; conductuales : actividad física, nutrición sana y adecuada; dejar tabaco; control de café, bebidas cola y alcohol; uso apropiado de medicación, entre otros; económicos : salarios y pensiones, trabajo, protección social; servicios de salud y sociales : promoción de la salud, prevención de enfermedades, atención primaria, servicios especializados necesarios; entorno físico : diseño urbano y rural adecuado; vivienda acorde, prevención de daños; y entorno social : educación, derechos humanos, soporte social, y prevención del abuso y maltrato.

-También se deben elaborar leyes, políticas y programas, que aseguren la realidad de la existencia cada vez mayor de ancianos, donde se necesita cubrir sus necesidades crecientes, no como una obligación, sino como un derecho de este grupo etario, que obliga al Estado, a la sociedad y al resto de la familia; recordando siempre que los derechos del anciano, no se pierden con los años; que son nuevos tiempos donde se deben usar nuevos métodos y estrategias, para poder asegurar una longevidad exitosa, usando claves para obtener un envejecimiento activo.

-Se deben usar, si se necesitan, técnicas como: la psicoterapia individual o de grupo , para el que presenta problemas de adaptación, o para estimular la resocialización; la rehabilitación : con uso de terapeutas o consejeros vocacionales, de terapeutas recreativos, de terapeutas musicales o pictóricos, de personal de talleres y de otros).

. Con ello los ancianos se vuelven más alertas, socializan más, protestan menos, y disminuyen las incontinencias .

.También se debe trabajar con la familia , con los animadores, y con los cuidadores-.

. Asimismo, existen los programas de abuelos, donde estos ofrecen sus servicios, a ser aplicados en orfanatorios, jardines de infantes y otros, para niños y jóvenes; el uso de terapias físicas con gimnasia adecuada, deportes adaptados, baile y otros; y terapéuticas psicofarmacológicas como: el tratamiento electroconvulsivante o el tratamiento farmacológico, cuando se acompañe de depresión : Amilriptilina, Imipramina y otros; de paranoia; de ansiedad :Benzadiacepínicos; de agitación y alteración de conducta : Fenotiacínicos, debiendo cuidar la hipotensión postural; de insomnio : hipnóticos, debiendo de evitarse los barbitúricos que le puedan dar confusión o depresión; entre otros.

. Hay que tener cuidado con los efectos colaterales de idiosincrasias medicamentosas, tendencia hacia la dependencia, sobredosis, y a veces agravamiento de su cuadro emocional; donde la dosis inicial debe ser pequeña, y se debe aumentar gradualmente, siendo en general menor que la del adulto.

-2.2.7.8)- Teorías Explicativas de la Decadencia Senil.

-Son:

.1. Teoría de la arterioesclerosis crónica: No ha servido, porque más que una causa, es un efecto de la senilidad, no pudiendo ser aplicada a todos.

.2. Teoría de Weissmann: Es la presunción, en los seres pluricelulares desarrollados, de que algunos sistemas recuperan sus células, y de que los sistemas de integración van perdiendo su poder hasta producirse la muerte; pero no explica todos los problemas. Quizás sí en seres unicelulares, pero no especialmente la influencia de las variaciones de las especies y las mutaciones.

.3. Teoría de Metchnikoff: Explica la senectud por las desarmonías de los sistemas de integración, preconizando algunos tratamientos antiseniles, a base de leche fermentada (yogur). La degradación funcional de la neurona se caracteriza por el depósito de sustancias extrañas lipoides, e infiltraciones calcáreas, que alteran su funcionamiento.; no explicando el letal efecto de la atrofia y la degeneración.

.4. Teoría sexual de la decadencia senil: Tampoco la correlación de la atrofia sexual con la senilidad, explica los cambios.

.5. Teorías ectocásticas y no ectocásticas: Tampoco todas estas teorías han podido resolver las incógnitas de este proceso.

6. Últimas teorías y trabajos:

.6.1. Neurogénesis: La Lic. Andrea Gomes Palacio y el Dr. Ariel Prado Serrano, en su trabajo “¿Nuevas Neuronas para Nuestros Viejos Cerebros?”, hablan de la posibilidad de los tejidos humanos nerviosos, de autorrepararse a lo largo de la vida. Hasta ahora se pensaba, que las neuronas no podían reproducirse, después de los dos años de edad en el humano.

.En 1965, se empezaron algunas experiencias en ratas, usando la H-Timidina con un marcador radiográfico, que mostraba la división celular.

.En 1980, se vió que en un ave, un canario adulto, había una regeneración nerviosa en los centros responsables del aprendizaje.

. Luego se vio regeneración nerviosa en el hipocampo de primates.

.Parecía que estudios en humanos serían imposibles, pero en enfermos humanos con cáncer cerebral, se hizo un estudio con marcadores, para poder demostrar que la neurogénesis ocurría en la edad adulta.

. En la Universidad de Florida, el Prof. Scheffer, neurocientífico, en junio de 2010, expresó que pronto será posible cultivar células cerebrales, hacerlo y luego congelarlas para cuando se necesiten. Lo hizo en ratones, aplicándoles determinados productos químicos, para lograr la diferenciación de las mismas. Sería parecido al proceso de las células precursoras de la médula ósea.

.En la Universidad de Nueva York, en enero de 2010, Daya Lin hizo estudios en ratones con cultivos de células del hipocampo.

.Se ha visto que la neurogénesis en el anciano es escasa, disminuyendo en el bulbo olfatorio, en el hipocampo y en el cuerpo calloso. Por ejemplo, los músicos tienen más

desarrollo del cuerpo calloso, lo mismo pasaría con el aumento de actividades psicomotrices, de juegos lógico-creativos, de actividades científicas creativas y de ejecución musical, que aumentan el desarrollo y la integración interhemisférica, lo que retardaría la senectud.

. ¿Esto sería por neurogénesis o por aumento de las sinapsis? Se ha visto que en varios síndromes de desconexión cerebral, como en las anosmias táctil y térmica, en la hemialexia : lectura, en la agrafia parcial, en la apraxia ideomotora, en la apraxia constructiva, en la acalculia, y en la hemianopsia doble, hay lesiones del cuerpo calloso, que mejorarían con: ejercicios psicomotrices adecuados y musicales, con el uso balanceado de testosterona/foliculina, con ejercicios sexuales, que provocarían la neurogénesis o el aumento de las sinapsis. Esto sigue discutiéndose, sin llegarse a una verdadera conclusión.

.6.2. Uso de la marcela: La marcela es oriunda de América del Sur, principalmente de Uruguay, de aroma fuerte, floreciendo al final del verano, viviendo en suelos arenosos, y pedregosos, con propiedades antiespasmódicas y digestivas, antiherpética, antimicótica, antioxidante, analgésica, antiinflamatoria y adelgazante. Tendría una acción antibacteriana sobre el estafilococo áureo, causante de varias infecciones resistentes.

. El Laboratorio Clemente Estable y la Facultad de Química de la UdelaR, de Uruguay, han realizado pruebas con este yuyo, viendo que en lesiones por infarto cerebral en ratas, disminuyeron un 56% las causadas por isquemia cerebral focal.

.Actualmente, en la Universidad de Harvard (EE.UU.) se realizan estudios sobre esta acción.

.Esto, al parecer, se ha producido por la acción de la quercetina de la marcela, lo que ha abierto dos líneas de trabajo. Primero, buscar una molécula más activa y, segundo, estudiar su mecanismo de acción, que podría ser por procesos antioxidantes, aunque no se conoce todo el proceso, o si intervienen otros factores.

.Se ha visto que la quercetina, preparada en una forma especial, encerrada en una capa lipídica, puede pasar la barrera hematoencefálica, y llegar a la neurona. Se han probado también plantas del altiplano, de Australia y de Etiopía.

.7. Comentarios finales: Siguen siendo un enigma los cambios de la senilidad y el porqué en un sistema tan sabiamente coordinado, ciertos órganos y ciertos seres tengan variaciones tan importantes, en la fecha y en la cuantificación y calificación de los cambios.

.No se sabe, sigue en discusión, si la neurogénesis dependería del equilibrio del cóctel hormonal -células testiculares, que dan andrógenos, células cortico-suprarrenales que producen aldosterona, cortisol y DHEA (dihidro-epiandrosterona-, las células ováricas que dan estrógenos como estradiol y androstenediona y progesterona, y las células de la placenta, que dan estradiol, progesterona y estriol.

. Para poder actuar deben de pasar la barrera hematoencefálica, regulando la actividad neuroendócrina, enzimática y proteica, y la supervivencia de las neuronas, la neurogénesis, y la plasticidad sináptica.

. El cerebro también produce las enzimas y los precursores necesarios para la biosíntesis de los esteroides. Estos también actúan sobre los procesos fisiológicos y conductuales.

- .La génesis celular corporal es un proceso automático y vegetativo, controlado por el sistema inmunológico, las gónadas y las suprarrenales.
- . Asimismo, la neurogénesis sería parte de un proceso metabólico, que no puede ser del todo automático, sino semiautomático, lo que está en discusión.
- . Es cierto que mejora con un aprendizaje constante, con una vida social determinada, y con determinados movimientos, como con la coordinación musical.
- . Cuando el anciano abandona o no practica actividades psicomotrices, emocionales, intelectuales y artísticas se perjudica; porque estas actividades aumentan su metabolismo físico y psicológico : actividad neural creativa; influenciadas por las hormonas sexuales.
- . El estrés lo reduce. Asimismo, se observó que el yoga y el taichi, estimulan los hemisferios cerebrales mejorándolos, por lo que podrían ser preventivos. Se vio que sus movimientos lentos, dan poco consumo de oxígeno, crean pocos radicales libres, poca secreción de serotonina, más de melatonina y estrógenos que son hepatoprotectores y neuroprotectores, favoreciendo la longevidad, por lo que podrían prevenir el Alzheimer y el Parkinson, lo que está en discusión.
- También se vio que en la mayor parte del cerebro no existe capacidad de crear nuevas neuronas, porque su alta especialización le impide dividirse.
- . En los últimos años, se observó que en el hipocampo, que es responsable del aprendizaje y del procesamiento de nuevos recuerdos, podrían generarse nuevas neuronas, a ritmo regular, porque quizás se necesita una renovación constante, para poder absorber la nueva información. El hipotálamo de las ratas podría generar de 1.000 a 3.000 nuevas neuronas por día. Los animales más jóvenes crean más nuevas neuronas que los viejos. Es importante saber que el cerebro masculino, tiene 30% más de conexiones intersinápticas que el femenino.
- . En Berlín, en el Centro Max Delbr, Gerd Kempermann, en 1998, demostró en animales que el cerebro no deja de desarrollarse en toda la vida.
- . Suecos y norteamericanos hicieron estudios en humanos cancerosos terminales, que habían recibido sustancias radiactivas, marcando los eslabones del DNA de sus células. Estos eslabones no dejaron de reproducirse hasta la muerte. Como consecuencia, han expresado que nuevas neuronas nacen en el hipocampo por miles; muy poco, en realidad, en relación a los miles de millones que existen en el resto del neuroeje. Estas nuevas células serían más excitables que las restantes. Por ello, es importante preguntarse, si unas pocas neuronas bastarían para cambiar la red arquitectónica neuronal.
- . También se vio, por Friedland, neurólogo de la Universidad Western Reserv de Cleveland, Ohio, EE.UU., que aprendizajes especiales como tocar un instrumento, jugar determinados juegos de cartas, aprender idiomas, hacer malabarismos, armar rompecabezas o resolver crucigramas, podrían mejorar las conexiones sinápticas; y que, asimismo: ¿podrían propiciar el regeneramiento neuronal?.
- . El Instituto Max Planck de Berlín, señala la importancia de la vida social, que sería como una clave de juventud, mejorando el rendimiento intelectual y la memoria.
- . Se estudió el tema en enfermedades, como la demencia senil y el Parkinson, donde se vio la existencia de muerte neuronal, y sobre todo la falta del incremento de las

sinapsis. Esto hizo que varios estudiosos expresaran, que los problemas no son por falta de neurogénesis, sino por falta del incremento de las sinapsis.

.A la vez, se observó que las células T del sistema inmunológico, que produce el timo, ¿son clave? En 1961, Muller descubrió esta función. Por ello, los niños se recuperan fácilmente de enfermedades e infecciones.

-En resumen, actualmente persiste una verdadera polémica sobre la neurogénesis, sobre los factores hormonales influyentes, sobre la importancia del aprendizaje especializado, sobre la plasticidad sináptica, sobre los factores influyentes inmunitarios cancerígenos, y sobre los múltiples factores: físicos, psíquicos, sociales, ambientales, comunitarios y económicos actuantes, que podrían dar en el hombre una mejor y adecuada explicación, sobre la existencia de la neurogénesis, o si hay un aumento o disminución de la plasticidad sináptica, como fenómenos únicos o asociados.

. Es cierto que existen muchas esperanzas en dilucidar las causas de prevenir y mejorar la longevidad, los procesos del envejecimiento , y las enfermedades existentes en el anciano.

-2.2.7.9)- .Paliativos y Consuelos del Envejecimiento.

-Muchos ancianos han tomado como forma de conducta un sistema de sobrevivencia basado en la templanza, con sobriedad alimenticia, y moderación pasional.

. En algunos animales, la duración de su existencia está determinada por el quíntuplo de la duración de su desarrollo, lo cual no siempre se cumple

. En el hombre el desarrollo dura veinte años, por lo que su vida debería ser de 100 años, lo que ocurre más raramente.

.Por ello, se han descrito los más variados consejos de sobrevivencia, pero muchos no han dado resultado.

.Es bueno recordar el lema de la OMS, de 7 de abril de 1999, en ocasión del "Día Mundial de la Salud" y del "Año Internacional del Adulto Mayor", que decía: "Sigamos activos para envejecer bien". Se hizo un diálogo intergeneracional sobre el envejecimiento y la vejez, relacionando la vejez con el desarrollo, y la necesidad de encontrar respuestas frente al aumento mundial de las tasas de envejecimiento, necesitándose mantener un envejecimiento activo, transformando al anciano en un participante activo de la sociedad.

. Una niñez saludable dará una edad adulta acorde y los años posteriores más estimulantes y productivos. Lamentablemente, en Latinoamérica, se ha priorizado sólo a los adolescentes y a los niños; mientras que las necesidades de salud de los ancianos y el desarrollo de las infraestructuras necesarias para una sociedad que envejece, reciben apoyo ocasionalmente, para poder asegurar un envejecimiento saludable, con hábitos y condiciones de vida acordes.

. La falta de un envejecimiento saludable llevará a una vejez patológica, con más demanda de servicios sociales, de salud y de especialización geriátrica.

.Por ello, es importante insistir en el envejecimiento saludable, en estilos de vida más satisfactorios, en el mantenimiento de las reservas funcionales del anciano, en la prevención de sus enfermedades y sus discapacidades, y en conseguir una sociedad más amigable con el octogenarismo y el superoctogenarismo.

-En el anciano, la buena salud y el envejecimiento activo satisfactorio, representan su autonomía en un contexto social determinado, en forma activa , aun cuando tenga algunas enfermedades y consuma determinados fármacos, acompañado de bienestar, recibiendo cuidados y apoyos en forma continua, reconfortándolo en todo momento, hasta en la muerte.

.Las afecciones más comunes serán: cardiovasculares, cancerosas, diabetes, osteoartrosis, pulmonares y desórdenes mentales como depresión y Alzheimer.

.Para 2020, el 75% de las muertes en los países en desarrollo, estarán relacionadas con el envejecimiento : especialmente en Uruguay, Chile, Argentina, Cuba y partes de Asia.

.Las afecciones más limitantes serán los accidentes vasculares cerebrales y las fracturas de cuello de fémur.

.Algunos consejos expresan: la sobriedad alimenticia en cantidad, manteniendo la calidad, suspendiendo la actividad intelectual o física complicada una hora antes de la comida; suspender las conversaciones, lecturas o discusiones acaloradas o emocionantes nocturnas, porque cerebro y estómago, son dos competidores por la circulación. No deben dejar las actividades intelectuales, sino mantenerlas, y si es posible aumentarlas, sobre temas interesantes para la madurez reflexiva, siendo las horas matinales las mejores. En esta edad, se pierde un poco el interés político, pero debe renunciar al foro y a la discusión. Si no está lo suficientemente ágil y robusto para caminar, escalar, comer y dormir en lugares no cómodos, para encontrarse con costumbres y personas nuevas y placenteras, y para tener momentos de descanso intercalados, es mejor que no lo realice.

.Si está acostumbrado a la vida campesina o balnearia, puede hacerlo, pero manteniendo sus costumbres y comodidades.

-2.2.7.10)- 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/>).

-2.2.8)-DIVERSAS PARTES NERVIOSAS.

-Índice:

-2.2.8)-DIVERSAS PARTES NERVIOSAS.

-2.2.8.1)- Sinapsis y Funciones Mentales.

-2.2.8.2)- Circulación Cerebral.

-2.2.8.3)- Insuficiencia Cerebral.

-2.2.8.3.1)- Insuficiencia Cerebrovascular.

-2.2.8.3.2)- Insuficiencia Cerebrometabólica.

-2.2.8.4) - Barrera Hematoencefálica.

-2.2.8.5)- Metabolismo Neuronal.

-2.2.8.5.1)- Características.

-2.2.8.5.2)- Función del ATP y del AMPc.

-2.2.8.5.3)- Alteraciones del Metabolismo Energético.

-2.2.8.5.4)- Neurotransmisores y Envejecimiento Cerebral.

-2.2.8.5.4.1)- Envejecimiento.

-2.2.8.5.4.2)- Demencia Senil.

-2.2.8.5.4.3)- Isquemia Cerebral.

-2.2.8.5.4.4)- Síndromes Extrapirámides.

-2.2.8.5.4.5. Deficiencias Funcionales.

-2.2.8.6)- Bibliografía.

-2.2.8.1)- Sinapsis y Funciones Mentales.

-Cada neurona comunica con las neuronas vecinas a través de las sinapsis. Una neurona puede tener cerca de 50.000 conexiones. A través de las hendiduras sinápticas, viajan los impulsos bio-químico-eléctricos. Cada neurona produce su propio neurotransmisor, viajando estas moléculas a través de las sinapsis, para estimular al receptor de la neurona vecina.

.El humano tiene un capital de 13.000 a 15.000 millones de neuronas. y después del nacimiento pierde su capacidad de reproducción. Es una célula secretora que produce neurotransmisores, los que se almacenan en las terminaciones presinápticas, llamada botón presináptico. Al segregarse, es responsable del fenómeno bio-químico-eléctrico, que crea la onda de despolarización en la neurona que sigue. Presenta una terminación eferente, el axón. Tiene la capacidad de disminuir o aumentar sus terminaciones presinápticas, dependiendo de su grado de función, que puede ir de una a varias docenas de miles, formando las sinapsis.

.Cada neurona necesita recibir un número determinado de estímulos de otras neuronas o de un estimulador, antes de estar en capacidad de poder disparar, liberando su propio material neurotransmisor en la sinapsis.

-En ese sentido, la función cerebral es una cadena de acontecimientos bio-químico-eléctricos, sumamente complejos, sin embargo finitos y dependientes en extremo del aporte adecuado de los neurotransmisores.

.La unidad funcional está representada por los conjuntos neuronales, en número variable, con propiedades y segregando neurotransmisores semejantes, ubicados en un punto común y determinado del espacio, dentro del organismo y del neuroeje.

.Las glías son células con funciones de apoyo en la sustancia gris y blanca. Son: la macroglía o astroglia protoplasmática, que forma parte del Pie Chupador, que están en la sustancia gris,

siendo responsable de la homeostasis, y de asegurar a la neurona las sustancias alimenticias necesarias; La microglía que es la encargada de eliminar las sustancias nocivas de la zona perineuronal, teniendo núcleo y un tamaño pequeño; la macroglía o astrogía fibrosa de la sustancia blanca, que está alrededor de las fibras mielínicas; y la oligodendroglía que forma la mielina, que protege a los axones, aislándolos de sus conductores vecinos, y cambiando sus condiciones funcionales. Las células de Schwann tienen propiedades semejantes.

.Los receptores o sensores, tienen la capacidad de poder reconocer o interpretar los fenómenos químicos, mecánicos, sonoros, luminosos, etc., transformándolos en un fenómeno bio-químico-eléctrico, que es llevado a la neurona.

-Tradicionalmente, la declinación de la función mental se asoció a la arterioesclerosis, pero los estudios recientes muestran que aun la demencia grave, puede cursar sin enfermedad cardiovascular, pudiéndose expresar que la arterioesclerosis no conduce necesariamente a la demencia.

.Ésta, en varios casos, puede estar causada por infartos cerebrales múltiples, secundarios a trombosis o embolias. En otras situaciones, la causa está en el propio tejido cerebral, con lesiones en las fibrillas y en las placas seniles de las neuronas degeneradas, acompañado esto de una disminución del flujo sanguíneo cerebral, secundario o no; con un descenso de la actividad neuronal y al metabolismo disminuido o alterado de los neurotransmisores.

-2.2.8.2)- Circulación Cerebral.

-La circulación cerebral ha sido estudiada a través de una serie de métodos de diagnóstico, que son:

- .1. Medida en los troncos arteriales y venosos: determinación de la diferencia arteriovenosa; con métodos electromagnéticos y técnicas termoelectricas.
- .2. Reoencefalografía: diagrafía transcraneana, pletismografía y por variaciones de impedancia
- .3. Métodos por indicadores inertes: No difusibles : arteriografía cerebral, trazador radioactivo y de dilución, y difusibles : termoelectricos, no gaseosos, de N^2O , de $Kr85$, de débito : gasto, sanguíneo regional, inyección intracarotídea de $Xe133$, inhalación $Xe133$, uso de gamma-cámara, e inyección en parénquima.
- .4. Otros métodos: electroencefalografía, ecografía, PET :Tomografía de Emisión de Positrones, y estudios metabólicos en vivo.

-La disminución de la actividad de los neurotransmisores, determina un problema de mantenimiento de la homeostasis cerebral, bajándose el flujo sanguíneo cerebral, y disminuyendo el metabolismo neuronal, acompañándose de anomalías del EEG.

.Por ello, hay una reducción lenta y mantenida de las ondas Alfa, disminuyendo su parte rápida y aumentando en forma relativa su parte lenta.

.Las ondas Beta rápidas, hasta con una frecuencia de 25 por segundo, disminuyen en forma similar a las ondas Alfa.

. Por otra parte, las ondas con una frecuencia menor a 8 por segundo, tienen un aumento constante entre los 60 y los 90 años.

. Además del EEG simple, se han usado técnicas computarizadas para la recolección, registro, interpretación y valoración cuantitativa, en condiciones basales en el tiempo y en condiciones patológicas inducidas, tales como: isquemia, hipotermia, Hydergina y otros, y por la técnica de la Valoración Cuantitativa o por Representación Tridimensional.

.Con los métodos de medida de los débitos : gastos, sanguíneos viscerales y cerebrales, se pudo observar que el suministro de sangre, a través de los mecanismos de autorregulación, permanece constante.

Prof. Dr. Enrique BARMAIMON. Año 2016. 1ª Ed. Virtual. Tomo II. Montevideo, Uruguay.

. Sólo por debajo de una presión arterial de 70 mmHg, se observó un descenso del flujo sanguíneo cerebral. Además, para que la autorregulación funcione, se necesita que las paredes vasculares estén funcional y estructuralmente intactas.

.El débito cerebral es el 14% del total, lo que resulta elevado porque el cerebro comprende un 2.5% del peso corporal. A medida que se incrementa la edad, especialmente luego de los 50 años, los valores del débito sanguíneo cerebral y el consumo de oxígeno, se reducen y la resistencia vascular cerebral aumenta, todo esto progresivamente, acompañándose o no de síntomas clínicos. A los 80 años, la disminución puede llegar al 30%.

-2.2.8.3)- Insuficiencia Cerebral.

-El deterioro mental observado en el envejecimiento, puede deberse a una insuficiencia cerebrovascular, a una insuficiencia cerebrometabólica o a ambas.

-2.2.8.3.1)- Insuficiencia Cerebrovascular.

-Puede ser causada por una arterioesclerosis vascular cerebral o por un proceso embolígeno, dando un deterioro mental y psicosocial asociado a síntomas neurológicos locales y a una hipertensión arterial.

.En el 17% de los casos, representa la causa primitiva. Desde el punto de vista clínico, la irrigación cerebral insuficiente da: alteraciones del sueño, cefaleas y vértigos, acompañados de estados de angustia y depresión. Posteriormente, aparecen trastornos de la capacidad de la percepción y la memoria, junto a desorientación y humor inestable, pudiéndose llegar en forma progresiva a la demencia senil.

-2.2.8.3.2)- Insuficiencia Cerebrometabólica.

-Representa la alteración del metabolismo del tejido nervioso, donde el deterioro mental y psicosocial son prácticamente la manifestación clínica de la enfermedad orgánica, siendo similares los fenómenos que se presentan en el envejecimiento y en la demencia senil, también llamada enfermedad psicoorgánica de la vejez o enfermedad involutiva cerebral o esclerosis cerebral senil, representando un 66% de los casos.

.La etiología es la alteración de la homeostasis metabólica cerebral, motivada por una reducción, dependiente de la edad, de la reduplicación de las moléculas, de la síntesis correcta de las proteínas enzimáticas, de las capacidades de reserva, y de la capacidad de adaptación a los diversos tipos de estrés metabólicos, producidos por los cambios: psíquicos, sociales, emocionales y económicos. La causa primaria también conduce a las alteraciones del sistema de la barrera hematoencefálica, que comprende a la neurona, al astrocito y al capilar, produciendo las alteraciones hemodinámicas correspondientes.

.En el 17% restante, la etiología será mixta, asociándose ambos procesos: cerebrovascular y cerebrometabólico.

-2.2.8.4) - Barrera Hematoencefálica.

-La barrera hematoencefálica o hemoencefálica tiene carácter estructural y funcional, estando constituida por la neurona, la astroglia y el capilar.

. La astroglia o astrocito es un elemento intercalar, y en el tejido nervioso sustituye al espacio extracelular, que se encuentra en todos los tejidos, realizando sus funciones y haciendo el transporte entre el capilar y la neurona de los elementos sanguíneos. Ésta, de acuerdo a su

función, toma diversas formas, siendo las más extremas el astrocito protoplasmático y el astrocito fibroso, existiendo una serie de formas intermedias. El fibroso predomina en la sustancia blanca, con procesos o prolongaciones largos, bien delimitados y lisos. El protoplasmático tiene prolongaciones cortas, gruesas, muy ramificadas, de aspecto burdo, predominando en la sustancia gris.

.El astrocito, además del proceso protoplasmático (PP) descrito, tiene un segundo componente, los procesos laminares (PL), que son submicroscópicos, en forma de laminillas y prominencias digitiformes con escaso volumen, pero con una superficie enorme. El neuropilo está representado por procesos celulares entrelazados, en forma bastante tupida, que ocupan los espacios celulares del Sistema Nervioso Central. Conforman un laberinto muy estrecho de hendiduras intercelulares submicroscópicas. Conjuntamente, los PP y los PL, representan del 10 al 30% del volumen y del área total del neuropilo.

. El Pie Chupador de Cajal es el contacto entre el astrocito y la superficie del vaso sanguíneo capilar, formado por una vaina glial completa, constituida por los PP y los PL, que recubren el 99% de la superficie del capilar, conteniendo un sistema enzimático especial. Entre la vaina glial y el capilar hay una membrana basal.

.También los PP y los PL tienen una clara afinidad por las superficies receptoras neuronales del cuerpo neuronal, de las dendritas y de las sinapsis, adaptándose a la forma de la neurona que rodea, quedando estrechas hendiduras intercelulares. Asimismo, en las sinapsis complejas el astrocito tiene afinidad con las aberturas laterales.

-Esta barrera representa una unidad funcional, asegurando las condiciones específicas adecuadas para la función neuronal, manteniendo una homeostasis apropiada controlada por el metabolismo neuronal. Dentro de ésta, el astrocito juega un papel fundamental, teniendo como características esenciales:

.1) Su energía, normalmente, la obtiene exclusivamente con la glucólisis anaerobia, siendo escasa la actividad de fosforilación oxidativa.

.2) Tiene un potencial de membrana relativamente alto, contrastándose con lo descrito anteriormente.

.3) Se puede volver tumefacta frente a diversas condiciones, lo que modifica su volumen y forma.

.4) En respuesta a la actividad neuronal y a las concentraciones iónicas del medio extracelular, varía su potencial de membrana, su volumen y su forma.

.5) Controla el diámetro capilar, porque cuando aumenta su volumen como respuesta a la alteración del metabolismo neuronal, también aumenta el volumen del Pie Chupador, creciendo la presión que pueda ejercer sobre el capilar cerebral.

.6) Frente a la alteración del metabolismo neuronal modifica la fosforilación oxidativa.

.7) Si se reduce la actividad metabólica neuronal, el astrocito cambia, produciendo un aumento de la resistencia vascular cerebral o una disminución de la irrigación sanguínea cerebral.

También, disminuye la actividad de ciertas enzimas neuronales, desapareciendo las frecuencias electroencefalográficas rápidas y hay un descenso del consumo cerebral de oxígeno. Además, los metabolitos en particular la glucosa, que es la principal fuente de energía neuronal, van a ser incorporados en una menor cantidad por la neurona, por lo que se acumulan dentro del astrocito, que es responsable de su transporte, habiendo un atesoramiento : proceso tesarismótico.

.8) El proceso tesarismótico genera acumulación de polisacáridos : galactosamina y otros similares al glucógeno, lo que aumentará el metabolismo del astrocito, como respuesta al metabolismo neuronal alterado, y habrá aumento de la actividad de la fosfatasa alcalina, a nivel de los Pies Chupadores, y el crecimiento de la síntesis de las proteínas enzimáticas. También

aumenta la presión osmótica, por lo que se hace tumefacto. Esto, por ser el cerebro incompresible, aumenta la presión que ejercen los Pies Chupadores sobre los capilares, elevándose la resistencia capilar, y reduciendo el flujo sanguíneo.

.Estas acciones a nivel de la neurona y del astrocito, pueden ser invertidas por la Hydergina, y representan la enfermedad llamada esclerosis cerebral senil no vascular o involutiva.

-2.2.8.5)- Metabolismo Neuronal.

-2.2.8.5.1)- Características.

-A las neuronas, debido a la barrera hematoencefálica, sólo les llega glucosa, oxígeno y pequeñas cantidades de ácidos aminados, debiendo sintetizar por sí mismas, todas las sustancias restantes que necesitan.

.Para ello, deben producir una gran cantidad de energía, por lo que tendrán un alto consumo de glucosa y oxígeno. Estos materiales nutritivos deben de ser renovados en forma adecuada y permanente; por lo que el débito (gasto) sanguíneo cerebral no debe de ser menor a 55ml/100g/min.

.Importa, asimismo, destacar que el cerebro sólo almacena cantidades muy reducidas de glucosa y oxígeno, por lo que las funciones cerebrales dependen de su ininterrumpida renovación.

.La glucosa es el único alimento que, asociado al oxígeno, permite obtener la energía necesaria, ocupando un papel primordial en asegurar el metabolismo cerebral.

.El anhídrido carbónico (CO_2) es el producto directo de la combustión oxígeno-glucosa, por lo que el cociente respiratorio (CR), representa la relación del consumo de oxígeno con la producción de anhídrido carbónico y el metabolismo oxidativo de la glucosa en forma cuantitativa. La diferencia arteriovenosa de oxígeno (A-V) es un parámetro esencial para estudiar el metabolismo cerebral, reflejando la capacidad del cerebro para extraer el oxígeno, representando un verdadero test de exploración funcional. Los metabolitos de la glucosa son los ácidos pirúvico y láctico, que pueden ser dosificados.

.Existe una correlación entre el metabolismo, la circulación y la actividad funcional del cerebro. La puesta en marcha de una actividad cortical localizada da un aumento del débito sanguíneo en esa zona. Lo mismo sucede cuando la actividad es generalizada, como: en la vigilancia, en la ansiedad o en la actividad intelectual, dando un aumento global del débito sanguíneo de la microcirculación cerebral, lo que es un índice de la normalidad o de la alteración del metabolismo cerebral.

.Por lo tanto, cuando en un paciente senil una medida del débito sanguíneo cerebral muestra que está reducida, no se puede afirmar que la actividad mental está reducida, sino que es la expresión de la disminución de la actividad metabólica cerebral.

.La actividad eléctrica cerebral, registrada por el EEG, está directamente relacionada con el metabolismo neuronal.

-2.2.8.5.2)- Función del ATP y del AMPc.

-En el metabolismo neuronal, tiene una función importante el trifosfato de adenosina (ATP) y el 3.5 monofosfato de adenosina cíclico (AMPc).

.El ATP es un donante de energía, a través de su degradación de ATP a difosfato de adenosina (ADP) y a su resíntesis. La degradación produce fosfato, siendo controlada por la enzima hidrolítica ATPasa. La ATPasa-Na/K, a nivel de la membrana neuronal es responsable del

funcionamiento de la bomba de Na/K. También, el ATP actúa en la fosforilación de las proteínas mediante el concurso de las proteinokinasas.

.El AMPc interviene como agente mediador de la acción de los numerosos neurotransmisores y hormonas que actúan a nivel de los receptores, siendo el “segundo mensajero” de Sutherland. Para que el AMPc tenga un nivel constante en la célula, debe degradarse poco el ATP. La enzima adenilciclase controla esta transformación a nivel de la membrana neuronal, del ATP en AMPc. La degradación del AMPc en 5-AMP es catalizada por la enzima fosfodiesterasa.

.El aumento del nivel intracelular del AMPc intensifica la síntesis proteica, la liberación de neurotransmisores y de hormonas, la permeabilidad de la membrana neuronal a los iones y la polarización y despolarización de la membrana. También activa las proteinokinasas, que actúan en la fosforilación de algunos elementos de la membrana que pueden modificar el potencial eléctrico y la frecuencia de emisión de los impulsos.

.Por lo tanto, las funciones normales de la neurona, como la sinapsis, la polarización y la despolarización, dependen de la integridad del metabolismo energético, siendo la función transmisora sináptica registrada en el EEG.

-2.2.8.5.3)- Alteraciones del Metabolismo Energético.

-La noradrenalina y otros transmisores adrenérgicos (“primeros mensajeros”) activan en la membrana neuronal postsináptica a la ATPasa y a la adenilciclase que catalizan a los procesos anteriormente mencionados. En el estrés, donde los transmisores adrenérgicos están aumentados, la ATPasa y la adenilciclase son hiperactivadas con el consiguiente aumento del ATP neuronal.

.En la persona de edad avanzada, la capacidad psicoorgánica está disminuida por el proceso de envejecimiento simple, a lo que se pueden agregar otros factores y donde las diversas contingencias diarias basales pueden actuar como desencadenantes del estrés.

.Además, en el envejecimiento está reducida la actividad de las enzimas del metabolismo neuronal aerobio de la glucosa, lo que puede ser empeorado si se agrega una insuficiencia cerebrovascular que disminuirá aún más el aporte de oxígeno a la neurona, descendiendo el contenido de ATP.

.Para compensar estas condiciones de hipoxia, tendrá que recurrir a sistemas antieconómicos, menos eficientes y rentables de producción de ATP, como la glucólisis anaerobia, que tiene el riesgo de desarrollar una acidosis por la excesiva producción de ácido láctico.

-La activación de la síntesis aerobia del ATP, que forma los piruvatos, está sujeta a ciertos límites, mientras que la síntesis anaerobia de ATP sólo está limitada por la cantidad de glucosa disponible. Debido esto, cuando hay un desequilibrio entre la síntesis del ATP y su degradación, se promueve mucho más la glucólisis anaerobia que la aerobia. En estas condiciones, baja la eficacia de la bomba de Na/K, del AMPc intracelular y de la actividad metabólica de la neurona, lo que a su vez disminuye la función transmisora sináptica, tanto en la polarización como en la despolarización, reduciéndose la energía y la frecuencia del EEG.

-La Hydergina, que puede cruzar la barrera hematoencefálica, se puede ver en la neurona, localizándose en un 60% en los sinaptosomas, un 18.7% en la mielina, un 3% en las mitocondrias y un 18% en forma sobrenadante. Ésta inhibe directamente a la fosfodiesterasa del AMPc, a nivel cortical, aminorando la degradación del AMPc, por lo que se acumula, influenciando favorablemente sobre la actividad neuronal. Esto se realiza sin un consumo adicional de ATP, por lo que hay un ahorro de energía. La Hydergina también inhibe a las enzimas ATPasa y adenilciclase, localizadas en la membrana, que pueden ser estimuladas por los adrenérgicos. Debido a esto, influye sobre el equilibrio entre la degradación y la síntesis del ATP, reduciendo la glucólisis anaerobia y su producto final, el lactato, por lo que disminuye la

acidosis. Por lo tanto, hay un ahorro del ATP neuronal y de la generación de la energía por la glucólisis aerobia, lo que evita la acidosis y aparece reflejado en el aumento de la energía del EEG y por la activación de la energía neuronal.

-2.2.8.5.4)- Neurotransmisores y Envejecimiento Cerebral.

-2.2.8.5.4.1)- Envejecimiento.

-En el envejecimiento normal, la enzima TIR-OH (tirosin-hidroxilasa), que regula la transformación de la tirosina en DOPA, está disminuida en un 30%. La enzima I DOPA-DC (dopa-descarboxilasa) y la conversión de tirosina o de DOPA en catecolaminas están reducidas en un 40%. Debido a esto, hay una disminución de la tasa de noradrenalina cerebral y se presenta un aumento progresivo de la enzima MAO (monoaminooxidasa), responsable de la destrucción de las catecolaminas, tanto a nivel cerebral como en el plasma sanguíneo.

.En referencia a la serotonina (5-HT), como la actividad de las enzimas DOPA DC (dopa-descarboxilasa) y 5-HTP-DC están disminuidas con la edad, será responsable la enzima 5-HTP-DC de la transformación de la 5-HTP en 5-HT; la serotonina, por lo tanto, desciende.

.La actividad colinérgica también disminuye en función de la edad, sobre todo a nivel cortical humano, bajando la acción de la enzima ChAc (colinoacetilasa), responsable de esterificar la colina por el ácido acético y de la enzima AChE (acetilcolinesterasa), responsable de la hidrólisis de la acetilcolina (ACh). En otros animales, la actividad colinérgica aumenta en cerebelo y corteza y disminuye en el diencefalo.

-2.2.8.5.4.2)- Demencia Senil.

-En las demencias senil y presenil, el metabolismo de los neurotransmisores está más alterado que en una persona sana de la misma edad. Sobre todo, hay reducción a nivel de las neuronas catecolaminérgicas, colinérgicas y gabaérgicas.

.En la demencia senil, hay correlación entre el descenso de la tasa del metabolito ácido homovanílico (HVA), de la dopamina (DA) en el líquido cefalorraquídeo y el grado de deterioro mental.

.El metabolismo gabaérgico está perturbado cuando la enzima GAD (glutamo-descarboxilasa) está disminuida, ya que es responsable de transformar el ácido glutámico en el neurotransmisor GABA (ácido gamma-aminobutírico).

-2.2.8.5.4.3)- Isquemia Cerebral.

-En el hemisferio cerebral infartado hay disminución de los neurotransmisores NA, 5-HT y DA y en el hemisferio intacto solo de los neurotransmisores NA y 5-HT. En el líquido cefalorraquídeo, las tasas de los neurotransmisores NA, DA, 5-HT, GABA y los metabolitos HVA (ácido homovanílico) y 5-HIAA (ácido hidroxindolacético) son más elevadas que en pacientes de la misma edad sin enfermedades cerebrales. Luego de un tiempo, estos niveles se normalizan. Debido a ello, hay una transferencia anormal de los neurotransmisores de los sinaptosomas a las zonas extraneurales y al líquido cefalorraquídeo, produciendo déficits neurológicos y alteraciones de la transmisión sináptica.

-2.2.8.5.4.4)- Síndromes Extrapiramidas.

Prof. Dr. Enrique BARMAIMON. Año 2016. 1ª Ed. Virtual. Tomo II. Montevideo, Uruguay.

-Hay una atrofia de las células pigmentadas, especialmente de la sustancia negra, donde se registra una aceleración del proceso de envejecimiento, por lo que los catecolaminérgicos están muy alterados. En el núcleo caudado, la enzima DOPA-DC (dopa-descarboxilasa) que transforma la DOPA en dopamina está disminuida en un 80%; la dopamina (DA), el metabolito HVA (ácido homovanílico) baja de 70 a 80%, la noradrenalina (NA) cae a 60% y la serotonina (5-HT) y la enzima GAD (glutamato decarboxilasa) que transforma el ácido glutámico en el neurotransmisor GABA (ácido gamma-aminobutírico) descienden en un 50%.

.La actividad colinérgica está aumentada, siendo la única diferencia bioquímica cualitativa que hay entre el Parkinson y el envejecimiento.

-2.2.8.5.4.5. Deficiencias Funcionales.

-Las deficiencias de los neurotransmisores dopamina, noradrenalina y serotonina dan alteraciones intelectuales y trastornos del comportamiento. Han sido estudiados varios fármacos para tratar de mejorar estas deficiencias, como la Hydergina, por su efecto serotoninérgico central sobre los potenciales ponto-genículo-occipitales (PGO) y sobre el ciclo sueño-vigilia; por su efecto dopaminérgico central reticular, por su efecto en el comportamiento motor y en el comportamiento bioquímico; la L-DOPA, por sus actividades dopaminérgicas y noradrenérgicas que mejoran aspectos motores e intelectuales; y los agonistas monoaminérgicos (derivados ergóticos).

.Es bueno señalar que lo importante, más que el grado del daño neuronal, será el grado de de la alteración del metabolismo de los neurotransmisores, que siempre es más precoz. Las cuatro áreas para analizar son: la actividad motora en relación a la respuesta del cuidado personal; la actividad intelectual y mental; la actividad emocional y la actividad social. Se han estudiado los niveles encontrados de HVA y 5-HIAA en el líquido cefalorraquídeo, no habiendo correlación con la gravedad de la alteración.

.Entre los síntomas más significativos a buscar y analizar, se encuentran la vivacidad mental, la ansiedad, la estabilidad emocional, la motivación, los cuidados personales y el vértigo. Cada uno se puede valorar con 1 a 5 puntos.

.Si la calificación es baja, mejorará con los tratamientos y cuidados.

.La insuficiencia cerebral, con las alteraciones del metabolismo neuronal y la destrucción de las neuronas, es un proceso insidioso y progresivo, que luego de un cierto grado es irreversible. Por ello, es importante que el diagnóstico sea lo más precoz posible, que se conozcan sus causas y síntomas físicos, psíquicos, sociales, emocionales y económicos, para que los pacientes puedan recibir un adecuado tratamiento, y una solución mantenida y suficiente, antes de que lleguen a los estados finales e irreversibles.

-2.2.8.6)- Bibliografía.

- Barmaimon Enrique, Tratado de Neuroanatomía Funcional. 3 volúmenes. Ed. EDUSMP.(1984).Lima, Perú.
- Enrique Barmaimon. Envejecimiento. Ed. Virtual. (2011).1ªEd. Montevideo Uruguay.
- Barmaimon Enrique. Libro Historia de la Anestesia, la Reanimación y los Cuidados Intensivos. 4 Tomos.(1984).1ªEd. Virtual. Montevideo, Uruguay.
- 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/>).

-CAPÍTULO 3- SISTEMAS DE INTEGRACIÓN -

-3.1)- REACCIÓN DE LUCHA O HUIDA.

-(De Wikipedia, la enciclopedia libre).

-La reacción de lucha o huida , también llamada: reacción de lucha, huida o parálisis, hiperexcitación, o respuesta de estrés agudo; es una respuesta fisiológica ante la percepción de [daño](#), [ataque](#) o amenaza a la supervivencia.

.Fue descrita inicialmente por [Walter Bradford Cannon](#), indicando que los animales reaccionan con una descarga general del [sistema nervioso simpático](#), preparándolos para luchar o escapar.

.Más específicamente, la [médula adrenal](#) produce una descarga de hormonas resultando en la secreción de [catecolaminas](#).

.La reacción es reconocida como la primera etapa de un [síndrome de adaptación general](#) que regula las respuestas de [estrés](#) de [vertebrados](#) y otros [organismos](#).

-Índice:

-3.1)- REACCIÓN DE LUCHA O HUIDA.

-3.1.1)- [Fisiología](#)

-3.1.1.1)- [Sistema Nervioso Autónomo](#)

-3.1.1.1.1)- [Sistema Nervioso Simpático](#).

-3.1.1.1.2)- [Sistema Nervioso Parasimpático](#).

-3.1.1.2)- [Respuesta](#).

-3.1.1.3)- [Función de los Cambios Fisiológicos](#).

-3.1.1.4)- [Perspectiva Evolutiva](#).

-3.1.1.5)- [Ejemplos](#).

-3.1. 1.6)- [Variedad de Reacciones](#).

-3.1.2)- [Componentes Emocionales](#) .

-3.1.2.1)- [Regulación Emocional](#).

-3.1.2.2)- [Reactividad Emocional](#).

-3.1.3)- [Componentes Cognitivos](#) .

-3.1.3.1)- [Especificidad del Contenido](#).

-3.1.3.2)- [Percepción de Control](#).

-3.1.3.3)- [Procesamiento de Información Social](#)

-3.1.4)- [Efectos Negativos de la Reacción de Estrés en Humanos](#).

-3.1.1)- Fisiología.

-3.1.1.1)- Sistema Nervioso Autónomo.

-[Sistema nervioso autónomo](#).

-El sistema nervioso autónomo es un sistema de control que actúa inconscientemente y regula el [ritmo cardíaco](#), la [digestión](#), la [frecuencia respiratoria](#), la [respuesta pupilar](#), la [micción](#) y la [excitación sexual](#). Este sistema es el mecanismo primario, que controla la reacción de lucha o huida, y su rol se lleva a cabo mediante dos componentes diferentes.

-3.1.1.1.1)- Sistema Nervioso Simpático.

- Sistema nervioso simpático.

-El sistema nervioso simpático se origina en la médula espinal, y su función principal es activar los cambios fisiológicos, que ocurren durante la reacción de lucha o huida.

.Este componente del sistema nervioso autónomo utiliza y activa la liberación de noradrenalina en la respuesta.

-3.1.1.1.2)- Sistema Nervioso Parasimpático.

- Sistema nervioso parasimpático.

-El sistema nervioso parasimpático se origina en la médula espinal y trabaja en conjunto con el sistema nervioso simpático.

. Su función principal es activar la respuesta de "descansar y digerir", y devolver al cuerpo la homeostasis, después de la reacción de lucha o huida. Este sistema utiliza y activa la liberación del neurotransmisor acetilcolina.

-3.1.2.2)- Respuesta.

-La respuesta comienza en el cuerpo amigdalino, que provoca una respuesta neuronal en el hipotálamo, donde la respuesta inicial es seguida por la activación de la glándula pituitaria y la secreción de la hormona ACTH.

. La glándula suprarrenal es activada casi simultáneamente, liberando el neurotransmisor epinefrina. La liberación de mensajeros químicos resulta en la producción de la hormona cortisol, la cual incrementa la presión sanguínea, la concentración de glucosa en la sangre, y suprime el sistema inmunitario.

. La reacción inicial y las respuestas siguientes son iniciadas en un esfuerzo, por aumentar la energía, lo que se consigue mediante la unión de la epinefrina a las células hepáticas y la subsecuente producción de glucosa.

.Adicionalmente, el cortisol convierte ácidos grasos en energía disponible, preparando a los músculos de todo el cuerpo para la reacción.

.Las hormonas catecolaminas, como la adrenalina (epinefrina) o la noradrenalina (norepinefrina), facilitan respuestas físicas inmediatas, asociadas a la preparación para una acción muscular violenta, incluyendo las siguientes:

- Aumento de la acción cardíaca y pulmonar;
- Palidez, enrojecimiento o alternancia entre ambos;
- Inhibición de la acción estomacal e intestinal, al punto que la digestión se ralentiza o se detiene;
- Efecto general en los esfínteres del cuerpo;
- Constricción de los vasos sanguíneos en varias partes del cuerpo;
- Liberación de las fuentes de energía metabólica : particularmente grasa y glucógeno, para la acción muscular;
- Dilatación de los vasos sanguíneos de los músculos;
- Inhibición de la glándula lagrimal , que es responsable de la producción de lágrimas y de la salivación;
- Dilatación de la pupila: midriasis;
- Relajación de la vejiga;
- Inhibición de la erección;
- Exclusión auditiva : pérdida de audición;

- [Visión de tunel](#) : pérdida de [visión periférica](#);
- Desinhibición de los [reflejos](#) medulares; y
- [Temblores](#).

-3.1.13)-Función de los Cambios Fisiológicos.

-Los cambios fisiológicos que ocurren durante la reacción de lucha o huida, se activan con el fin de proporcionar al cuerpo, un incremento de fuerza y velocidad, como anticipo para luchar o correr. Algunos de los cambios fisiológicos específicos y sus funciones son:

- Incremento del [flujo sanguíneo](#) hacia los músculos, desviándolo desde otras partes del cuerpo;
- Incremento de la presión sanguínea, ritmo cardíaco, nivel de glucosa en la sangre y grasas, con el fin de suministrar al cuerpo energía adicional;
- La función [coagulante](#) del cuerpo se acelera con el objetivo de evitar la [pérdida excesiva de sangre](#) , en el caso de una lesión durante la reacción;
- Incremento en la [tensión muscular](#) ,con el fin de proporcionar al cuerpo velocidad y fuerza adicional;
- Las pupilas se dilatan para ayudar a ver con mayor claridad;
- Incremento de la [sudoración](#) , para evitar el sobrecalentamiento debido al incremento del metabolismo.

-3.1.1.4)- Perspectiva Evolutiva.

-La explicación de la [psicología evolucionista](#) es que los humanos primitivos, debieron reaccionar rápidamente ante estímulos amenazantes, sin tener tiempo para prepararse física y psicológicamente. La reacción de lucha o huida proporcionó mecanismos a los humanos [prehistóricos](#) , para responder rápidamente ante amenazas contra su supervivencia.

-3.1.1.5)- Ejemplos.

-Un ejemplo típico de la reacción al estrés, es una [cebra](#) pastando. Si la cebra avista un [león](#) acercándose para cazar, la reacción al estrés es activada. El escape requiere un intenso esfuerzo muscular, apoyado por todos los sistemas del cuerpo. La activación del [sistema nervioso simpático](#) cubre estas necesidades.

.Un ejemplo similar involucrando lucha, es el de un gato a punto de ser atacado por un perro. El gato muestra latidos acelerados, [piloerección](#) : pelos de punta, por lo general para la conservación del calor, y pupilas dilatadas, todas señales de activación simpática.

.Tener en cuenta que la cebra y el gato mantienen la [homeostasis](#) en todos los estados.

-3.1.1.6)- Variedad de Reacciones.

-Los animales reaccionan a las amenazas de diversas maneras. Las ratas, por ejemplo, tratan de escapar cuando se sienten amenazadas, pero lucharán cuando estén acorraladas. Algunos animales permanecen inmóviles para que los depredadores no los vean. Muchos animales se paralizan o se hacen los muertos, cuando son tocados con la esperanza de que el depredador pierda el interés.

.Otros animales tienen métodos alternativos de autoprotección. Algunas especies de animales de [sangre fría](#) , [cambian de color](#) rápidamente, para camuflarse. Estas reacciones son disparadas por el sistema nervioso simpático, pero, con el fin de ajustarse al modelo de lucha o huida, el

concepto de huida, debe ser ampliado para incluir el escape tanto en forma física como sensorial. De esta manera, huir puede ser desaparecer hacia otra ubicación, o sólo desaparecer en el mismo lugar. Comúnmente, se combinan la lucha y la huida en una determinada situación. Las acciones de lucha o huida, también tienen polaridad. el individuo puede ya sea luchar o escapar de algo que lo está amenazando, como un león hambriento,; o luchar o escapar hacia algo que necesita, como la seguridad a la orilla de un río.

Una amenaza de otro animal no siempre resulta en una lucha o huida inmediata. Puede haber un periodo de toma de conciencia, durante el cual cada animal interpreta las señales de comportamiento del otro. Signos como palidez, piloerección, inmovilidad, sonidos y lenguaje corporal, comunican el estado y las intenciones de cada animal.

Puede haber un cierto tipo de negociación, luego de la cual la lucha o huida se lleva a cabo, la cual sin embargo puede también resultar en juegos, apareamiento o nada en absoluto. Un ejemplo de esto son gatitos jugando: cada gatito muestra señales de activación simpática, pero nunca se causan daño de verdad.

Machos y hembras tienden a enfrentar diferentemente situaciones de estrés. Los machos tienden a reaccionar ante una situación de emergencia con agresión :lucha, mientras que las hembras tienden a escapar : huir, recurrir a la ayuda de otros, o intentar calmar la situación : [cuidar y entablar amistad](#). Durante los momentos de estrés, una madre tiende especialmente a mostrar acciones protectoras hacia su descendencia, y a agruparse con otros, para una reacción compartida socialmente ante una amenaza.

En los tiempos actuales, estas respuestas persisten, pero las reacciones de lucha o huida han abarcado un rango más amplio de comportamientos. Por ejemplo, la reacción de lucha puede ser manifestada en forma de enojo o comenzando una discusión; mientras que la reacción de huida puede ser manifestada a través de retraimiento social, abuso de sustancias, e incluso ver televisión.

-3.1.2)- Componentes Emocionales.

-3.1.2.1)-Regulación Emocional.

En el contexto de la reacción de lucha o huida, la regulación emocional es usada proactivamente, para evitar amenazas de estrés o para controlar el nivel de excitación emocional.

-3.1.2.2)- Reactividad Emocional.

Durante la reacción, la intensidad de la emoción producida por el estímulo, determinará también la naturaleza e intensidad del comportamiento durante la respuesta.

Individuos con altos niveles de reactividad emocional, pueden ser propensos a la [ansiedad](#) y [agresión](#), lo cual ilustra las implicancias de una respuesta emocional apropiada en la reacción de lucha o huida.

-3.1.3)- Componentes Cognitivos.

-3.1.3.1)- Especificidad del Contenido.

Los componentes específicos de cogniciones en la reacción de lucha o huida, parecen ser en gran parte negativos. Estas cogniciones negativas pueden caracterizarse por: atención a los estímulos negativos, percepción de situaciones ambiguas como negativas, y la recurrencia a recordar

palabras negativas. Puede haber también pensamientos negativos específicos, asociados a las emociones comúnmente vistas en la reacción.

-3.1.3.2)- Percepción de Control.

-El control percibido se refiere a los pensamientos de un individuo, sobre el control de situaciones y eventos. El control percibido debe ser diferenciado del control efectivo, ya que las creencias de un individuo, pueden no reflejar sus habilidades reales. Por lo tanto, el sobreestimar o subestimar el control percibido, puede conducir a la ansiedad y la agresión.

-3.1.3.3)- Procesamiento de Información Social.

-El modelo de procesamiento de información social, propone una variedad de factores que determinan el comportamiento en el contexto de situaciones sociales y pensamientos preexistentes. La atribución de hostilidad, especialmente en situaciones ambiguas, parece ser uno de los factores cognitivos más importantes, asociados con la reacción de lucha o huida por sus implicancias hacia la agresión.

-3.1.4)- Efectos negativos de la reacción de estrés en humanos.

-Véase también: [Estrés](#).

-La reacción de estrés suprime temporalmente, varios procesos biológicos como respuestas sexuales y mecanismos digestivos. Esto es un esfuerzo para concentrarse en la situación que genera el estrés. Mientras la reacción de lucha o huida es una respuesta adaptativa, prolongados incrementos de estrés, pueden causar una variedad de efectos fisiológicos psicológicos negativos, incluyendo:

.Efectos fisiológicos:

- [Dolor de cabeza](#);
- Dolor y tensión muscular;
- [Dolor de pecho](#);
- [Fatiga](#);
- Cambios en el [deseo sexual](#);
- [Molestias estomacales](#);
- [Problemas para dormir](#).

.Efectos psicológicos:

- [Ansiedad](#);
- Inquietud;
- Falta de [motivación](#) o concentración;
- [Irritabilidad](#) o [ira](#);
- [Depresión](#).

.Efectos en el comportamiento:

- Déficit o exceso de alimentación;
- [Abuso de drogas o alcohol](#);
- Retraimiento social.

-Obtenido de

:«https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Reacción_de_lucha_o_huida&oldid=82267086»

Categoría: [Reflejos](#)

.Esta página fue modificada por última vez el 7 noviembre 2015 a las 00:25.

-3.2)- INTOXICACIONES.

-(De Wikipedia, la enciclopedia libre).

-Una intoxicación se produce por exposición, ingestión, inyección o inhalación de una sustancia tóxica, siempre y cuando sea de composición química, ya que si el compuesto es natural, se le llamara ingesta excesiva, y esto será por cualquier sustancia sea: natural, química, procesada o creada.

. Las intoxicaciones accidentales o voluntarias debidas al consumo de medicamentos son las más frecuentes.

. Otros tóxicos son: productos industriales, domésticos, de jardinería, [drogas](#), [monóxido de carbono](#) y alcohol en un uso excesivo.

. La gravedad de la intoxicación depende: de la toxicidad del producto, del modo de introducción, de la [dosis](#) ingerida y de la edad de la víctima.

.Es fundamental detectar los signos de riesgo vital: comprobar el estado de [conciencia](#), la respiración y también el pulso.

-Productos de limpieza y jardinería:

- Intoxicaciones por productos de limpieza. Los niños suelen ser las principales víctimas de este tipo de intoxicaciones, que a menudo, se producen después de poner el producto tóxico en un envase de uso alimentario.
- Todos los productos domésticos son potencialmente tóxicos. En general, son irritantes para el tubo digestivo; producen dolor abdominal y, en ocasiones, diarrea. Sin embargo, en algunos casos constituyen una amenaza grave: los cáusticos : p. ej., desatascadores, desincrustantes, decapantes, lejía), que producen quemaduras en la boca y en las vías digestivas; y los espumantes que pueden provocar asfixia, si la espuma invade los aparatos digestivos y respiratorios.
- También son peligrosos los productos industriales de uso doméstico : trementina, aguarrás, amoníaco, que originan graves trastornos digestivos, cardiorrespiratorios y neurológicos. Cualquiera que sea la naturaleza del producto y la cantidad ingerida, hay que llamar inmediatamente al centro toxicológico o al servicio de urgencias.

-Intoxicación por alcohol: También llamada [embriaguez](#), es una condición temporal de corto plazo, después de haber consumido demasiado alcohol.

. El alcohol está hecho de una sustancia química llamada [etanol](#), que puede venir de granos o frutas como las uvas. Se encuentra, en mayor o menor concentración, en todas las denominadas [bebidas alcohólicas](#): vino, cerveza, tequila, mexcal, brandy, pulque, vodka, etc. En la intoxicación por alcohol, la cantidad de alcohol consumido es mayor de lo que el cuerpo puede manejar. La intoxicación por alcohol puede causar cambios anormales en el cuerpo y no es posible pensar, actuar o hablar apropiadamente. Diagnosticar y tratar la intoxicación por alcohol, tan pronto como sea posible, puede aliviar los síntomas y evitar problemas más graves.

-Véase también:

- [Intoxicación por monóxido de carbono](#);
- [Intoxicación por fósforo](#);
- [Intoxicación cianhídrica](#);
- [Intoxicación por arsénico](#);
- [Intoxicación por plantas](#);
- [Síndrome de abstinencia de las benzodiazepinas](#);
- [Efectos a largo plazo de las benzodiazepinas](#);

- [Síndrome tóxico](#);
- [Droga](#);
- [Drogodependencia](#);
- [Trastorno bipolar](#);
- [Carga tóxica](#).

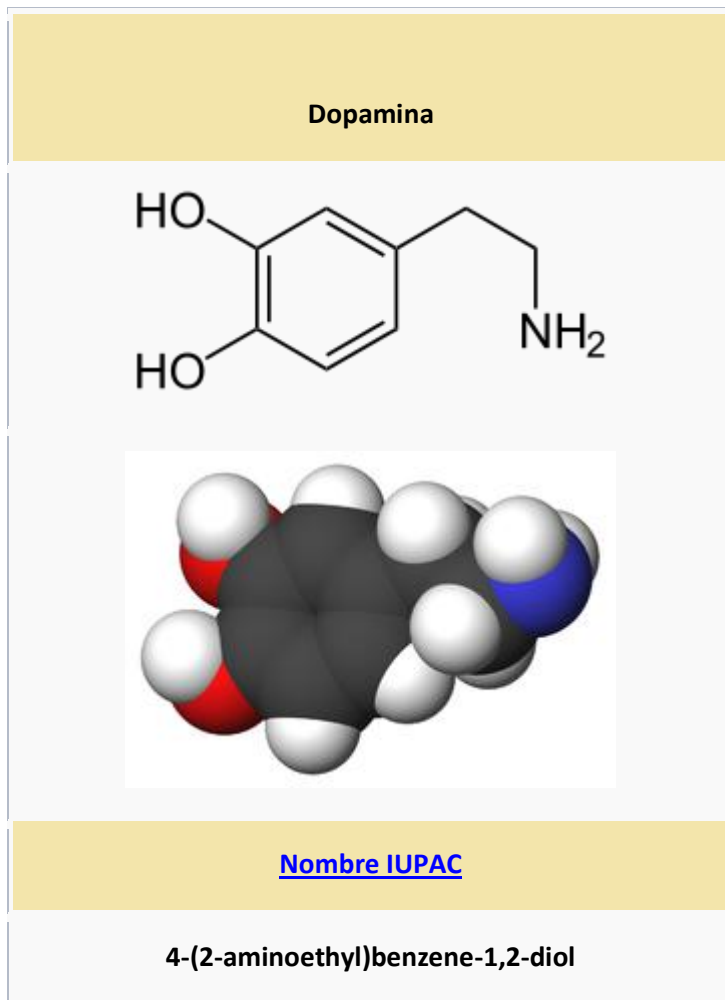
Obtenido de «<https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Intoxicación&oldid=86665019>»

Categorías: [Seguridad química](#); [Toxicología](#); [Urgencias médicas](#) .

- Esta página fue modificada por última vez el 8 nov 2015 a las 22:50.

-3.3)- DOPAMINA.

-(De Wikipedia, la enciclopedia libre).



General	
Otros nombres	2-(3,4-dihydroxyphenyl)ethylamine; 3,4-dihydroxyphenethylamine; 3-hydroxytyramine; DA; Intropin; Revivan; Oxytyramine
Fórmula semidesarrollada	$C_6H_3(OH)_2-CH_2-CH_2-NH_2$
Fórmula molecular	$C_8H_{11}NO_2$
Propiedades físicas	
Masa molar	153,18 g/mol
Propiedades químicas	
Solubilidad en agua	60,0 g/100 ml
Valores en el SI y en condiciones estándar (25 °C y 1 atm), salvo que se indique lo contrario.	

-La dopamina ($C_6H_3(OH)_2-CH_2-CH_2-NH_2$) es un [neurotransmisor](#) producido en una amplia variedad de [animales](#), incluidos tanto [vertebrados](#) como [invertebrados](#). Según su estructura química, la dopamina es una [feniletilamina](#), una [catecolamina](#) que cumple funciones de [neurotransmisor](#) en el [sistema nervioso central](#), activando los cinco tipos de [receptores celulares](#) de dopamina: D1 : relacionado con un efecto activador; D2 : relacionado con un efecto inhibitor, D3, D4 y D5, y sus variantes.

.La dopamina se produce en muchas partes del sistema nervioso, especialmente en la [sustancia negra](#). La dopamina es también una neurohormona liberada por el [hipotálamo](#), donde su función principal es inhibir la liberación de [prolactina](#) del lóbulo anterior de la [hipófisis](#).

.Como [fármaco](#), actúa como [simpaticomimético](#) : emulando la acción del [sistema nervioso simpático](#), promoviendo el incremento de la frecuencia cardíaca y [presión arterial](#); a su vez, puede producir efectos deletéreos como [taquicardia](#). Sin embargo, a causa de que la dopamina no puede atravesar la [barrera hematoencefálica](#), su administración como droga no afecta directamente el sistema nervioso central.

.En el cerebro de pacientes con [enfermedad de Parkinson](#), degeneran y mueren las neuronas dopaminérgicas de la [substancia negra](#), las cuales proyectan hacia los núcleos del putamen y caudado del estriado, núcleos que participan en los [ganglios basales](#), provocando la pérdida de control de los movimientos voluntarios. El tratamiento para esta enfermedad es restaurativo, al

intentar compensar la pérdida de dopamina, que se produce por la muerte neuronal dopaminérgica. Sin embargo, para poder hacer llegar la dopamina hasta el cerebro y compensar su déficit, se administra su precursor, la L-Dopa ([levodopa](#)), normalmente junto a la [carbidopa](#), para evitar la degradación de la L-Dopa en plasma, y aumentar la cantidad de precursor que llega al cerebro. Una vez atravesada la barrera hematoencefálica, la L-Dopa es metabolizada hasta dopamina, gracias a la dopa descarboxilasa.

-Índice:

-3.3)- DOPAMINA.

-3.3.1)- [Historia](#) .

-3.3.2)- [Bioquímica](#)

-3.3.2.1)- [Nombre y familia](#).

-3.3.2.2)- [Biosíntesis](#).

-3.3.2.3)- [Inactivación y Degradación](#).

-3.3.3)- [Funciones en el Sistema Nervioso](#) .

-3.3.3.1)- [Anatomía](#).

-3.3.3.2)- [Movimiento](#).

-3.3.3.3)- [Cognición y Corteza Frontal](#).

-3.3.3.4)- [Regulación de la Secreción de Prolactina](#).

-3.3.3.5)- [Motivación y Placer](#) .

-3.3.3.5.1)- [Refuerzo](#).

-3.3.3.5.2)- [Inhibición de la Recaptación, Expulsión](#).

-3.3.3.5.3)- [Estudios en Animales](#).

-3.3.3.5.4)- [Drogas Reductoras de Dopamina en Seres Humanos](#).

-3.3.3.5.5)- [Transmisión Cannabinoide y Opioide](#).

-3.3.3.5.6)- [Socialización](#).

-3.3.3.5.7)- [Saliencia](#).

-3.3.4)- [Desórdenes del Comportamiento](#) .

-3.3.4.1)- [Inhibición Latente y Creatividad](#).

-3.3.5)- [Relación con la Psicosis](#).

-3.3.6)- [Uso Terapéutico](#).

-3.3.7)- [La Dopamina y la Oxidación de la Fruta](#).

-3.3.8)- [Otros Datos](#).

-3.3.9)- [Véase También](#).

-3.3.10)- [Referencias](#).

-3.3.11)- [Enlaces Externos](#).

-3.3.1)- Historia.

-La dopamina fue sintetizada artificialmente por primera vez en 1910 por [George Barger](#) y James Ewens, en los Laboratorios Wellcome en [Londres, Inglaterra](#). Fue llamada Dopamina porque es una [monoamina](#), y su precursor sintético es la 3,4-dihidroxifenilalanina (L-Dopa). En 1952, [Arvid Carlsson](#) y [Nils-Åke Hillarp](#), del Laboratorio de Farmacología Química del Instituto Nacional del Corazón en [Suecia](#), pusieron de manifiesto su importante papel como [neurotransmisor](#). Éste, y otros logros en transducción de señales en el sistema nervioso, le valieron a Carlsson el [Premio Nobel en Fisiología o Medicina](#) en 2000.^{2 3}.

-3.3.2)- Bioquímica.

-3.3.2.1)- Nombre y familia.

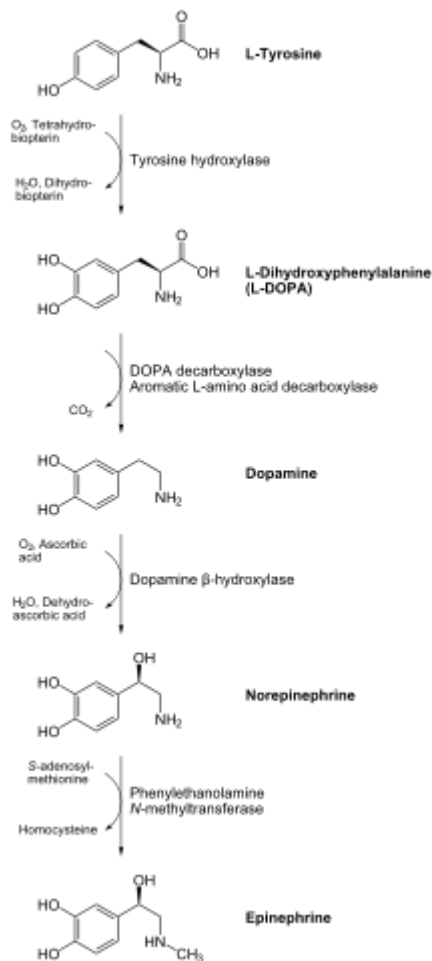
-La dopamina tiene la [fórmula química](#) $C_6H_3(OH)_2-CH_2-CH_2-NH_2$. Su [nombre químico](#) es "4-(2-aminoetil)benceno-1,2-diol" y su abreviatura es "DA".

.Como miembro de la familia de las [catecolaminas](#), la dopamina es un precursor de la [norepinefrina](#) (noradrenalina), luego [epinefrina](#) (adrenalina) en las vías de biosíntesis de estos [neurotransmisores](#).

-3.3.2.2)- Biosíntesis.

La dopamina se biosintetiza tanto en ciertas [neuronas](#) del encéfalo como en la médula de las [glándulas suprarrenales](#) primero por la [hidroxilación](#) de los aminoácidos L-tirosina a L-Dopa mediante la enzima tirosina 3-monooxigenasa, también conocida como [tirosina hidroxilasa](#), y después por la descarboxilación de la L-DOPA mediante la enzima dopa-decarboxilasa.⁴ En algunas neuronas, la dopamina es transformada en [norepinefrina](#) por la dopamina beta-hidroxilasa.

En las neuronas, la síntesis se da en los [terminales axónicos](#) mediante enzimas transportadas por el axón, la dopamina se empaqueta en vesículas, que se liberan en la [sinapsis](#) en respuesta a un impulso eléctrico presináptico.



-Biosíntesis de la dopamina

-3.3.2.3)- Inactivación y Degradación.

-La dopamina es inactivada por el reingreso mediante el [transportador de dopamina](#), luego es clivada enzimáticamente por la [catecol-O-metil transferasa](#) (COMT) y la [monoamino oxidasa](#) (MAO). La dopamina que no es clivada por las enzimas es reempacada en vesículas para su reutilización.

.La dopamina también es capaz de hacer difusión simple en la sinapsis, y de regular la [presión sanguínea](#).

-3.3.3)- Funciones en el Sistema Nervioso.

-La dopamina tiene muchas funciones en el [cerebro](#), incluyendo papeles importantes en el comportamiento y la [cognición](#), en la actividad motora, en la [motivación](#) y la recompensa, en la regulación de la producción de leche, el [sueño](#), el [humor](#), la atención, y el [aprendizaje](#).

.Las neuronas [dopaminérgicas](#), es decir, las neuronas cuyo neurotransmisor primario es la dopamina, están presentes mayoritariamente en el [área tegmental ventral](#) (VTA) del cerebro-medio, la parte compacta de la [sustancia negra](#), y el núcleo arcuato del [hipotálamo](#).

.Las respuestas físicas de las neuronas [dopaminérgicas](#) son observadas cuando se presenta una recompensa inesperada. Estas respuestas se trasladan al inicio de un estímulo condicionado, después de apareamientos repetidos con la recompensa.

.Por otro lado, las neuronas de dopamina son deprimidas cuando la recompensa esperada se omite. Así, las neuronas de dopamina parecen codificar la predicción del error, para resultados provechosos. En la naturaleza, aprendemos a repetir comportamientos, que conducen a maximizar recompensas.

.La dopamina por lo tanto, como se cree, proporciona una señal instructiva a las partes del cerebro responsable de adquirir el nuevo comportamiento. La diferencia temporal del aprendizaje, proporciona un modelo computacional, describiendo cómo el error de predicción de neuronas de dopamina, donde se usa como una señal instructiva.

.En insectos, un sistema de recompensa similar existe, usando [octopamina](#), un químico similar a dopamina.⁵.

-3.3.3.1)- Anatomía.

-Las neuronas [dopaminérgicas](#) forman un sistema neurotransmisor, que se origina en la parte compacta de la sustancia negra, el área tegmental ventral (VTA) y el hipotálamo. Sus axones son proyectados a través de varias áreas del cerebro mediante estas vías principales:

- [Vía mesocortical](#);
- [Vía mesolímbica](#);
- [Vía nigrostriatal](#);
- [Vía tuberoinfundibular](#).

.Esta innervación explica muchos de los efectos de activar este sistema dopaminérgico. Por ejemplo, la vía mesolímbica conecta el VTA y el [núcleo accumbens](#), ambos son centrales al sistema de recompensa cerebral.⁶.

-3-3-3.2)-Movimiento.

-Mediante los receptores de dopamina D1, D2, D3, D4 y D5, la dopamina reduce la influencia de la vía indirecta, e incrementa las acciones de la vía directa involucrando los ganglios basales. La biosíntesis insuficiente de dopamina en las neuronas [dopaminérgicas](#), pueden causar la [enfermedad de Parkinson](#), en la cual una persona pierde la habilidad para ejecutar movimientos finos y controlados. La activación fásica dopaminérgica, parece ser crucial con respecto a una duradera codificación interna de habilidades motoras (Beck, 2005).

-3.3.3.3)- Cognición y Corteza Frontal.

-En los [lóbulos frontales](#), la dopamina controla el flujo de información desde otras áreas del [cerebro](#). Los desórdenes de dopamina en esta región del [cerebro](#), pueden causar un declinamiento en las funciones neurocognitivas, especialmente la: [memoria](#), atención, y resolución de problemas. Las concentraciones reducidas de dopamina en la [corteza prefrontal](#), se piensa contribuyen al [trastorno por déficit de atención con hiperactividad](#).

.Por el contrario, la medicación anti-psicótica, actúa como antagonista de la dopamina y se usa en el tratamiento de los síntomas positivos en [esquizofrenia](#).

-3.3.3.4)-Regulación de la Secreción de Prolactina.

-La dopamina es el principal regulador neuroendocrino de la secreción de [prolactina](#) desde la [hipófisis anterior](#). La dopamina producida por las neuronas en el [núcleo arcuato](#) del [hipotálamo](#), se secreta a los vasos sanguíneos hipotálamo-hipofisiarios en la [eminencia media](#), la cual supla a la [hipófisis](#). Las [células lactotropas](#) que producen [prolactina](#), en ausencia de dopamina, secretan [prolactina](#) continuamente; la dopamina inhibe su secreción.

. Así, en el contexto de la regulación de la secreción de [prolactina](#), la dopamina es ocasionalmente llamada Factor Inhibidor de Prolactina (PIH), o prolactostatina. La [prolactina](#) también parece inhibir la liberación de dopamina, como un efecto posterior al [orgasmo](#), y es principalmente responsable del [Período Refractario](#).

-3.3.3.5)- Motivación y Placer.

-3.3.3.5.1)-Refuerzo.

-La dopamina es comúnmente asociada con el sistema del placer del [cerebro](#), suministrando los sentimientos de gozo y refuerzo, para motivar a una persona proactivamente para realizar ciertas actividades.

. La dopamina se libera desde neuronas situadas en el [área tegmental ventral](#) (ATV), hasta estructuras como el [núcleo accumbens](#), la [amígdala](#), el área septal lateral, el núcleo olfatorio anterior, el tubérculo olfatorio y el [neocórtex](#), mediante las proyecciones que tiene el ATV sobre estas estructuras.

. Participa en experiencias naturalmente recompensantes tales como: la alimentación, el sexo,⁷ algunas drogas, y los estímulos neutrales que se pueden asociar con estos. Esta teoría es frecuentemente discutida, en términos de drogas tales como: la [cocaína](#), la [nicotina](#), y las [anfetaminas](#), las cuales parecen llevar directa o indirectamente al incremento de dopamina en esas áreas; y en relación a las teorías neurobiológicas de la adicción química, argumentando que esas vías dopaminérgicas, son alteradas patológicamente en las personas adictas.

. Sin embargo, según estudios recientes existe una relación en la alteración en los niveles de dopamina, producidas por el tabaco y un decremento del riesgo de contraer [Parkinson](#), pero los mecanismos de tal relación aún no se encuentran determinados.⁹

-3.3.3.5.2)- Inhibición de la Recaptación, Expulsión.

-Sin embargo, [cocaína](#) y [anfetamina](#) influyen sobre distintos mecanismos. La [cocaína](#) es un bloqueador , del transportador de la dopamina, que inhibe competitivamente la recaptación de la dopamina, para aumentar el periodo de vida de la misma y producir una sobreabundancia de dopamina, dando un aumento de hasta el 150 %, dentro de los parámetros de los [neurotransmisores](#) de la dopamina.

.Al igual que la [cocaína](#), las [anfetaminas](#) incrementan la concentración de dopamina en el espacio sináptico, pero por medio de un mecanismo distinto, porque las [anfetaminas](#) tienen una estructura similar a la dopamina, y pueden por tanto penetrar en el botón terminal de la [neurona presináptica](#), por medio de sus transportadores de dopamina, así como difundándose a través de la membrana neural directamente. Al entrar en la neurona presináptica, las [anfetaminas](#) fuerzan a las moléculas de dopamina, a salir de su [vesícula](#) de almacenamiento, y las expulsan al espacio sináptico, haciendo funcionar a la inversa a los transportadores de dopamina.

.El papel de la dopamina en la experiencia del placer, ha sido cuestionado por varios investigadores. Se ha argumentado que la dopamina está más asociada al deseo anticipatorio y la motivación , que comúnmente se le denomina "querer", por oposición al placer consumatorio real , que normalmente es denominado "gustar".

.La dopamina se libera al encuentro de estímulos desagradables o aversivos, y así motiva hacia el placer de evitar o eliminar los estímulos desagradables.

-3-3-3.5.3)- Estudios en Animales.

-Lo que se sabe sobre la dopamina en cuanto a su papel en la motivación, el deseo y el placer, se obtuvo de estudios realizados en animales. En uno de estos estudios, a las ratas se les extrajo la dopamina hasta en un 99 %, en el [nucleus accumbens](#) y [neostriatum](#), usando [6-hidroxidopamina](#).¹⁰ Con esta gran reducción de dopamina, las ratas ya no pudieron alimentarse por su propia voluntad. Los investigadores las alimentaron de manera forzada y notaron las expresiones faciales, que indicaban si les agradaba o no. Concluyeron que la reducción de dopamina no disminuye el placer de consumo, sólo el deseo de comer. En otro estudio, ratones con la dopamina incrementada, mostraron un mayor deseo, pero no gusto por recompensas agradables.¹¹

-3.3.3.5.4)- Drogas Reductoras de Dopamina en Seres Humanos.

-En humanos, sin embargo, las drogas que reducen la actividad de la dopamina : [neurolepticos](#), e.g., algunos [antipsicóticos](#), han mostrado también reducir la motivación, así como provocar [anhedonia](#) : incapacidad para experimentar placer.¹²

. Contrariamente los agonistas de D2/D3: [pramipexole](#) y [ropinirol](#), tienen propiedades anti-anhedónicas, lo que ha sido estimado midiendo a través de la Escala del Placer de Snaith-Hamilton.¹³ La Escala del Placer de Snaith-Hamilton, fue introducida en Inglaterra en 1995, para auto-evaluar la anhedonia en pacientes psiquiátricos.

-3.3.3.5.5)- Transmisión Cannabinoide y Opiode.

-Los [opioides](#) y [cannabinoides](#), en lugar de transmitir la dopamina, pueden modular el placer de los alimentos y la palatabilidad : sabor).¹⁴ Esto podría explicar por qué en los animales el “sabor” de la comida, es independiente de la concentración de dopamina en el cerebro. Otros placeres, sin embargo, pueden estar más asociados con la dopamina. Un estudio informó que tanto la anticipación como la consumación de la conducta sexual en machos, fueron interrumpidas por receptores antagonistas de DA.¹⁵ La libido puede ser incrementada por drogas, que afectan a la dopamina, pero no por otras que afecten a los péptidos opioides, o de otros neurotransmisores.

-3.3.3.5.6)- Socialización.

-La sociabilidad se encuentra también muy ligada a la [neurotransmisión](#) de dopamina. Una baja captabilidad de dopamina es frecuentemente encontrada en personas con ansiedad social.

.Las características comunes a los síntomas negativos de la esquizofrenia : [apatía](#), y anhedonia, son importantes en relación al estado hipodopaminérgico en ciertas áreas del cerebro.

. En instancias de desorden bipolar, y sujetos maníacos pueden ser hipersociales, al igual que también pueden ser hipersexuales. Esto también se da por acción de un incremento de dopamina, provocando manía, que puede ser tratada con antipsicóticos bloqueadores de dopamina.

-3.3.3.5.7)- Saliencia.

Prof. Dr. Enrique BARMAIMON. Año 2016. 1ª Ed. Virtual. Tomo II. Montevideo, Uruguay.

-La dopamina también puede tener un papel en la [saliencia](#) : perceptibilidad, de los estímulos potencialmente importantes, tales como las fuentes de recompensa o de peligro. Esta hipótesis sostiene, que la dopamina ayuda a la toma de decisiones, al influir en la prioridad, o el nivel de deseo, de estos estímulos a la persona en cuestión.

-3.3.4)- Desórdenes del Comportamiento.

-El bloqueo de los receptores cerebrales de dopamina aumenta , en vez de disminuir, el consumo de drogas. Dado que el bloqueo de dopamina disminuye el deseo, el aumento en el consumo de drogas, se podría ver no como un deseo químico, sino como un profundo deseo psicológico de "sentir algo".

.Déficit en los niveles de dopamina se han relacionado con el déficit atencional con hiperactividad (DAH), y los medicamentos estimulantes usados exitosamente para tratar el aumento desmedido en los niveles de neurotransmisores de dopamina que llevan a la disminución de los síntomas.

-3.3.4.1)- Inhibición Latente y Creatividad.

-La dopamina de los circuitos mesolímbicos incrementa la actividad general y la de los centros regulatorios de la conducta, disminuyendo la inhibición latente. Estos tres efectos dan como resultado, el incremento de la creatividad en la generación de ideas. Esto ha llevado al modelo trifactorial de la creatividad, que incluye: los lóbulos frontales, los lóbulos temporales y la dopamina mesolímbica. ¹⁶.

-3.3.5)-Relación con la Psicosis.

-La dopamina anormalmente alta se asocia con [psicosis](#) y [esquizofrenia](#).¹⁷ Las neuronas de dopamina en la [vía mesolímbica](#), están particularmente asociadas con estos síntomas.

.Las pruebas vienen parcialmente del descubrimiento de una clase de drogas llamadas [fenotiacinas](#) , que bloquean los [receptores de dopamina](#) D₂, que pueden reducir los síntomas psicóticos, y parcialmente del descubrimiento de drogas como la [anfetamina](#) y [cocaína](#) , que son conocidas por incrementar de manera importante los niveles de dopamina, que pueden causar psicosis.¹⁸ Por esto, la mayoría de los modernos fármacos [antipsicóticos](#), por ejemplo, [Risperidona](#), están diseñados para bloquear la función de la dopamina en diversos grados.

-3.3.6)-Uso Terapéutico.

-[Levodopa](#).

-[Levodopa](#) es un precursor de dopamina, usado de varias maneras en el tratamiento de la enfermedad de Parkinson. Es co-administrada típicamente con un inhibidor de la descarboxilación periférica : DDC, [dopa decarboxilasa](#), incluyendo la [carbidopa](#) o [benserazida](#).

.Los inhibidores de la ruta metabólica alternativa de la dopamina por la [catecol-O-metil transferasa](#) también son usados. Estos incluyen: [entacapona](#) y [tolcapona](#).

.La dopamina es también usada como una droga [inotrópica](#) en pacientes con [shock](#), para incrementar el [gasto cardíaco](#) y la [presión sanguínea](#).

-3.3.7)-La Dopamina y la Oxidación de la Fruta.

-Las [polifenol oxidasas](#) (PPO) son una familia de enzimas responsables de la oxidación de frutas frescas y vegetales, al ser cortados o golpeados. Estas enzimas usan [oxígeno](#) molecular(O₂) para

[oxidar](#) varios difenoles a su correspondiente [quinonas](#). El sustrato natural para los PPO en la [banana](#) es la dopamina. El producto de su oxidación, la [quinona](#) dopamina se oxida espontáneamente en presencia de otras quinonas. Las quinonas entonces se polimerizan y condensan con [amino ácido](#), para formar pigmentos marrones denominados [melaninas](#). Se cree que estas quinonas y melaninas derivadas de la dopamina, podrían ayudar a proteger a las frutas y vegetales dañados de [bacterias](#) y [hongos](#).¹⁹.

-3.3.8)- Otros Datos.

-Este [neurotransmisor](#) cerebral se relaciona con las funciones motrices, las emociones y los sentimientos de placer.

.Controla el sistema retiniano y los sistemas encargados de activar los centros responsables de la actividad motora, así como los de regular ciertas secreciones hormonales, de mandar información a células del [mesoencéfalo](#), que conectan con el cortex frontal y con distintas estructuras del sistema límbico. Estos dos últimos sistemas tienen una función muy importante en la vida emocional de las personas y su mal funcionamiento es característico en algunos tipos de psicosis.

.La dopamina aumenta la presión arterial. A dosis bajas aumenta el filtrado glomerular y la excreción de sodio. Es precursor de la [adrenalina](#) y de la [noradrenalina](#), y además es compuesto intermediario en el metabolismo de las [tiroxinas](#).

.Inhibe la producción de prolactina en la lactancia. La succión del pezón desencadena un aumento rápido de producción de prolactina, sin embargo, al final de la lactancia, con las separaciones entre las tomas y la secreción de dopamina, se provoca la interrupción de la leche.

.La dopamina, en personas con enfermedad de Parkinson, aparece al 50 % de los niveles normales, produciendo rigidez muscular y falta de coordinación motora. En esta enfermedad, las neuronas productoras de dopamina, van degenerando lentamente, y aunque se desconocen las causas de esta degeneración neuronal, algunos casos parecen estar muy relacionados con la toxicidad de ciertos compuestos químicos, como los pesticidas. Por el contrario, la [esquizofrenia](#) se asocia con un aumento excesivo en los niveles de dicho neurotransmisor.

-3.3.9)-Véase También.

- [Adicción](#);
- [Anfetamina](#);
- [Antipsicótico](#);
- [Catecolamina](#);
- [Catecol-O-metil transferasa](#);
- [Condicionamiento clásico](#);
- [Cocaína](#);
- [Enfermedad de Parkinson](#);
- [Esquizofrenia](#);
- [Metilfenidato](#);
- [Neurotransmisor](#);
- [Prolactinoma](#);
- [Selegilina](#).

-3.3.10)-Referencias.

1. [Volver arriba ↑](#) [Número CAS](#)
2. [Volver arriba ↑](#) Benes, F.M. (1 de enero de 2001). «Carlsson and the discovery of dopamine». *Trends in Pharmacological Sciences*. Volume 22 (Issue 1): 46–47.

3. [Volver arriba ↑](#) Fahn, Stanley (1º de noviembre de 2006). [«The History of Levodopa as it Pertains to Parkinson's Disease»](#). En The Movement Disorder Society. *10th International Congress of Parkinson's Disease and Movement Disorders* (Kyoto, Japón).
4. [Volver arriba ↑](#) Zhen Qi, Gary W. Miller, Eberhard O. Voit (2008). [Computational Systems Analysis of Dopamine Metabolism](#) (artículo completo disponible en inglés). PLoS ONE 3(6): e2444. doi:10.1371/journal.pone.0002444 Último acceso 26 de junio de 2010.
5. [Volver arriba ↑](#) Barron AB, Maleszka R, Vander Meer RK, Robinson GE (2007). «Octopamine modulates honey bee dance behavior». *Proc. Natl. Acad. Sci. U.S.A.* 104 (5): 1703–7. doi:10.1073/pnas.0610506104. PMID 17237217.
6. [Volver arriba ↑](#) [Schultz, Cambridge university, UK](#)
7. [Volver arriba ↑](#) Giuliano, F.; Allard J. (2001). «Dopamine and male sexual function». *Eur Urol* 40: 601–608. PMID 11805404.
8. [Volver arriba ↑](#) Giuliano, F.; Allard J. (2001). [«Dopamine and sexual function»](#). *Int J Impot Res* 13 (Suppl 3): S18–S28. doi:10.1038/sj.ijir.3900719. PMID 11477488.
9. [Volver arriba ↑](#) Healthfinder, [Archives of Neurology: «Fumar cigarrillos podría reducir el riesgo de Parkinson.»](#), Parkinson's Disease Foundation.
10. [Volver arriba ↑](#) [Berridge K, Robinson T](#) (1998). «What is the role of dopamine in reward: hedonic impact, reward learning, or incentive salience?». *Brain Res Brain Res Rev* 28 (3): 309–69. PMID 9858756.
11. [Volver arriba ↑](#) Peciña S, Cagniard B, Berridge K, Aldridge J, Zhuang X (2003). «Hyperdopaminergic mutant mice have higher "wanting" but not "liking" for sweet rewards.». *J Neurosci* 23 (28): 9395–402. PMID 14561867.
12. [Volver arriba ↑](#) Lambert M, Schimmelmann B, Karow A, Naber D (2003). «Subjective well-being and initial dysphoric reaction under antipsychotic drugs - concepts, measurement and clinical relevance.». *Pharmacopsychiatry* 36 (Suppl 3): S181–90. PMID 14677077.
13. [Volver arriba ↑](#) Lemke M, Brecht H, Koester J, Kraus P, Reichmann H (2005). [«Anhedonia, depression, and motor functioning in Parkinson's disease during treatment with pramipexole.»](#). *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 17 (2): 214–20. PMID 15939976.
14. [Volver arriba ↑](#) Peciña S, Berridge K (2005). [«Hedonic hot spot in nucleus accumbens shell: where do mu-opioids cause increased hedonic impact of sweetness?»](#). *J Neurosci* 25 (50): 11777–86. PMID 16354936.
15. [Volver arriba ↑](#) Pfaus J, Phillips A (1991). «Role of dopamine in anticipatory and consummatory aspects of sexual behavior in the male rat.». *Behav Neurosci* 105 (5): 727–43. PMID 1840012.
16. [Volver arriba ↑](#) Flaherty, A.W, (2005). «Frontotemporal and dopaminergic control of idea generation and creative drive». *Journal of Comparative Neurology* 493 (1): 147–153. PMID 16254989.
17. [Volver arriba ↑](#) [«Disruption of gene interaction linked to schizophrenia»](#). St. Jude Children's Research Hospital. Consultado el 6 de julio de 2006.
18. [Volver arriba ↑](#) Lieberman, J.A.; JM Kane, J. Alvir (1997). [«Provocative tests with psychostimulant drugs in schizophrenia.»](#). *Psychopharmacology (Berl)*. 91 (4): 415–433. PMID 2884687. Consultado el 16 de octubre de 2007.
19. [Volver arriba ↑](#) Mayer, AM (2006). «Polyphenol oxidases in plants and fungi: Going places? A review». *Phytochemistry* 67: 2318–2331. PMID 16973188.

Prof. Dr. Enrique BARMAIMON. Año 2016. 1ª Ed. Virtual. Tomo II. Montevideo, Uruguay.

- Barmaimon Enrique, Tratado de Neuroanatomía Funcional. 3 volúmenes. Ed. EDUSMP.(1984).Lima, Perú.
- Enrique Barmaimon. Envejecimiento. Ed. Virtual. (2011).1ªEd. Montevideo Uruguay.
- Barmaimon Enrique. Libro Historia de la Anestesia, la Reanimación y los Cuidados Intensivos. 4 Tomos.(1984).1ªEd. Virtual. Montevideo, Uruguay.
- 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/>).

-3.3.11)- Enlaces Externos.

- [Biochemistry of Parkinson's Disease](#);
- [La dopamina: el principal neurotransmisor cerebral relacionado con los trastornos bipolares](#). Forumclínic.

Obtenido de «<https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Dopamina&oldid=86107930>»

Categorías:

- [Motivación](#);
- [Agentes inotrópicos](#);
- [Código ATC C](#);
- [Catecolaminas](#);
- [Fenetilaminas](#);
- [Hormonas peptídicas](#);
- [Neurotransmisores](#);
- [Estimulantes cardíacos](#).

- Esta página fue modificada por última vez el 26 octubre 2015 a las 01:25.

-3.4)- CATECOLAMINAS.

-(De Wikipedia, la enciclopedia libre).

(Redirigido desde «[Catecolaminas](#)»).

-Las catecolaminas : también llamadas [aminohormonas](#), son [neurotransmisores](#) que no se vierten al torrente sanguíneo , que están además en las hendiduras sinápticas, como corresponde a los neurotransmisores. Son un grupo de sustancias que incluyen: la [adrenalina](#), la [noradrenalina](#) y la [dopamina](#), las cuales son sintetizadas a partir del aminoácido [tirosina](#), conteniendo un grupo [catecol](#) y un grupo [amino](#).

.Las catecolaminas pueden ser producidas en las [glándulas suprarrenales](#), ejerciendo una función hormonal, o en las terminaciones nerviosas, por lo que se consideran [neurotransmisores](#). El precursor de todos ellos, es la [tirosina](#), que se usa como fuente en las neuronas catecolaminérgicas : productoras de catecolaminas.

.Las catecolaminas están asociadas al [estrés](#) y la [obesidad](#).

-Índice:

-3.4)- CATECOLAMINAS.

-3.4.1)- [Estructura](#).

-3.4.2)- [Metabolismo](#) .

-3.4.2.1)- [Formación de Catecolaminas](#).

-3.4.2.2)- [Rutas Metabólicas Relacionadas](#).

-3.4.2.3)- [Inactivación](#).

-3.4.2.4)- [Receptores](#)

-3.4.3)- [Funciones](#) .

-3.4.3.1)- [Disfunciones](#).

-3.4.3.2)- [Funciones Motrices](#).

-3.4.4)- [Catecolaminas Sobre el Sistema Inmunitario](#) .

-3.4.4.1)- [Efecto "in vitro" de las Catecolaminas Sobre los Macrófagos](#).

-3.4.4.2)- [Quimiotaxis de los Linfocitos en los Órganos Inmunocompetentes](#).

-3.4.4.3)- [Efectos "in vitro" de las Catecolaminas en las Células NK](#).

-3.4.4.4)- [Modelo de Actuación de Catecolaminas "in vivo" en Respuesta a Linfocitos](#).

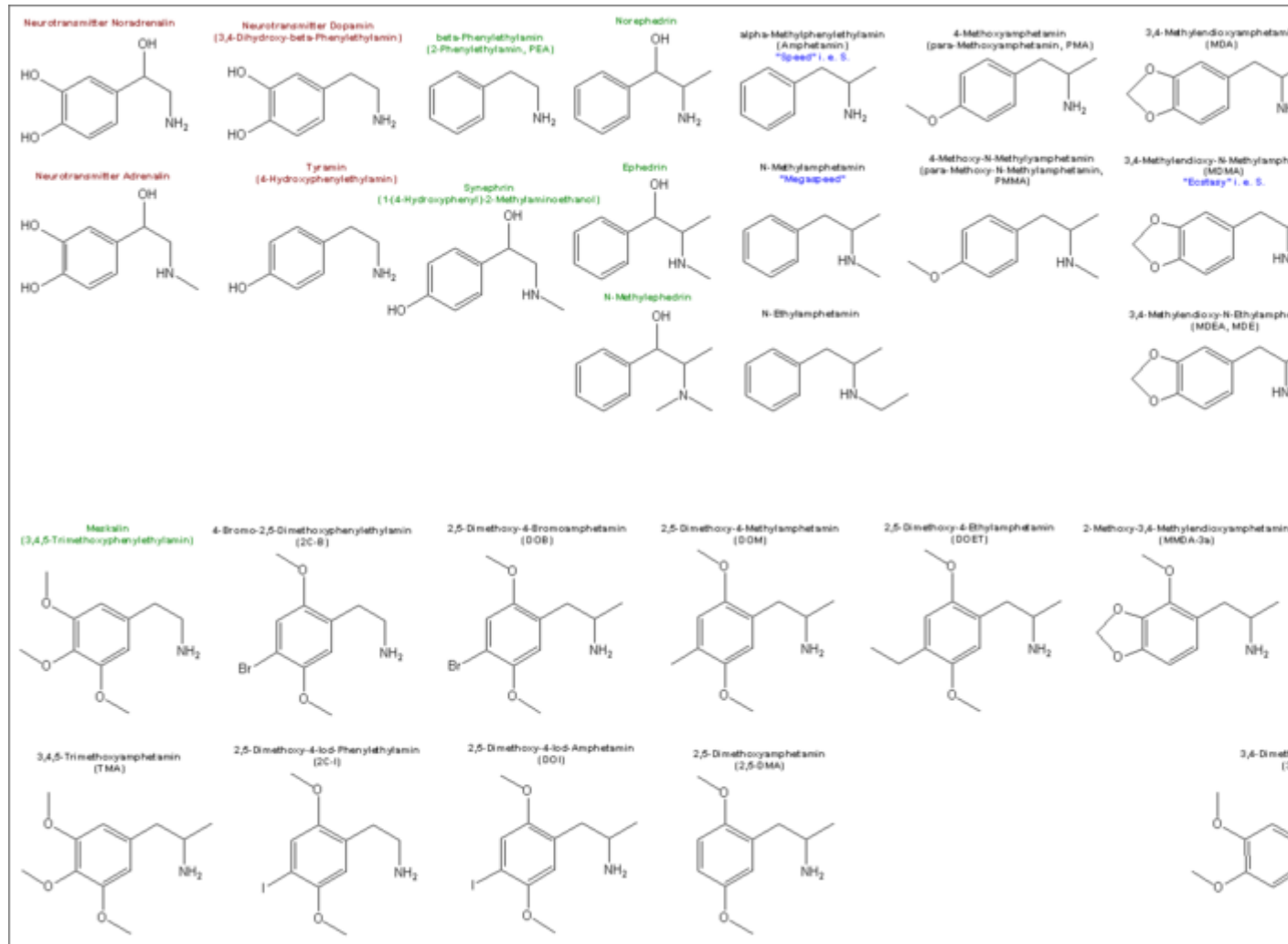
-3.4.5)- [Véase También](#).

-3.4.6)- [Bibliografía](#).

-3.4.7)- [Enlaces Externos](#).

-3.4.1)- Estructura.

-Las catecolaminas tienen la estructura distintiva de un anillo de [benceno](#), con dos grupos [hidroxilos](#), una cadena intermedia y un grupo amino terminal.



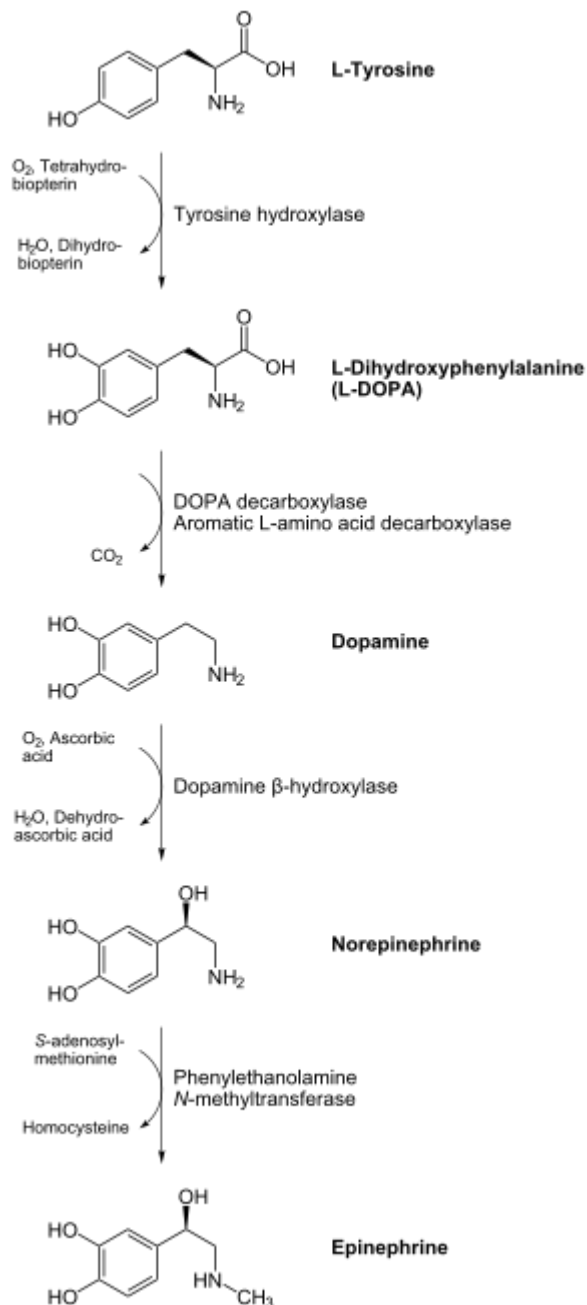
-Estructura de las catecolaminas y sustancias relacionadas (en rojo, arriba a la izquierda).

-3.4.2)- Metabolismo.

-3.4.2.1)-Formación de Catecolaminas.

-Las catecolaminas se producen principalmente en las [células cromafines](#) de la médula adrenal y en las [fibras postganglionares](#) del [Sistema nervioso simpático](#). La [tirosina hidroxilasa](#) (TH) se encuentra en todas las [células](#) que sintetizan catecolaminas y es la [enzima](#) de cantidad limitada en sus rutas biosintéticas. La TH es una oxidasa de acción combinada que usa el oxígeno molecular y la [tirosina](#) como sustratos, y la bipterina como [cofactor](#). [Cataliza](#) la adición de un grupo hidroxilo a la meta posición de la tirosina, formando de esta manera 3,4-dihidroxi-L-fenilalanina (L-dopa).

. A pesar de la disponibilidad de tirosina, no limita ordinariamente la proporción de síntesis de aminas, el cofactor bipterina y el [oxígeno](#) que podrían estar en concentraciones subsaturadas dentro de las neuronas que contienen catecolaminas, y de esta manera podrían representar un importantísimo papel en la regulación de la biosíntesis de la [adrenalina](#). . La siguiente reacción está catalizada por la [DOPA descarboxilasa](#), que pasa de L-Dopa a dopamina. Necesita piridoxal fosfato. El paso de dopamina a noradrenalina lo cataliza la dopamina β-hidroxilasa, a partir de [ascorbato](#) y oxígeno .



-Biosíntesis de las catecolaminas.

.Por último, para que la noradrenalina pase a adrenalina, se usa feniletanolamina N-metiltransferasa, que transfiere un grupo [metilo](#) de un donador (S-adonosilmetionina) hasta la adrenalina formante.

.En condiciones normales, la concentración de tirosina es suficiente para mantener saturada la tirosina hidroxilasa. La tirosina hidroxilasa es un tetrámero, y una particularidad es que también puede hidroxilar la [fenilalanina](#). La [hidroxilación](#) de fenilalanina daría tirosina. Esto es útil con pacientes afectados por fenilketonuria, que tiene deficiencia en la fenilalanina hidroxilasa. La tirosina hidroxilasa podría ser un sustituyente. Cada subunidad pesa 60000 D.

.La biosíntesis de catecolaminas es un proceso muy regulado. La regulación a largo plazo suele implicar la cantidad de enzimas reguladoras. Regula la cantidad de tirosina hidroxilasa, y la cantidad de dopamina β -hidroxilasa. A veces se necesitan cambios a corto plazo, y se regulan por mecanismos distintos:

- La enzima que cataliza la etapa limitante de velocidad : tirosina hidroxilasa, es inhibida por Dopa y dopamina, porque compiten con la biopterina, por los sitios de unión.
- Regulación de la tirosina hidroxilasa por fosforilación: En cada subunidad, hay residuos de [serina](#) : posiciones 8, 19, 31, 40, que se fosforilan. Los residuos 19 y 40 de serina causan un incremento más importante de la actividad al ser fosforilados. El residuo 40 se fosforila sobre todo por la proteína quinasa A, y el 10 por la CAM quinasa II. La despolarización del terminal aumenta la actividad de la tirosina hidroxilasa, ya que entra [calcio](#) que activa las enzimas quinasas. Una vez las catecolaminas se han sintetizado se produce el almacenamiento en el interior de vesículas sinápticas, conocidas como vesículas granulares o de núcleo denso. En el interior de las vesículas se encuentran unas sustancias llamadas cromograninas, calcio y [ATP](#) en alta concentración (1000 mM). Las catecolaminas están formando complejo con las cromograninas. También está la dopamina β -hidroxilasa, por lo cual la síntesis de noradrenalina tiene lugar en el interior de la vesícula, al menos en parte. El sistema por el que entran las catecolaminas en las vesículas, es un sistema [antiporte](#) con protones. El gradiente de protones necesario lo realiza una protón-ATPasa bombeando al interior protones, por lo que el [pH](#) es de 5,5 aproximadamente. Este sistema de captación tiene amplia especificidad de sustrato. De manera que pueden competir con las catecolaminas endógenas.

-3.4.2.2)- Rutas Metabólicas Relacionadas.

-3.4.2.2.1)-Inactivación.

-Las catecolaminas poseen una vida media de unos minutos cuando circulan por la sangre. El mecanismo de inhibición de las catecolaminas es de recaptación. Ese mecanismo lo tienen las neuronas, que la liberan y las células gliales circundantes. Existen distintos tipos de transporte:

- NET (noradrenalina y adrenalina);
- DAT (dopamina);
- VMAT-2 : transportador de vesículas para cargarla de catecolamina.

.Los dos primeros son dependientes del gradiente de [sodio](#), que está dirigido hacia dentro. Una vez han sido recaptados a la terminal, son catabolizados por la [monoamino oxidasa](#) (MAO), y la [catecol-o-metiltransferasa](#) (COMT). La COMT está en todos los tejidos. La MAO se encuentra en la membrana externa de las [mitocondrias](#), y provoca la [desaminación](#) oxidativa.

.Las monoaminas son sustrato de la MAO y pasan a aldehídos, para después llegar a amonácidos gracias a otras [enzimas](#). Hay dos MAOs, la A y la B.

.La MAO-A desamina preferentemente noradrenalina y serotonina.

.La MAO-B tiene un espectro más amplio, siendo numerosa en el [intestino](#) y el [hígado](#), y cataboliza las aminas de la dieta, impidiendo que entren en la circulación general.

. Las [anfetaminas](#) no son sustrato de la MAO.

.La COMT está incluso en los [eritrocitos](#), y se localiza en la [membrana plasmática](#). Transfiere un grupo metilo desde la 5-adenosilmetionina, hasta el anillo catecol, al grupo 3 del anillo.

.El ácido homovanílico es el [metabolito](#) más importante del catabolismo de la dopamina.

.Del catabolismo es el 3-metoxi-4-hidroxifeniglicol si hablamos de la noradrenalina, en el [líquido cefalorraquídeo](#).

.Para saber el índice de recambio de noradrenalina en el [Sistema Nervioso Central](#), no vale

medir la [orina](#), pues los niveles no serán iguales ; ya que existe la contribución del Simpático en la orina, al ser la noradrenalina un neurotransmisor en el simpático.

-3.4.2.2)- Receptores.

-Hay muchos procesos clave de liberación de catecolaminas:

- Los receptores adrenérgicos : noradrenalina y adrenalina: Estos dos neurotransmisores tienen una gran diversidad de efectos, que se explica por la presencia de diferentes receptores, que en cada tipo de célula, están acoplados a vías de transducción distintas.
.En el [músculo](#) liso puede producir contracción, si se activan los receptores α , y se relajan si actúan sobre los receptores β 2.
.En los vasos sanguíneos producen vasoconstricción y vasorelajación.
.En los [bronquios](#) producen broncodilatación ,al revés que los vasos).
. En el [tubo digestivo](#) provoca constricción y relajación.
. En el [corazón](#) aumenta la frecuencia cardíaca y su intensidad; incrementando el gasto cardíaco.
- . Los receptores adrenérgicos están estructuralmente relacionados, pero tienen distintos segundos mensajeros. Se distinguen receptores α y β ; adrenalina y noradrenalina son agonistas para ambos receptores, pero estos tienen más agonistas y antagonistas. El receptor α puede ser α 1 ó α 2. El α 1 puede ser A, B ó D. Estos tres se diferencian en los antagonistas, la localización, la estructura y el mecanismo efector ([adenilato ciclasa](#)). En este caso, lo que importa es que en cada sitio del organismo la adenilato ciclasa causa un efecto distinto. Los β pueden ser 1, 2 ó 3. Difieren en los antagonistas, y las características. Pero los 3 estimulan la adenilato ciclasa.
- Los receptores dopaminérgicos: Son, igual que los anteriores, metabotrópicos. Pueden ser D1, D5, D3, D4 y D2. Los D2 pueden ser S (short) o L (long). Los D1 y D5 estimulan la adenilato ciclasa. Los otros tres la inhiben, pero los D2 y D4 activan canales de [potasio](#). Los D2 pueden inhibir un canal de calcio. Aparte del agonista común (dopamina), cada canal tiene sus propios agonistas. Algunos, como el sulpirilo y la [clozapina](#) tienen efectos anti-psicóticos. El AMPc activa a la [proteína quinasa A](#), que puede provocar respuestas a corto plazo, o más largas a través de factores de transcripción, de manera directa o indirecta.
- Esta última está mediada por el gen de respuesta inmediata (IEG). A corto plazo es fosforilación, y a largo plazo es alterando la expresión génica. También hay receptores en la terminal presináptica (autorreceptores), y también en otras terminales presinápticas, que no liberan dopamina. Los D4 y D2 son los que tienen demostrada esta característica.

-3.4.3)- Funciones.

-Dos catecolaminas, la [noradrenalina](#) y la [dopamina](#), actúan como neurotransmisores en el Sistema Nervioso Central, y como [hormonas](#) en el torrente sanguíneo. Las catecolaminas causan generalmente cambios fisiológicos, que preparan al cuerpo para la actividad física : como la lucha, la huida,....

-3.4.3.1)- Disfunciones.

.Las disfunciones en las vías catecolaminérgicas son: trastornos bipolares y [esquizofrenia](#). La primera evidencia de esto se obtuvo con los inhibidores de la MAO, que tenían efectos antidepresivos. Los antidepresivos tricíclicos son inhibidores de sistemas de recaptación de alta

Prof. Dr. Enrique BARMAIMON. Año 2016. 1ª Ed. Virtual. Tomo II. Montevideo, Uruguay.

afinidad, predominantemente la noradrenalina. Esto ha llevado a formular la teoría catecolaminérgica de estos desórdenes: "*Ciertos desórdenes de las vías catecolaminérgicas en el Sistema Nervioso llevan a la depresión*".

. Por el contrario, un aumento de la actividad provocaría la fase maniaca. Esto lo hacen por ejemplo las [anfetaminas](#), ya que compiten por los lugares de recaptación de la noradrenalina.

. De manera más reciente se ha usado también con la [serotonina](#). La [Fluoxetina](#) es un fármaco que bloquea la recaptación de serotonina y trata la depresión. Las enfermedades psíquicas mejoran con fármacos del sistema dopaminérgico. Se ha relacionado las vías dopaminérgicas como componente de la esquizofrenia, que son altas concentraciones de dopamina. Se tratan con los antagonistas de la vía, o sea, sulfirilo y clozapina.

-3.4.3.2)- Funciones Motrices.

-En las funciones motrices, la dopamina está implicada en la enfermedad del [Parkinson](#). Hay una degeneración de las neuronas de la [sustancia negra](#). Desde la sustancia negra hay dos vías que se dirigen a los ganglios basales, destacándose el [núcleo caudado](#), que juegan un papel en el control del movimiento. El núcleo caudado modula el tálamo, y desde aquí, hay una innervación que controla la corteza motriz. Así pues, se corta la modulación de la dopamina, entre la sustancia negra y el núcleo caudado. La dopamina no atraviesa la [barrera hematoencefálica](#), así que se utiliza la L-Dopa, que sí lo hace, y a partir de ella se mejora, pero no corrige.

-3.4.4)- Catecolaminas Sobre el Sistema Inmunitario.

-Las investigaciones han revelado que con estrés, se disparaban los niveles de catecolaminas, y que los linfocitos tenían receptores adrenérgicos. Cuando se incubaba norepinefrina :[noradrenalina](#), o epinefrina :[adrenalina](#), se veía su capacidad de proliferación frente a fitohemaglutinina (PHA) o concavalina A (ConA), y se comprobaba que a 10^{-4} M inhibían la producción de linfocitos T, pero que a concentraciones de 10^{-8} M y en presencia de [hidrocortisona](#), estimulaba la proliferación de estos linfocitos T. Este efecto se inhibía si se añadía [fentolamina](#) : bloqueante de receptores α .

.Se vio que concentraciones muy bajas de epinefrina, que en apariencia no ejercían efectos sobre la proliferación, estimulaban esta proliferación cuando se añadía [propranolol](#) : bloqueante de receptores β . En conclusión, las respuestas a concentraciones altas, se inhiben con propranolol, así que se necesitan receptores β . Los receptores β y α son antagónicos. Se solía decir que las vías de AMPc son inhibitorias y las de GMPc activas. Esto sólo funciona con la proliferación de los [linfocitos T](#). En otros casos no tiene porqué ser cierto.

-3.4.4.1)- Efecto "in vitro" de las Catecolaminas sobre los Macrófagos.

-Sólo concentraciones de 10^{-12} M aumentan significativamente la quimiotaxis de macrófagos. Pero los receptores α son más importantes en este proceso. Concentraciones farmacológicas altas, o fisiológicas de norepinefrina, estimulan la capacidad fagocítica de los macrófagos, a no ser que uno de los receptores esté bloqueado. En cuanto a la capacidad microbicida, se necesita el efecto de suma conjunta de receptores α y β .

.Se supone que la [quimiotaxis](#) necesita menos concentración de norepinefrina, que la [fagocitosis](#) porque en los vasos no hay mucha cantidad, pero cuando los macrófagos son atraídos al foco infeccioso, la epinefrina y norepinefrina, actúan "autocrinamente" sobre las

Prof. Dr. Enrique BARMAIMON. Año 2016. 1ª Ed. Virtual. Tomo II. Montevideo, Uruguay.

células, aumentando la concentración en un lugar localizado. Concentraciones de 10^{-5} a 10^{-12} M son además quimioatrayentes para los [fagocitos](#).

-3.4.4.2)- Quimiotaxis de los Linfocitos en los Órganos Inmunocompetentes.

-Cuando están confinados en un órgano linfoide, con mucha concentración de norepinefrina, los linfocitos permanecen allí, acumulándose por si se produce una infección, cuando terminen de madurar.

-3.4.4.3)-Efectos "in vitro" de las Catecolaminas en las Células NK.

-Concentraciones mayores o iguales a 10^{-7} M de norepinefrina, inhiben la proliferación NK. Menores de 10^{-7} M la estimulan bajo determinadas circunstancias. Este efecto se ha visto que influye directamente sobre las células NK, y no sobre las células tumorales.

-3.4.4.4)- Modelo de Actuación de Catecolaminas "in vivo" en Respuesta a Linfocitos.

-La actuación se divide en tres fases temporales: fase inductiva, proliferativa y efectora:

- Fase inductiva: La noradrenalina liberada por las terminaciones nerviosas estimula la fagocitosis y presentación antigénica, así como la colaboración celular en general a través de receptores α y β adrenérgicos. Se favorece el inicio de la respuesta inmunitaria. Las [citoquinas](#) producidas por los [macrófagos](#) : fundamentalmente la IL-1, inhiben la acción de la noradrenalina disminuyendo su concentración.
- Fase proliferativa: Concentraciones bajas de noradrenalina a través de receptores α , estimulan la proliferación de los linfocitos T. Segregan IL-2 que también estimula la producción de noradrenalina. Concentraciones de noradrenalina altas por receptores β , inhiben la proliferación de los linfocitos, con lo que se para y regula la respuesta proliferativa.
- Fase efectora: La noradrenalina, a través de receptores β , disminuye la producción de [anticuerpos](#) o la actividad de linfocitos citotóxicos (CTL).

-3.4.5)- Véase También.

- [Noradrenalina](#);
- [Adrenalina](#);
- [Dopamina](#);
- [Neurotransmisor](#);
- [Sistema Nervioso](#);
- [Hormona](#).

• -3.4.6)-Bibliografía.

- Barmaimon Enrique, Tratado de Neuroanatomía Funcional. 3 volúmenes. Ed. EDUSMP.(1984).Lima, Perú.
- Enrique Barmaimon. Envejecimiento. Ed. Virtual. (2011).1ªEd. Montevideo Uruguay.
- Barmaimon Enrique. Libro Historia de la Anestesia, la Reanimación y los Cuidados Intensivos. 4 Tomos.(1984).1ªEd. Virtual. Montevideo, Uruguay.
- 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

Prof. Dr. Enrique BARMAIMON. Año 2016. 1ª Ed. Virtual. Tomo II. Montevideo, Uruguay.

Terapéutica Ciencias Cognitivas. 3 Tomos. 1ª Ed. Virtual. Montevideo, Uruguay.
(<http://www.bvssmu.org.uy/>).

- "Hypoglycemia" by Ronald Hoffman, M.D., July 1999, The Holistic M.D.
- Joh, T.H., Hwang, O. 1987. Dopamine beta-hydroxylase: biochemistry and molecular biology. Ann N Y Acad Sci. 493:342-50.

-3.4.7.Enlaces Externos.

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

- http://www.nlm.nih.gov/cgi/mesh/2007/MB_cgi?mode=&term=Catecholamines
- <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/003613.htm>

Obtenido de «<https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Catecolamina&oldid=87598121>»

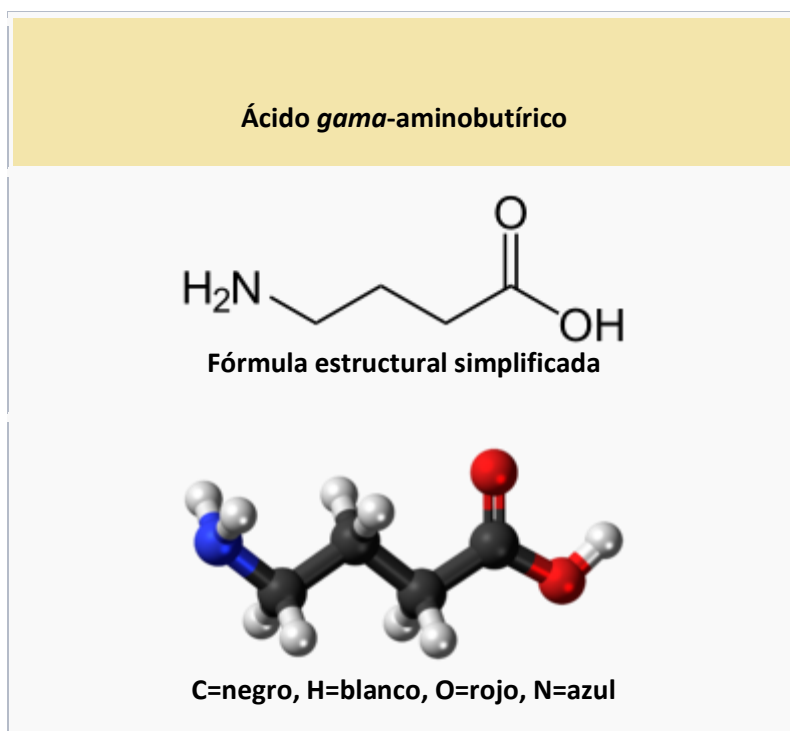
Categoría: [Catecolaminas](#).

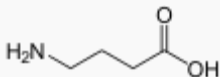
- Esta página fue modificada por última vez el 6 dic 2015 a las 11:40.

-3.5)- SISEMAS GABAERGICOS.

-Ácido γ-aminobutírico.

-(De Wikipedia, la enciclopedia libre).



Nombre IUPAC	
Ácido 4-aminobutanóico	
General	
Fórmula semidesarrollada	C ₄ H ₉ NO ₂
Fórmula estructural	
Propiedades físicas	
Apariencia	Polvo blanco cristalino
Densidad	1.11 kg/m³ ; 0,00111 g/cm³
Masa molar	103.120 g/mol
Punto de fusión	203,7 °C (477 K)
Punto de ebullición	247,9 °C (521 K)
Propiedades químicas	
Acidez	4.23 (carboxyl), 10.43 (amino) ² pK _a
Solubilidad en agua	130 g/100 mL
log P	-3.17
Riesgos	
Riesgos principales	Irritante, dañino

LD₅₀	12,680 mg/kg (ratón, oral)
Valores en el SI y en condiciones estándar (25 °C y 1 atm), salvo que se indique lo contrario.	

-El ácido γ-aminobutírico (GABA) es el principal [neurotransmisor](#) inhibitorio en el [sistema nervioso central](#) (SNC) de [mamíferos](#). Desempeña el papel principal en la reducción de excitabilidad neuronal a lo largo del [sistema nervioso](#). En humanos, GABA es directamente responsable de la regulación del [tono muscular](#).³

-A pesar de que, en términos químicos, es un [aminoácido](#), en las comunidades científica y médica rara vez se refieren a GABA como tal, debido a que el término "aminoácido" por convención se refiere a los [α aminoácidos](#) y GABA no lo es. Además no se considera como parte de alguna [proteína](#).

.En la displéjia espástica en humanos, la absorción de GABA se ve afectada de forma negativa por los nervios dañados , por la lesión en las neuronas superiores motoras propias de la condición, lo cual lleva a desarrollar hipertoniá muscular, señalizada por aquellos nervios que son incapaces de absorber GABA.

-Índice:

-3.5)- SISEMAS GABAERGICOS.

-3.5.1)- [Función](#) .

-3.5.1.1)- [Neurotransmisor](#).

-3.5.1.2)- [Desarrollo Cerebral](#).

-3.5.1.3)- [Más Allá del Sistema Nervioso](#).

-3.5.2)- [Estructura y Conformación](#).

-3.5.3)- [Historia](#).

-3.5.4)- [Biosíntesis](#).

-3.5.5)- [Catabolismo](#).

-3.5.6)- [Farmacología](#).

-3.5.7)- [Medicamentos GABAérgicos](#).

-3.5.8)- [GABA Como Suplemento](#).

-3.5.9)- [En Plantas](#).

-3.5.10)- [Referencias](#).

-3.5.11)- [Bibliografía](#).

-3.5.12)- [Enlaces Externos](#).

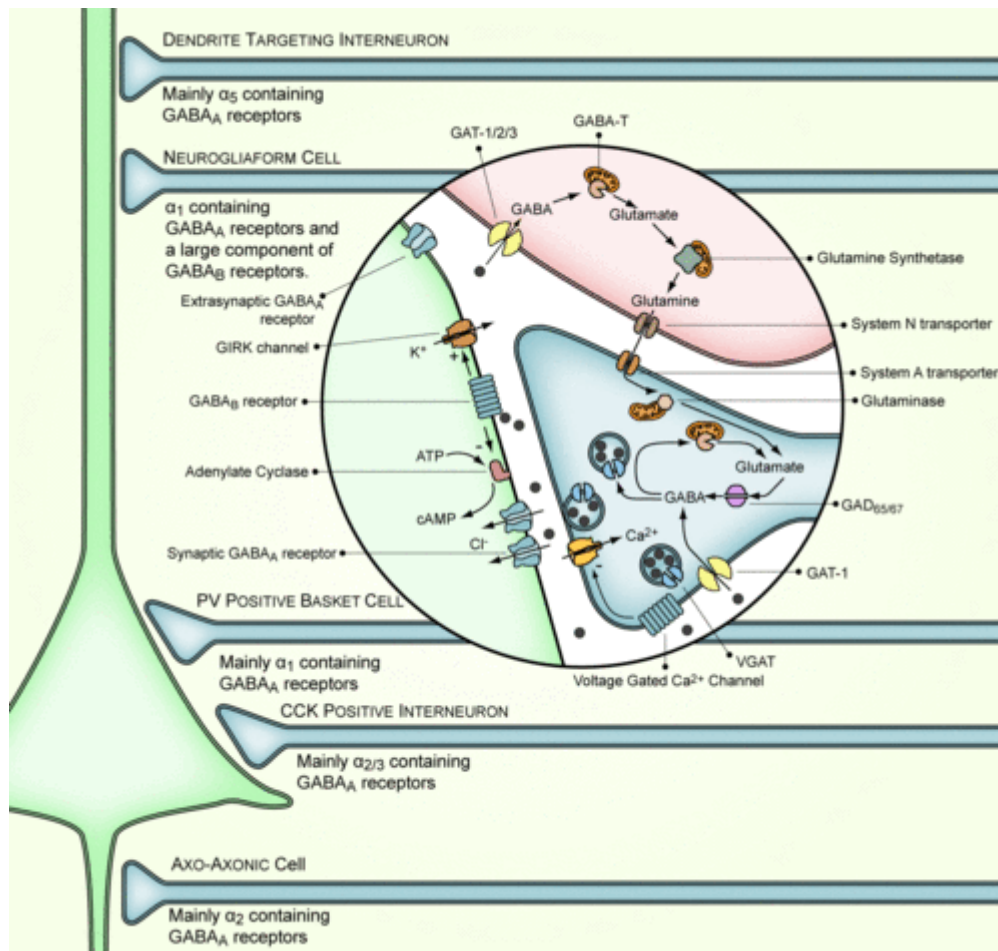
- 3.5.1)- [Función](#).

-3.5.1.1)- [Neurotransmisor](#).

-En [vertebrados](#), GABA actúa en las [sinápsis](#) inhibitorias en el [cerebro](#) uniéndose a [receptores](#) transmembranales específicos, en la [membrana plasmática](#) , tanto de los procesos presinápticos como postsinápticos. Esta unión provoca la apertura de [canales iónicos](#), que permiten el flujo

tanto de iones [cloruro](#) hacia dentro, como el flujo de cationes de [potasio](#) hacia fuera. Esto resulta en un cambio negativo en el [potencial transmembranal](#), generalmente provocando una [hiperpolarización](#).

. Se conocen dos clases principales de receptores GABA: GABA_A, en el que el receptor forma parte de un complejo de canal iónico regulado por ligando, y el receptor metabotrópico GABA_B, los cuales son [receptores acoplados a proteínas G](#), que abren o cierran los canales iónicos por medio de [proteínas G](#) intermediarias.



-La producción, liberación, acción y degradación de GABA en una sinapsis GABAérgica.

-Las neuronas que producen y secretan GABA son conocidas como neuronas GABAérgicas, y tienen principalmente funciones de inhibición en los receptores de vertebrados adultos.

.Las células espinosas medias (MDC por sus siglas en inglés) son el típico ejemplo de células GABAérgicas inhibitorias del [SNC](#).

.En cambio, GABA tiene funciones tanto inhibitorias como excitatorias en [insectos](#), mediando la activación muscular en las [sinapsis](#) entre los nervios y las células musculares, y también en la estimulación de ciertas [glándulas](#).⁴

. En [mamíferos](#), algunas neuronas GABAérgicas, tales como las neuronas candelabro, son también capaces de excitar sus contrapartes glutamatergicas.⁵

.Los receptores de GABA_A son canales de [cloruro](#), activados por la unión a [ligando](#); esto es, permiten el paso a través de la membrana de iones [cloruro](#), una vez activados por la unión a GABA. El que este flujo sea excitatorio/despolarizante, que hace la diferencia de [voltaje](#) menos negativa, "shunting": que no tiene efecto alguno en la membrana, o inhibitorio/hiperpolarizante, que hace la diferencia de [voltaje](#) más negativa, dependerá de la

dirección del flujo de los iones [cloruro](#). Cuando el flujo neto de iones [cloruro](#) es hacia el exterior, GABA cumple su función excitatoria/despolarizante. Cuando el flujo neto es hacia el interior de la célula, GABA funge como inhibidor/hiperpolarizante.

.Cuando el flujo neto del [cloruro](#) es cercano a cero, la acción de GABA se conoce como "shunting". Este tipo de inhibición "shunting" no tiene efecto directo en el potencial de la membrana de la célula; sin embargo, minimiza el efecto de cualquier estímulo sináptico simultáneo, al reducir la [resistencia eléctrica](#) de la membrana celular, que en esencia, es equivalente a la [ley de Ohm](#).

- Es un interruptor en la maquinaria molecular, que controla la concentración de [cloruro](#), y por lo tanto la dirección del flujo iónico, es responsable de los cambios en la función de GABA, entre las etapas neonatal y adulta. Esto es que el papel que desempeña GABA, cambia de excitatorio a inhibidor, conforme el [cerebro](#) se desarrolla hacia la adultez.⁶.

-3.5.1.2)- Desarrollo Cerebral.

-Aunque GABA es un neurotransmisor inhibitorio en el cerebro maduro, sus funciones son principalmente excitatorias en el cerebro en desarrollo.^{6 7}. El gradiente de [cloruro](#) se invierte en las neuronas inmaduras y su potencial inverso es mayor que el potencial de membrana en reposo; por lo tanto, la activación de los receptores de GABA_A provoca un flujo de salida de la célula de iones cloruro, que es una corriente despolarizante.

.El gradiente diferencial de cloruro en las neuronas inmaduras, se debe principalmente a las altas concentraciones de cotransportadores de NKCC1, respecto a los cotransportadores de KCC2 en las células inmaduras. GABA es parcialmente responsable por sí mismo de orquestar la maduración de bombas iónicas.⁸.

. Las interneuronas GABAérgicas maduran más rápido en el [hipocampo](#), y la maquinaria de señalización de GABA aparece en una etapa más temprana que la transmisión glutamérgica. Por lo tanto, GABA es el neurotransmisor excitatorio más importante en muchas regiones del cerebro, durante la maduración de las [sinapsis](#) glutamérgicas.

. No obstante, se ha cuestionado esta teoría, basándose en evidencia que muestra que en rebanadas de cerebro de ratones, incubadas en [líquido cefalorraquídeo](#) artificial, modificado de tal forma que toma en cuenta la composición normal del entorno neuronal de crías, que aún no han sido destetadas, al añadir una fuente de energía diferente de la [glucosa](#), el [ácido betahidroxibutírico](#); la función de GABA cambia de excitatoria o inhibidora.⁹.

.Este efecto se repitió en las rebanadas de cerebro, al añadir otras fuentes de energía en el medio suplementado con glucosa, como [piruvato](#) y [lactato](#).¹⁰ Investigaciones posteriores del metabolismo del [piruvato](#)¹¹ y el [lactato](#)¹², demostraron que los resultados originales no se debieron a las cuestiones relacionadas con las fuentes de energía, sino a cambios en el pH como resultado de las acciones de los sustratos como ácidos débiles. Estos argumentos fueron refutados posteriormente, sobre la base de otros hallazgos^{13 14}, que demostraban que cambios en el pH aún mayores a los provocados por las fuentes de energía, no afectaban al cambio en las funciones de GABA, descrito en la presencia [líquido cefalorraquídeo](#) artificial suplementado con otras fuentes de energía, y que el modo de acción del [ácido betahidroxibutírico](#), el [piruvato](#) y [lactato](#), evaluado por las mediciones del consumo de NAD(P)H y [oxígeno](#) estaba relacionado con el metabolismo de estos.¹⁵.

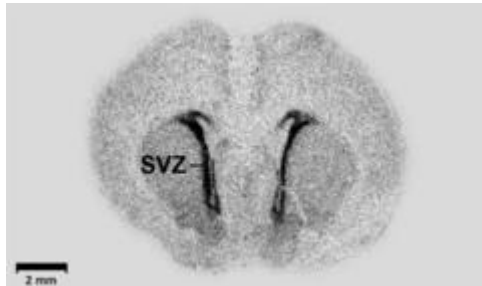
.En las etapas de desarrollo que preceden a la formación de contactos sinápticos, GABA es sintetizado por neuronas, y actúa tanto como mediador de señalización autocrina, que actúa en la misma célula que lo secreta, distinto que como paracrina, que actúa en las células próximas).^{16 17}.

. La eminencia gangliónica (EG) también contribuye en gran parte en la generación de población de células GABAérgicas corticales.¹⁸.

.GABA regula la proliferación,^{19 20} migración,²¹ y [diferenciación](#) de progenitores neurales,^{8 22} la elongación de neuritas²³ y la formación de [sinapsis](#).²⁴.

.GABA también regula el crecimiento de las [células madre](#) embrionarias y neurales. GABA puede influir en el desarrollo de progenitores neurales por medio de la expresión del [factor neurotrófico derivado del cerebro](#) (BDNF por sus siglas en inglés).²⁵ GABA también es capaz de provocar la detención del ciclo celular en la fase S, al activar los receptores GABA_A, limitando el crecimiento.²⁶.

-3.5.1.3)- Más Allá del Sistema Nervioso.



-Expresión de mRNA de la variante embrionaria de la enzima productora de GABA, GAD67, en la sección coronal del cerebro de la rata Wistar de un día de nacido con la expresión más alta en la zona subventricular (zsv); de Popp *et al.*, 2009.²⁷

-Se han demostrado mecanismos GABAérgicos en distintos tejidos y órganos periféricos, incluyendo el intestino, estómago, páncreas, las trompas de falopio, el útero, ovario, testículos, riñón, vejiga, pulmón e hígado.²⁸.

.En el 2007, un sistema excitatorio GABAérgico fue descrito en el [epitelio](#) de las vías respiratorias. El sistema se activa después de la exposición a [alergénos](#), y puede estar involucrado en los mecanismos del [asma](#).²⁹ Los sistemas GABAérgicos también se han encontrado en los testículos³⁰ y en el [cristalino](#) de los ojos.³¹.

-3.5.2)- Estructura y Conformación.

-GABA se encuentra principalmente como ion dipolar o "[zwitterion](#)", esto es, con un grupo [carboxilo](#) desprotonado y el grupo amino protonado. Su conformación depende de su entorno.

.En el estado gaseoso, una conformación altamente plegada es fuertemente favorecida debido a la atracción electrostática entre ambos grupos funcionales. Su estabilización es aproximadamente 50 kcal/mol, de acuerdo a cálculos de [química cuántica](#). En su estado sólido, se favorece una conformación más extendida, con una conformación trans en el grupo amino terminal y una conformación "gauche" en el grupo [carboxilo](#) terminal. Esto se debe a las interacciones de su forma plegada con las moléculas vecinas. En solución, se encuentran cinco conformaciones distintas, algunas plegadas y otras extendidas, como resultado de los efectos de "[solvatación](#)". La flexibilidad conformacional de GABA, es importante para su función biológica, puesto que se ha encontrado unido a diferentes receptores, con diferentes conformaciones. Muchos análogos de GABA con aplicaciones farmacéuticas, tienen estructuras más rígidas, para poder controlar la unión a receptores de mejor manera.^{32 33}.

-3.5.3)- Historia.

-El ácido γ -aminobutírico fue sintetizado por primera vez en 1883, y fue conocido originalmente únicamente como producto metabólico de plantas y microorganismos.

. En 1950, sin embargo, se descubrió que GABA era una parte integral del [sistema nervioso central](#).³⁴.

-3.5.4)- Biosíntesis.

-El GABA endógeno no penetra la barrera hematoencefálica; es sintetizado en el cerebro. Es sintetizado a partir del [glutamato](#), mediante la [enzima](#) ácido glutámico descarboxilasa (GAD) y el [piridoxal fosfato](#) (una forma activa de la vitamina B6) como [cofactor](#).

.GABA se transforma de nuevo en glutamato mediante una ruta metabólica llamada "GABA shunt". Este proceso convierte el glutamato, el neurotransmisor excitatorio principal, en el neurotransmisor inhibitorio principal (GABA).^{35 36}.

-3.5.5)- Catabolismo.

-La enzima GABA transaminasa cataliza la conversión del ácido 4-aminobutanóico (GABA) y el 2-oxoglutarato (α cetoglutarato), en semialdehído succínico y glutamato. El semialdehído succínico es posteriormente oxidado en [ácido succínico](#), mediante acción de la enzima AKR7A2 y como tal entre el [ciclo de Krebs](#) como fuente de energía.³⁷.

-3.5.6)- Farmacología.

-Los medicamentos que actúan como moduladores alostéricos de los receptores GABA : conocidos como análogos de GABA o medicamentos [GABAérgicos](#), que aumentan la cantidad disponible de GABA, generalmente tienen efectos de relajación, combaten la ansiedad y tienen efectos anticonvulsivos.^{38 39}. Se sabe que muchas de estas sustancias provocan [amnesia anterógrada](#) y [retrograda](#).⁴⁰.

.En general GABA no cruza la barrera hematoencefálica,⁴¹ aunque algunas zonas del cerebro que no poseen una barrera hematoencefálica efectiva, tal como el núcleo periventricular, pueden ser afectadas por estos compuestos, como la GABA inyectada de manera sistémica.⁴².

. Al menos un estudio sugiere que GABA administrado oralmente, incrementa la cantidad de [hormona humana de crecimiento](#).⁴³ Se ha reportado que GABA inyectado directamente al cerebro, tiene efectos tanto estimulantes como inhibidores en la producción de hormona del crecimiento, dependiendo de la fisiología del individuo.⁴².

. Se han desarrollado algunos [profármacos](#) de GABA , por ejemplo, [picamilon](#), para permear la barrera hematoencefálica, y separarse en una molécula de GABA y su molécula acarreadora una vez dentro del cerebro. Esto permite un incremento en los niveles de GABA a lo largo del cerebro, de manera que se puede monitorear el patrón de distribución del profármaco antes de su metabolismo.

.Se ha visto que GABA inhibe la ruta [anabólica](#) de la [serotonina](#), hacia [N-acetilserotonina](#) y [melatonina](#) en ratas.⁴⁴ Se sospecha que tiene una función reguladora en la producción de [melatonina](#) en humanos.

-3.5.7)- Medicamentos GABAérgicos.

- Ligandos de receptores GABA_A :
 - Agonistas o moduladores alostéricos positivos: [etanol](#),^{45 46 47} [barbitúricos](#), [benzodiazepinas](#), carisprodol, [hidrato de cloral](#), [etomidato](#), [glutetimida](#), [kava](#), [metacualona](#), [etacualona](#), [muscimol](#), esteroides neuroactivos, [fármacos z](#), [propofol](#), [scutellaria lateriflora](#), [valeriana común](#), [teanina](#) y anestésicos inhalados/volátiles.

- Antagonistas o modulares alostéricos negativos: [bicuculina](#), [cicutoxina](#), [flumazenil](#), [furosemida](#), [gabazina](#), [enantotoxina](#), [picrotoxina](#), Ro15-4513 y [tujona](#).
- Ligandos de receptores GABA_B :
 - Agonistas: [baclofen](#), [gama butirolactona](#) (GBL), [propofol](#), [ácido γ-hidroxibutírico](#) (GHB)⁴⁸ y [fenibut](#).
 - Antagonistas: [faclofen](#) y [saclofen](#).
- Inhibidores de recaptura de GABA: [hiperforina](#) y [tiagabina](#).
- Inhibidores de la GABA transaminasa: [gabaculina](#), [fenelzina](#), [ácido valproico](#), [vigabatrina](#), y [Melissa officinalis](#).⁴⁹
- Análogos de GABA: [pregabalina](#) y [gabapentina](#).
- Otros: GABA por sí mismo, [L-glutamina](#), [picamilon](#) y [progabide](#).

-3.5.8)- GABA Como Suplemento.

-Se usa un gran número de formulaciones comerciales de GABA como suplemento alimenticio, algunas veces por administración sublingual. Estos productores aseguran que tiene un efecto calmante. Esto no es completamente irracional dada la naturaleza de GABA, pero aislado por sí mismo; no ha sido reconocido científicamente como agente tranquilizante y esto sólo se ha demostrado de manera irregular. Por ejemplo, hay evidencia que muestra que se puede observar GABA puro en el cerebro, después de una administración oral de GABA como suplemento.⁵⁰ Sin embargo, hay evidencia más relevante de que GABA no cruza la [barrera hematoencefálica](#), en niveles significantes terapéuticamente en ratones, tratados con un inhibidor de GABA transaminasa. En animales no tratados : ratones y conejos, los marcadores de GABA (H3) se encontraron distribuidos en distintos metabolitos no identificados , excepto la [glutamina](#), lo cual parece moverse hacia y desde el cerebro.⁴¹

.Aunque GABA podría no cruzar la barrera hematoencefálica, es importante considerar que los estudios que han demostrado que en individuos con la barrera hematoencefálica dañada , temporalmente con propósitos experimentales, o como resultados de otros problemas; GABA, de hecho, tiene un efecto positivo, aunque con efectos secundarios.⁵¹ La única manera de administrar GABA efectivamente es burlar la barrera hematoencefálica. De hecho, hay un pequeño y limitado número de suplementos disponibles, que son derivados de GABA, tales como [fenibut](#) y [picamilon](#). Picamilon combina [niacina](#) y GABA para cruzar la barrera hematoencefálica, como profármaco, que después se hidroliza para dar lugar a GABA y niacina.⁵²

-3.5.9)- En Plantas.

-GABA también se puede encontrar en plantas. Es el [aminoácido](#) más abundante en el [apoplasto](#) del [tomate](#).⁵³ También podría tener un papel en la señalización en plantas.^{54 55}

-3.5.10)- Referencias.

1. [Volver arriba ↑](#) [Número CAS](#)
2. [Volver arriba ↑](#) Dawson RMC, Elliot DC, Elliot WH, Jones KM, ed. (1959). *Data for Biochemical Research*. Oxford: Clarendon Press.
3. [Volver arriba ↑](#) Watanabe M, Maemura K, Kanbara K, Tamayama T, Hayasaki H (2002). «[GABA and GABA receptors in the central nervous system and other organs](#)». En Jeon KW. *Int. Rev. Cytol.* International Review of Cytology 213. pp. 1–47. [doi:10.1016/S0074-7696\(02\)13011-7](#). ISBN 978-0-12-364617-0. PMID 11837891.

4. [Volver arriba ↑](#) Ffrench-Constant RH, Rocheleau TA, Steichen JC, Chalmers AE (June 1993). «A point mutation in a *Drosophila* GABA receptor confers insecticide resistance». *Nature* 363 (6428): 449–51. [Bibcode:1993Natur.363..449F](#). [doi:10.1038/363449a0](#). PMID 8389005.
5. [Volver arriba ↑](#) Szabadics J, Varga C, Molnár G, Oláh S, Barzó P, Tamás G (January 2006). «Excitatory effect of GABAergic axo-axonic cells in cortical microcircuits». *Science* 311 (5758): 233–235. [Bibcode:2006Sci...311..233S](#). [doi:10.1126/science.1121325](#). PMID 16410524.
6. [Saltar a: ^a ^b](#) Li K, Xu E (June 2008). «The role and the mechanism of γ -aminobutyric acid during central nervous system development». *Neurosci Bull* 24 (3): 195–200. [doi:10.1007/s12264-008-0109-3](#). PMID 18500393.
7. [Volver arriba ↑](#) Ben-Ari Y, Gaiarsa JL, Tyzio R, Khazipov R (October 2007). «GABA: a pioneer transmitter that excites immature neurons and generates primitive oscillations». *Physiol. Rev.* 87 (4): 1215–1284. [doi:10.1152/physrev.00017.2006](#). PMID 17928584.
8. [Saltar a: ^a ^b](#) Ganguly K, Schinder AF, Wong ST, Poo M (May 2001). «GABA itself promotes the developmental switch of neuronal GABAergic responses from excitation to inhibition». *Cell* 105 (4): 521–32. [doi:10.1016/S0092-8674\(01\)00341-5](#). PMID 11371348.
9. [Volver arriba ↑](#) Rheims S, Holmgren CD, Chazal G, Mulder J, Harkany T, Zilberter Y (August 2009). «GABA action in immature neocortical neurons directly depends on the availability of ketone bodies». *J. Neurochem.* 110 (4): 1330–8. [doi:10.1111/j.1471-4159.2009.06230.x](#). PMID 19558450.
10. [Volver arriba ↑](#) Holmgren CD, Mukhtarov M, Malkov AE, Popova IY, Bregestovski P, Zilberter Y (February 2010). «Energy substrate availability as a determinant of neuronal resting potential, GABA signaling and spontaneous network activity in the neonatal cortex in vitro». *J. Neurochem.* 112 (4): 900–12. [doi:10.1111/j.1471-4159.2009.06506.x](#). PMID 19943846.
11. [Volver arriba ↑](#) Tyzio R, Allene C, Nardou R, Picardo MA, Yamamoto S, Sivakumaran S, Caiati MD, Rheims S, Minlebaev M, Milh M, Ferré P, Khazipov R, Romette JL, Lorquin J, Cossart R, Khalilov I, Nehlig A, Cherubini E, Ben-Ari Y (January 2011). «Depolarizing actions of GABA in immature neurons depend neither on ketone bodies nor on pyruvate». *J. Neurosci.* 31 (1): 34–45. [doi:10.1523/JNEUROSCI.3314-10.2011](#). PMID 21209187.
12. [Volver arriba ↑](#) Ruusuvuori E, Kirilkin I, Pandya N, Kaila K (November 2010). «Spontaneous network events driven by depolarizing GABA action in neonatal hippocampal slices are not attributable to deficient mitochondrial energy metabolism». *J. Neurosci.* 30 (46): 15638–42. [doi:10.1523/JNEUROSCI.3355-10.2010](#). PMID 21084619.
13. [Volver arriba ↑](#) Mukhtarov M, Ivanov A, Zilberter Y, Bregestovski P (January 2011). «Inhibition of spontaneous network activity in neonatal hippocampal slices by energy substrates is not correlated with intracellular acidification». *J. Neurochem.* 116 (2): 316–21. [doi:10.1111/j.1471-4159.2010.07111.x](#). PMID 21083663.
14. [Volver arriba ↑](#) Ivanov A, Mukhtarov M, Bregestovski P, Zilberter Y (2011). «Lactate Effectively Covers Energy Demands during Neuronal Network Activity in Neonatal Hippocampal Slices». *Front Neuroenergetics* 3: 2. [doi:10.3389/fnene.2011.00002](#). PMC 3092068. PMID 21602909.
15. [Volver arriba ↑](#) Khakhalin AS (May 2011). «Questioning the depolarizing effects of GABA during early brain development». *J Neurophysiol* 106 (3): 1065–7. [doi:10.1152/jn.00293.2011](#). PMID 21593390.

16. [Volver arriba ↑](#) Purves D, Fitzpatrick D, Hall WC, Augustine GJ, Lamantia A-S, ed. (2007). *Neuroscience* (4th edición). Sunderland, Mass: Sinauer. pp. 135, box 6D. [ISBN 0-87893-697-1](#).
17. [Volver arriba ↑](#) Jelitai M, Madarasz E (2005). «[The role of GABA in the early neuronal development](#)». *Int. Rev. Neurobiol.* International Review of Neurobiology 71: 27–62. [doi:10.1016/S0074-7742\(05\)71002-3](#). [ISBN 9780123668721](#). [PMID 16512345](#).
18. [Volver arriba ↑](#) Marín O, Rubenstein JL (November 2001). «A long, remarkable journey: tangential migration in the telencephalon». *Nat. Rev. Neurosci.* 2 (11): 780–90. [doi:10.1038/35097509](#). [PMID 11715055](#).
19. [Volver arriba ↑](#) LoTurco JJ, Owens DF, Heath MJ, Davis MB, Kriegstein AR (December 1995). «GABA and glutamate depolarize cortical progenitor cells and inhibit DNA synthesis». *Neuron* 15 (6): 1287–1298. [doi:10.1016/0896-6273\(95\)90008-X](#). [PMID 8845153](#).
20. [Volver arriba ↑](#) Haydar TF, Wang F, Schwartz ML, Rakic P (August 2000). «[Differential modulation of proliferation in the neocortical ventricular and subventricular zones](#)». *J. Neurosci.* 20 (15): 5764–74. [PMID 10908617](#).
21. [Volver arriba ↑](#) Behar TN, Schaffner AE, Scott CA, O'Connell C, Barker JL (August 1998). «[Differential response of cortical plate and ventricular zone cells to GABA as a migration stimulus](#)». *J. Neurosci.* 18 (16): 6378–87. [PMID 9698329](#).
22. [Volver arriba ↑](#) Barbin G, Pollard H, Gaïarsa JL, Ben-Ari Y (April 1993). «Involvement of GABAA receptors in the outgrowth of cultured hippocampal neurons». *Neurosci. Lett.* 152 (1–2): 150–154. [doi:10.1016/0304-3940\(93\)90505-F](#). [PMID 8390627](#).
23. [Volver arriba ↑](#) Maric D, Liu QY, Maric I, Chaudry S, Chang YH, Smith SV, Sieghart W, Fritschy JM, Barker JL (April 2001). «[GABA expression dominates neuronal lineage progression in the embryonic rat neocortex and facilitates neurite outgrowth via GABA\(A\) autoreceptor/Cl⁻ channels](#)». *J. Neurosci.* 21 (7): 2343–60. [PMID 11264309](#).
24. [Volver arriba ↑](#) Ben-Ari Y (September 2002). «Excitatory actions of gaba during development: the nature of the nurture». *Nat. Rev. Neurosci.* 3 (9): 728–739. [doi:10.1038/nrn920](#). [PMID 12209121](#).
25. [Volver arriba ↑](#) Obrietan K, Gao XB, Van Den Pol AN (August 2002). «[Excitatory actions of GABA increase BDNF expression via a MAPK-CREB-dependent mechanism--a positive feedback circuit in developing neurons](#)». *J. Neurophysiol.* 88 (2): 1005–15. [PMID 12163549](#).
26. [Volver arriba ↑](#) Wang DD, Kriegstein AR, Ben-Ari Y (2008). «[GABA regulates stem cell proliferation before nervous system formation](#)». *Epilepsy Curr* 8 (5): 137–9. [doi:10.1111/j.1535-7511.2008.00270.x](#). [PMC 2566617](#). [PMID 18852839](#).
27. [Volver arriba ↑](#) Popp A, Urbach A, Witte OW, Frahm C (2009). «[Adult and embryonic GAD transcripts are spatiotemporally regulated during postnatal development in the rat brain](#)». En Reh, Thomas A. *PLoS ONE* 4 (2): e4371. [Bibcode:2009PLoSO...4.4371P](#). [doi:10.1371/journal.pone.0004371](#). [PMC 2629816](#). [PMID 19190758](#).
28. [Volver arriba ↑](#) Erdö SL, Wolff JR (February 1990). «γ-Aminobutyric acid outside the mammalian brain». *J. Neurochem.* 54 (2): 363–72. [doi:10.1111/j.1471-4159.1990.tb01882.x](#). [PMID 2405103](#).
29. [Volver arriba ↑](#) Xiang YY, Wang S, Liu M, Hirota JA, Li J, Ju W, Fan Y, Kelly MM, Ye B, Orser B, O'Byrne PM, Inman MD, Yang X, Lu WY (July 2007). «A GABAergic system in airway epithelium is essential for mucus overproduction in asthma». *Nat. Med.* 13 (7): 862–7. [doi:10.1038/nm1604](#). [PMID 17589520](#).

30. [Volver arriba ↑](#) Payne AH, Hardy MH (2007). *The Leydig cell in health and disease*. Humana Press. ISBN 1-58829-754-3.
31. [Volver arriba ↑](#) Kwakowsky A, Schwirtlich M, Zhang Q, Eisenstat DD, Erdélyi F, Baranyi M, Katarova ZD, Szabó G (December 2007). «GAD isoforms exhibit distinct spatiotemporal expression patterns in the developing mouse lens: correlation with Dlx2 and Dlx5». *Dev. Dyn.* 236 (12): 3532–44. doi:10.1002/dvdy.21361. PMID 17969168.
32. [Volver arriba ↑](#) Majumdar Devashis, Guha Sephali (1988). «Conformation, electrostatic potential and pharmacophoric pattern of GABA (γ-aminobutyric acid) and several GABA inhibitors». *Journal of Molecular Structure: THEOCHEM* 180: 125–140. doi:10.1016/0166-1280(88)80084-8.
33. [Volver arriba ↑](#) Sapse A-M (2000). *Molecular Orbital Calculations for Amino Acids and Peptides*. Birkhäuser. ISBN 978-0-8176-3893-1. ^[página requerida]
34. [Volver arriba ↑](#) Roth RJ, Cooper JR, Bloom FE (2003). *The Biochemical Basis of Neuropharmacology*. Oxford [Oxfordshire]: Oxford University Press. p. 106. ISBN 0-19-514008-7.
35. [Volver arriba ↑](#) Petroff OA (December 2002). «GABA and glutamate in the human brain». *Neuroscientist* 8 (6): 562–573. doi:10.1177/1073858402238515. PMID 12467378.
36. [Volver arriba ↑](#) Schousboe A, Waagepetersen HS (2007). «GABA: homeostatic and pharmacological aspects». *Prog. Brain Res.* Progress in Brain Research 160: 9–19. doi:10.1016/S0079-6123(06)60002-2. ISBN 978-0-444-52184-2. PMID 17499106.
37. [Volver arriba ↑](#) Bown AW, Shelp BJ (September 1997). «The Metabolism and Functions of γ-Aminobutyric Acid». *Plant Physiol.* 115 (1): 1–5. doi:10.1104/pp.115.1.1 (inactivo 2015-01-01). PMC 158453. PMID 12223787.
38. [Volver arriba ↑](#) Foster AC, Kemp JA (February 2006). «Glutamate- and GABA-based CNS therapeutics». *Curr Opin Pharmacol* 6 (1): 7–17. doi:10.1016/j.coph.2005.11.005. PMID 16377242.
39. [Volver arriba ↑](#) Chapouthier G, Venault P (October 2001). «A pharmacological link between epilepsy and anxiety?». *Trends Pharmacol. Sci.* 22 (10): 491–3. doi:10.1016/S0165-6147(00)01807-1. PMID 11583788.
40. [Volver arriba ↑](#) Campagna JA, Miller KW, Forman SA (May 2003). «Mechanisms of actions of inhaled anesthetics». *N. Engl. J. Med.* 348 (21): 2110–24. doi:10.1056/NEJMr021261. PMID 12761368.
41. [Volver arriba ↑](#) ^{a b} Kuriyama K, Sze PY (January 1971). «Blood–brain barrier to H3-γ-aminobutyric acid in normal and amino oxyacetic acid-treated animals». *Neuropharmacology* 10 (1): 103–108. doi:10.1016/0028-3908(71)90013-X. PMID 5569303.
42. [Volver arriba ↑](#) ^{a b} Müller EE, Locatelli V, Cocchi D (April 1999). «Neuroendocrine control of growth hormone secretion». *Physiol. Rev.* 79 (2): 511–607. PMID 10221989.
43. [Volver arriba ↑](#) Powers ME, Yarrow JF, McCoy SC, Borst SE (January 2008). «Growth hormone isoform responses to GABA ingestion at rest and after exercise». *Medicine and science in sports and exercise* 40 (1): 104–10. doi:10.1249/mss.0b013e318158b518. PMID 18091016.
44. [Volver arriba ↑](#) <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6844712>
45. [Volver arriba ↑](#) Dzitoyeva S, Dimitrijevic N, Manev H (2003). «γ-aminobutyric acid B receptor 1 mediates behavior-impairing actions of alcohol in *Drosophila*: adult RNA interference and pharmacological evidence». *Proc. Natl. Acad. Sci. U.S.A.* 100 (9): 5485–5490. Bibcode:2003PNAS..100.5485D. doi:10.1073/pnas.0830111100. PMC 154371. PMID 12692303.

46. [Volver arriba ↑](#) Mihic SJ, Ye Q, Wick MJ, Koltchine VV, Krasowski MD, Finn SE, Mascia MP, Valenzuela CF, Hanson KK, Greenblatt EP, Harris RA, Harrison NL (1997). «Sites of alcohol and volatile anaesthetic action on GABA_A and glycine receptors». *Nature* 389 (6649): 385–389. [Bibcode:1997Natur.389..385M](#). [doi:10.1038/38738](#). [PMID 9311780](#).
47. [Volver arriba ↑](#) Boehm SL, Ponomarev I, Blednov YA, Harris RA (2006). «From gene to behavior and back again: new perspectives on GABA_A receptor subunit selectivity of alcohol actions». *Adv. Pharmacol.* 54 (8): 1581–1602. [doi:10.1016/j.bcp.2004.07.023](#). [PMID 17175815](#).
48. [Volver arriba ↑](#) Dimitrijevic N, Dzitoyeva S, Satta R, Imbesi M, Yildiz S, Manev H (2005). «*Drosophila* GABA_B receptors are involved in behavioral effects of gamma-hydroxybutyric acid (GHB)». *Eur. J. Pharmacol.* 519 (3): 246–252. [doi:10.1016/j.ejphar.2005.07.016](#). [PMID 16129424](#).
49. [Volver arriba ↑](#) Awad R, Muhammad A, Durst T, Trudeau VL, Arnason JT (August 2009). «Bioassay-guided fractionation of lemon balm (*Melissa officinalis* L.) using an in vitro measure of GABA transaminase activity». *Phytother Res* 23 (8): 1075–81. [doi:10.1002/ptr.2712](#). [PMID 19165747](#).
50. [Volver arriba ↑](#) Abdou AM, Higashiguchi S, Horie K, Kim M, Hatta H, Yokogoshi H (2006). «Relaxation and immunity enhancement effects of gamma-aminobutyric acid (GABA) administration in humans». *BioFactors* 26 (3): 201–8. [doi:10.1002/biof.5520260305](#). [PMID 16971751](#).
51. [Volver arriba ↑](#) «A GABA-EEG test of the blood-brain barrier near epileptic foci.».
52. [Volver arriba ↑](#) Dorofeev BF, Kholodov LE (1991). «Фармакокинетика пикамилона у животных». *Farmakologiya i toksikologiya* (en russian) 54 (2): 66–9. [PMID 1884802](#).
53. [Volver arriba ↑](#) Park DH, Mirabella R, Bronstein PA, Preston GM, Haring MA, Lim CK, Collmer A, Schuurink RC (October 2010). «Mutations in γ-aminobutyric acid (GABA) transaminase genes in plants or *Pseudomonas syringae* reduce bacterial virulence». *Plant J.* 64 (2): 318–30. [doi:10.1111/j.1365-313X.2010.04327.x](#). [PMID 21070411](#).
54. [Volver arriba ↑](#) Bouché N, Fromm H (March 2004). «GABA in plants: just a metabolite?». *Trends Plant Sci.* 9 (3): 110–5. [doi:10.1016/j.tplants.2004.01.006](#). [PMID 15003233](#).
- [Volver arriba ↑](#) Roberts MR (September 2007). «Does GABA Act as a Signal in Plants?: Hints from Molecular Studies». *Plant Signal Behav* 2 (5): 408–9. [doi:10.4161/psb.2.5.4335](#). [PMC 2634229](#). [PMID 19704616](#).

- 3.5.11)- Bibliografía.

- Barmaimon Enrique, Tratado de Neuroanatomía Funcional. 3 volúmenes. Ed. EDUSMP.(1984).Lima, Perú.
- Enrique Barmaimon. Envejecimiento. Ed. Virtual. (2011).1ªEd. Montevideo Uruguay.
- Barmaimon Enrique. Libro Historia de la Anestesia, la Reanimación y los Cuidados Intensivos. 4 Tomos.(1984).1ªEd. Virtual. Montevideo, Uruguay.
- 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

-3.5.12)- Enlaces Externos.

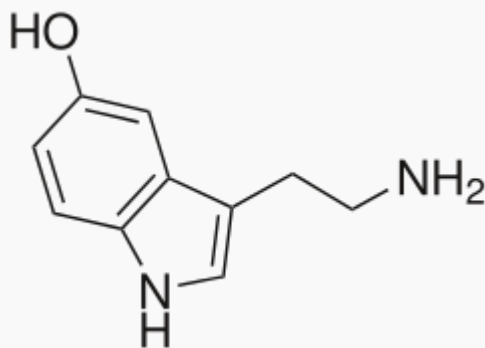
-  [Wikimedia Commons](#) alberga contenido multimedia sobre [Ácido γ-aminobutírico](#).

-Esta página fue modificada por última vez el 6 diciembre 2015 a las 04:04.

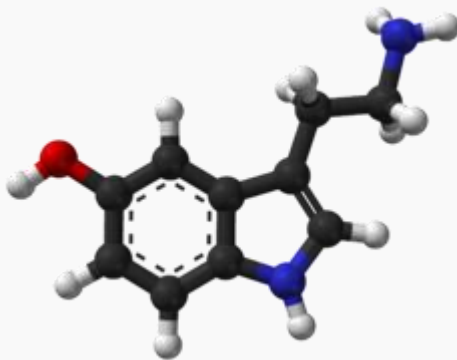
-3.6)-SEROTONINA.

-(De Wikipedia, la enciclopedia libre).

5-Hidroxitriptamina



Fórmula química.



Estructura tridimensional

Nombre IUPAC	
3-(2-aminoetil)-1 <i>H</i> -indol-5-ol	
General	
Otros nombres	Serotonina (5-HT)
Fórmula molecular	C₁₀H₁₂N₂O
Propiedades físicas	
Masa molar	176,215 g/mol
Punto de fusión	441 K (168 °C)
Riesgos	
LD₅₀	60 mg/Kg (oral, ratas)
Compuestos relacionados	
Valores en el SI y en condiciones estándar (25 °C y 1 atm), salvo que se indique lo contrario.	

-La serotonina (5-hidroxitriptamina o 5-HT) es una [monoamina neurotransmisora](#) sintetizada en las [neuronas serotoninérgicas](#) del [sistema nervioso central](#) (SNC) y en las [células enterocromafines](#) (células de Kulchitsky) del [tracto gastrointestinal](#) de los [animales](#) y del [ser humano](#). La serotonina también se encuentra en varias [setas](#) y [plantas](#), incluyendo [frutas](#) y [vegetales](#).².

.En el sistema nervioso central, se cree que la serotonina representa un papel importante como [neurotransmisor](#), en la inhibición de: la [ira](#), la [agresión](#), la [temperatura corporal](#), el [humor](#), el [sueño](#), el [vómito](#), la [sexualidad](#), y el [apetito](#). Estas inhibiciones están relacionadas directamente con síntomas de [depresión](#).

.Además de esto, la serotonina es también un mediador periférico de la señal. Por ejemplo, la serotonina se encuentra abundantemente en el [tracto gastrointestinal](#): cerca del 90%,³ y el principal almacén son las [plaquetas](#) en la [circulación sanguínea](#).

-Índice:

-3.6)-SEROTONINA

-3.6.1 [Neurotransmisión](#)

-3.6.2)- [Historia](#).

-3.6.3)- [Relación Anatómica](#).

-3.6.4)- [Microanatomía](#) .

-3.6.4.1)- [Receptores](#).

-3.6.4.2)- [Factores Genéticos](#).

-3.6.4.3)- [Terminación](#).

-3.6.5)- [Otras Funciones](#).

-3.6.6)- [Síntesis](#).

-3.6.7)- [Las Propiedades Afrodisíacas de la Serotonina](#).

-3.6.8)- [Referencias](#).

-3.6.9)- [Enlaces Externos](#).

-3.6.1)- [Neurotransmisión](#).

-Como todos los neurotransmisores, los efectos de la 5-HT en el humor y el estado mental humanos, y su papel en la conciencia, son muy difíciles de determinar.

- Entre las principales funciones de la serotonina está la de regular el [apetito](#) mediante la saciedad, equilibrar el [deseo sexual](#), controlar la temperatura corporal, la actividad motora, y las funciones perceptivas y cognitivas.
- La serotonina interviene en otros conocidos neurotransmisores como la [dopamina](#) y la [noradrenalina](#), que están relacionados con la: [angustia](#), [ansiedad](#), [miedo](#), [agresividad](#), así como los problemas alimenticios.
- La serotonina también interviene en los parámetros de densidad ósea.^{4 5} Las personas que toman antidepresivos del tipo inhibidores de la recaptación de la serotonina ,pueden generar osteoporosis , que reduce la densidad ósea.

-3.6.2)- [Historia](#).

-Se aisló y se nombró la serotonina por primera vez en el año 1948 por [Maurice M. Rapport](#), [Arda Green](#) e [Irvine Page](#) de la [Clínica de Cleveland](#),⁹ pero ya en 1935 el investigador italiano [Vittorio Erspamer](#), había demostrado que una sustancia hasta entonces desconocida, a la que llamó [enteramina](#), producida por las células enterocromafines del intestino estimulaba la contracción intestinal.¹⁰

. El nombre serotonina es un término equívoco que refleja nada más que las circunstancias en las que se descubrió el compuesto. Fue inicialmente identificado como una sustancia [vasoconstrictora](#) en el [plasma sanguíneo](#) o serum, de ahí su nombre de *serotonina*, un agente serum que afecta al tono vascular.

.Este agente fue posteriormente identificado químicamente como la 5-hidroxitriptamina (5-Hity8dyd87ygxtu7 Rapport), y desde entonces se le han asociado una amplia gama de propiedades fisiológicas. El de 5-HT ha sido el nombre más adoptado por la [industria farmacéutica](#).

-3.6.3)- Relación Anatómica.

-Las [neuronas](#) de los [núcleos del rafe](#) son la fuente principal de liberación de la 5-HT en el cerebro.⁶ Los núcleos del rafe son conjuntos de neuronas, distribuidas en nueve grupos pares, y localizadas a lo largo de toda la longitud del tronco encefálico, el cual está centrado alrededor de la formación reticular.

-Las axones de las neuronas de los núcleos del rafe terminan en, por ejemplo:

- [Núcleos cerebelosos profundos](#);
- [Corteza cerebelosa](#);
- [Médula espinal](#).

-Por otro lado, los axones de las neuronas en el núcleo rostral dorsal del rafe terminan en, por ejemplo:

- [Tálamo](#);
- [Núcleo estriado](#);
- [Hipotálamo](#);
- [Núcleo accumbens](#);
- [Neocórtex](#);
- [Giro cingulado](#);
- [Cíngulo](#);
- [Hipocampo](#);
- [Amígdala](#).

-Así, la activación de este sistema serotoninérgico, tiene efectos en varias áreas del cerebro, lo que explica los efectos terapéuticos en su modulación.

-3.6.4)- Microanatomía.

-La 5-HT, como se piensa, es liberada de las *varicosidades serotoninérgicas*, en el espacio extra-neuronal, en otras palabras, desde los hinchazones (varicosidades) y a lo largo del axón, no sólo por botones sinápticos terminales : esquema de neurotransmisión clásico. Desde este punto es libre de difundirse sobre una región relativamente grande de espacio : > 20 µm), y activar los [receptores 5-HT](#) localizados sobre las: [dendritas](#), [pericariones](#) y las terminaciones presinápticas de neuronas adyacentes.².

-3.6.4.1)- Receptores.

-Los [receptores de 5-HT](#) son los receptores para serotonina, que están localizados en la [membrana celular](#) de las células nerviosas y de otros tipos celulares en [animales](#), y median los efectos de la serotonina como el [ligando endógeno](#) y de un amplio rango de [drogas](#) farmacéuticas y alucinógenas.

. Con la excepción del receptor de 5-HT₃, un [canal iónico](#) asociado a ligando, los demás receptores están acoplados a *receptores de siete dominios transmembranales de proteína G* o heptahelíticos, que activan una cascada de *segundos mensajeros intracelulares*.

-3.6.4.2)- Factores Genéticos.

-Las variaciones genéticas en los [alelos](#), que codifican para los receptores de serotonina, actualmente son conocidos por tener un impacto significativo sobre la probabilidad en la generación de ciertos problemas y desórdenes fisiológicos. Por ejemplo, una [mutación](#) en el

alelo, que codifica para el receptor 5-HT_{2A}, que conlleva la duplicación del riesgo de [suicidio](#) de quienes tienen ese genotipo. [\[1\]](#).

. Sin embargo, las pruebas de este hallazgo aún tienen que ser reproducidas satisfactoriamente, pues se observa que se han generado dudas sobre la validez de este descubrimiento. Es muy improbable, que un [gen](#) individual sea el responsable del incremento de suicidios. Es más probable que un número de genes, se combinen con factores exógenos para afectar el comportamiento de este modo.

-3.6.4.3)- Terminación.

-La acción serotoninérgica es terminada primariamente mediante la captación de 5-HT en la sinapsis. Se piensa que mediante un [transportador de monoaminas](#) específico para 5-HT, el [transportador de recaptación de 5-HT](#), en la neurona presináptica. Varios agentes pueden inhibir la recaptación de 5-HT incluyendo el [MDMA](#) o éxtasis, [anfetamina](#), [cocaína](#), [dextrometorfano](#) (un [antitusivo](#)), [antidepresivos tricíclicos](#) (TCAs) y los [Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina](#) (ISRS).

-3.6.5)- Otras Funciones.

-Investigaciones recientes sugieren que la serotonina, juega un papel importante en la regeneración hepática y actúa como mitógeno, que induce la división celular a lo largo del cuerpo. [7](#).

.La función serotoninérgica es fundamentalmente inhibitoria. Ejerce influencia sobre el [sueño](#) y se relaciona también con los estados de ánimo, las [emociones](#) y los [estados depresivos](#). Afecta al [funcionamiento vascular](#), así como a la [frecuencia del latido cardíaco](#).

.Regula la secreción de [hormonas](#), como la del [crecimiento](#). [8](#) Cambios en el nivel de esta sustancia se asocian con desequilibrios mentales, como la [esquizofrenia](#) o el [autismo infantil](#).

.También desempeña una función importante en el [trastorno obsesivo compulsivo](#), un trastorno de ansiedad.

. Algunos [hongos](#) alucinógenos, el [LSD](#) y el [MDMA](#) actúan intensamente en los receptores serotoninérgicos.

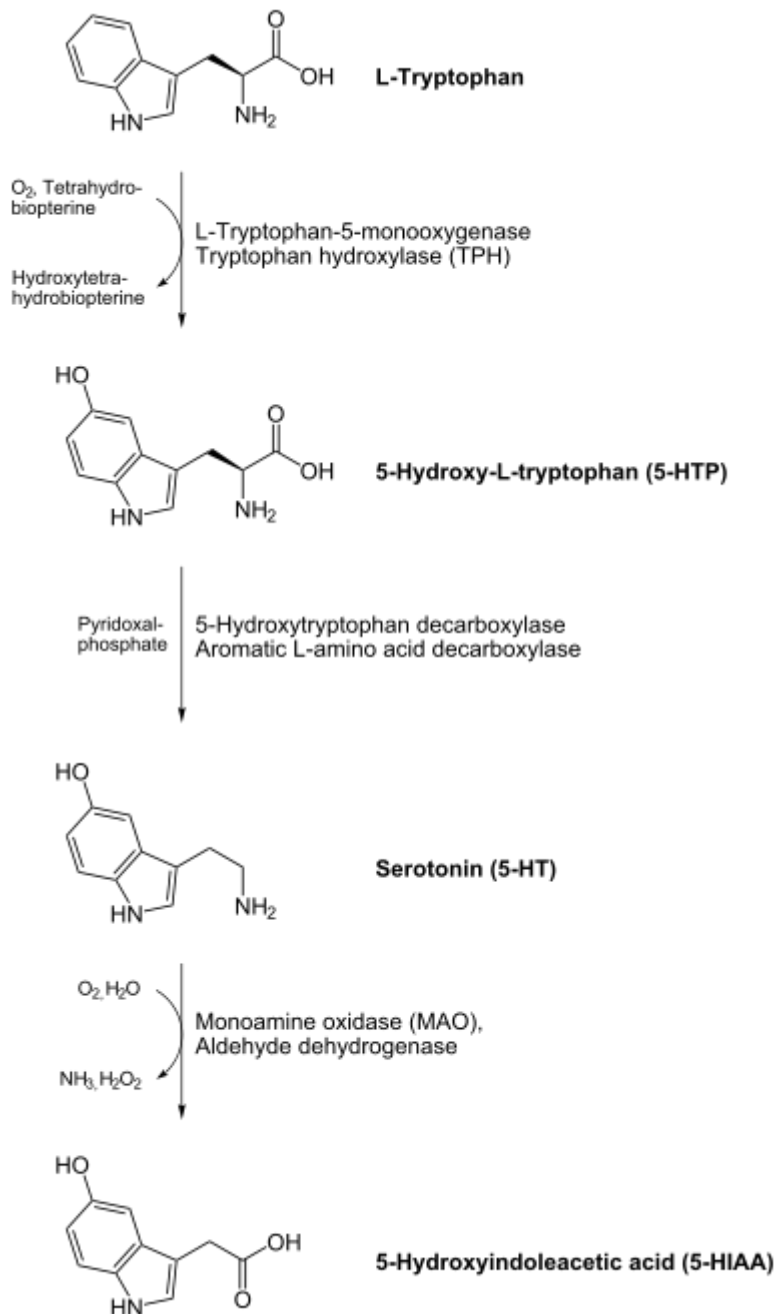
. Entre las funciones fisiológicas de la serotonina destaca la inhibición de la [secreción gástrica](#), la estimulación de la [musculatura lisa](#), y la secreción de [hormonas](#) por parte de la [hipófisis](#).

. Los bajos niveles de serotonina en personas con [fibromialgia](#), explican en parte el porqué de los [dolores](#) y los problemas para dormir.

. Dichos niveles bajos se han asociado también a estados [agresivos](#), [depresión](#) y [ansiedad](#) e incluso a las [migrañas](#), debido a que cuando los niveles de serotonina bajan, los vasos sanguíneos se dilatan.

. Desempeña una función importante en la [proliferación linfocitaria](#), dependiendo del tipo de receptor estimulado (5-HT_{1A} vs. 5-HT₇).

-3.6.6)- Síntesis.



-Vía para la biosíntesis de serotonina a partir del triptófano.

-En el cuerpo, la serotonina es sintetizada desde el [aminoácido triptófano](#), en una vía metabólica corta que involucra dos [enzimas](#): [triptófano hidroxilasa](#) (TPH) y una [L-aminoácido aromático descarboxilasa](#) (DDC).

.La reacción mediada por TPH es una etapa limitante en la vía. La TPH ha sido vista en dos formas existentes en la naturaleza: TPH1, encontrada en varios [tejidos](#), y la TPH2, que es una [isoforma](#) cerebro-específica.

. Hay evidencia de [polimorfismos genéticos](#) en ambos tipos con influencia sobre la susceptibilidad a la [ansiedad](#) y la [depresión](#).

. También hay evidencia de cómo las *hormonas ováricas* pueden afectar la expresión de la TPH

en varias especies, sugiriendo un posible mecanismo para la depresión posparto y el [síndrome de estrés premenstrual](#).

.La serotonina ingerida por vía oral no pasa dentro de las vías serotoninérgicas del sistema nervioso central, porque ésta no cruza la [barrera hematoencefálica](#). Sin embargo, el triptófano y sus [metabolitos 5-Hidroxitriptófano](#) (5-HTP), con los cuales la serotonina es sintetizada, sí pueden, y cruzan la barrera hematoencefálica.

. Estos agentes están disponibles como [suplementos dietarios](#) y pueden ser agentes serotoninérgicos efectivos.

. Un producto del clivaje es el [Ácido 5-hidroxiindolacético](#) (5 HIAA), el cual es excretado en la [orina](#).

. Algunas veces, la Serotonina y el 5 HIAA son producidos en cantidades excesivas por ciertos [tumores](#) o [cánceres](#), y los niveles de tales sustancias puede ser medida en orina para verificar la presencia de dichas patologías.

-3.6.7)- Las Propiedades Afrodisíacas de la Serotonina.

-El comportamiento humano depende de la cantidad de luz que el cuerpo recibe por día. De esta manera se produce durante las estaciones menos soleadas : otoño e invierno, un aumento de la depresión y falta de estímulo sexual.

.Cuando llega la primavera y el verano, la serotonina se condiciona a la luz que recibe del organismo, lo que conlleva un aumento progresivo del bienestar y la felicidad con mayor estímulo sexual, producto de las concentraciones de este neurotransmisor en el [cerebro](#).¹¹.

.Se podría decir que la serotonina es la "hormona del placer", además de ser la "hormona del humor". Un claro ejemplo: Para que se produzca la [eyacuación](#) u [orgasmo](#), el [hipotálamo](#) libera [oxitocina](#) a través de la [hipófisis](#) : hormona que se segrega en la [neurohipófisis](#) y que también es responsable de las contracciones durante el parto. Después de [eyacular](#), aumenta considerablemente la cantidad de serotonina en el cerebro, lo que provoca un estado de [placer](#) y tranquilidad.¹².

.Después del placer, se produce un mecanismo de retroalimentación, que reabsorbe la serotonina. Este mecanismo estimula la liberación de hormonas como: [somatotrofina](#) (hormona del crecimiento) y [prolactina](#) (que tiene acción sobre las [glándulas mamarias](#) actuando en su crecimiento y formación de [leche](#)), e inhibe la secreción de las [hormonas luteinizante](#) (LH), y [foliculoestimulante](#) (FSH), que son las encargadas de estimular la síntesis de [AMP cíclico](#), que a su vez estimula la [biosíntesis](#) de [esteroides sexuales](#).¹³ .

.Este mecanismo de retroalimentación no sería posible, si no se produjese la absorción de serotonina por la [hipófisis](#).¹⁴ Así pues, se sabe que la presencia de serotonina produce el placer; y la reabsorción de esta neurohormona, desencadena una serie de reacciones, que estimulan la secreción de hormonas, que a su vez producen ínfimamente crecimiento y controlan la maduración de [folículos](#), y la secreción de [estrógenos](#) (mujer) y la [espermatogénesis](#) y secreción de [testosterona](#) (hombre) entre otras cosas.

- Dahstrom y Fuxe describieron 9 grupos de células que contienen serotonina de B1 a B9:

- El grupo más grande de células serotoninérgicas es el grupo B7 contiguo al B6.
- El grupo B6 y B7 son el núcleo dorsal del rafe.
- EL B8 es el núcleo medio del rafe. núcleo central superior.
- EL B9 tectum lateral del puente y del cerebro medio.
- El B1 a B5 caudalmente y contienen un número bajo de células serotoninérgicas.

-3.6.8)- Referencias.

1. [Volver arriba](#) ↑ [Número CAS](#)
2. ↑ [Saltar a:](#) ^a ^b "Serotonin", Syd Baumel, 1999, ed: McGraw-Hill Professional
3. [Volver arriba](#) ↑ [Universidad Estatal de Indiana, Estados Unidos de América](#)
4. [Volver arriba](#) ↑ Frost M, Andersen TE, Yadav V, Brixen K, Karsenty G, Kassem M (2010). «Patients with high-bone-mass phenotype owing to Lrp5-T253I mutation have low plasma levels of serotonin». *J Bone Miner Res.* 25 (3): 673–5. doi:10.1002/jbmr.44. PMID 20200960.
5. [Volver arriba](#) ↑ Rosen CJ (2009). «Breaking into bone biology: serotonin's secrets». *Nat Med.* 15 (2): 145–6. doi:10.1038/nm0209-145. PMID 19197289.
6. [Volver arriba](#) ↑ George J. Siegel, ed. (1999). «Understanding the neuroanatomical organization of serotonergic cells in the brain provides insight into the functions of this neurotransmitter». *Basic Neurochemistry*. Bernard W. Agranoff, Stephen K. Fisher, R. Wayne Albers, Michael D. Uhler (6ª Edición edición). Lippincott Williams and Wilkins. ISBN 0-397-51820-X. «En 1964, Dahlstrom y Fuxe (discutido en [2]), usando la técnica Falck-Hillarp de histofluorescencia, observaron que la mayoría de los núcleos neuronales serotoninérgicos son encontrados en grupos celulares corporales, que previamente habían sido designados como [núcleos del rafe](#).»
7. [Volver arriba](#) ↑ Lesurtel M. et al (2006). «Platelet-derived serotonin mediates liver regeneration». *Science* 312 (5770): 104–7. PMID 16601191.
8. [Volver arriba](#) ↑ "Secrets of Serotonin", Carol Hart; 1996; St. Martin's Press
9. [Volver arriba](#) ↑ Maurice M. Rapport, Arda A. Green, Irvine H. Page (1948). «Serum vasoconstrictor (serotonin). IV. Isolation and characterization». *J. Biol. Chem.* 176 (3): 1243–1251.
10. [Volver arriba](#) ↑ Negri L (2006). «[Vittorio Erspamer (1909–1999)]». *Med Secoli* (en italiano) 18 (1): 97–113. PMID 17526278.
11. [Volver arriba](#) ↑ "Serotonin and the regulation of mammalian circadian rhythmicity", Morin LP. *Ann Med.* 1999 Feb;31(1):12-33.
12. [Volver arriba](#) ↑ "Serotonin, serotonergic receptors, selective serotonin reuptake inhibitors and sexual behaviour.", Olivier B, van Oorschot R, Waldinger MD. *Int Clin Psychopharmacol.* 1998 Jul;13 Suppl 6:S9-14.
13. [Volver arriba](#) ↑ "Female sexual side effects associated with selective serotonin reuptake inhibitors: a descriptive clinical study of 33 patients", Shen WW, Hsu JH. *Int J Psychiatry Med.* 1995;25(3):239-48.
14. [Volver arriba](#) ↑ "Psychotropic medications and their effects on sexual function: diagnosis, biology, and treatment approaches", Gitlin MJ.; *J Clin Psychiatry.* 1994 Sep;55(9):406-13.

-3.6.9)- Bibliografía.

- Barmaimon Enrique, Tratado de Neuroanatomía Funcional. 3 volúmenes. Ed. EDUSMP.(1984).Lima, Perú.
- Enrique Barmaimon. Envejecimiento. Ed. Virtual. (2011).1ªEd. Montevideo Uruguay.
- Barmaimon Enrique. Libro Historia de la Anestesia, la Reanimación y los Cuidados Intensivos. 4 Tomos.(1984).1ªEd. Virtual. Montevideo, Uruguay.
- 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/).

-3.6.10)- Enlaces Externos.

- [La serotonina, resumen del compuesto](#) (en inglés).

 width="1" height="1" style="border: none; position: absolute;" />

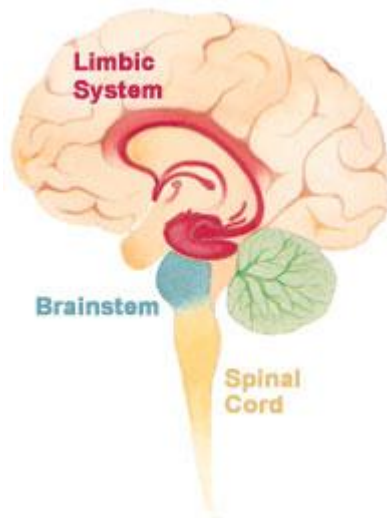
Obtenido de «<https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Serotonina&oldid=85569619>»

Categorías:

- [Neurotransmisores](#)
- [Transducción de señales](#)
- [Triptaminas.](#)
- Esta página fue modificada por última vez el 4 octubre 2015 a las 17:58.

-3.7)- SISTEMA LÍMBICO.

-(De Wikipedia, la enciclopedia libre).



-El sistema límbico (rojo).

-El sistema límbico es un sistema formado por varias estructuras [cerebrales](#), que gestionan respuestas [fisiológicas](#), ante estímulos emocionales. Está relacionado con la: [memoria](#); [atención](#); [instintos sexuales](#); [emociones](#) : por ejemplo [placer](#), [miedo](#), [agresividad](#); [personalidad](#) ; y la [conducta](#).

.Está formado por partes del: [tálamo](#), [hipotálamo](#), [hipocampo](#), [amígdala cerebral](#), [cuerpo calloso](#), [septo](#) y [mesencéfalo](#).

.El sistema límbico interacciona muy velozmente , y al parecer sin que necesite mediar estructuras cerebrales superiores, con el [sistema endocrino](#) , el [sistema nervioso autónomo](#), el sistema enzimático, el sistema autoinmune y el sistema humoral..

-Índice:

-3.7)- SISTEMA LÍMBICO

-3.7.1)- [Historia](#).

- 3.7.2)- [Evolución, Filogenia](#).
- 3.7.3)- [Esbozo Desde la Perspectiva Fisiológica](#).
- 3.7.4 [Partes](#) .
- 3.7.4.1)- [Hipotálamo](#).
- 3.7.4.2)- [Hipocampo](#).
- 3.7.4.3)- [Amígdala Cerebral](#).
- 3.7.4.4)- [Zonas relacionadas](#).
- 3.7.5)- [Véase También](#).

-3.7.1)- Historia.

-El término *límbico*, para referirse a una zona del cerebro, fue acuñado en 1878 por el médico francés [Paul Broca](#), él habló de *le "grand lobule limbique"* (el gran lóbulo límbico) para referirse a la zona ubicada hacia el borde inferior de la [glándula pineal](#) (*limbus* en latín significa precisamente borde). La descripción inicial que realizó Broca del "gran lóbulo límbico" era la que está formada por tres estructuras en forma de raqueta; el "corozo" de tal "raqueta" correspondería al [nervio](#) y especialmente al [bulbo olfatorio](#); la parte superior correspondería al [gyrus cinguli](#) o [giro cingulado](#) (*cingulus* en latín significa cinturón) y la parte inferior a la circunvolución del hipocampo; para más acotación, el uso de la palabra "límbico" por parte de Broca correspondía entonces a la parte inferior de la corteza cerebral.

. [Henry Turner](#) en 1890 denominó *rhinencephalon* (rinoencéfalo, encéfalo nasal) a la mayor parte de las áreas límbicas, por la importancia que en éstas, parecía cobrar el bulbo olfativo y las respuestas a los estímulos olfativos; [evolutivamente](#) más antiguas que las áreas correspondientes a estímulos visuales y auditivos).

. [James Papez](#) descubrió en 1937 el circuito [que lleva su nombre](#).

.[Paul MacLean](#) (1949), como [Christofredo Jakob](#), hablaron de "cerebro visceral" y amplió estas ideas para incluir más estructuras de una forma más difusa.

. En 1952, surge la denominación "cerebro límbico" y sistema límbico, así como paralelamente las de *cerebro reptiliano* o *cerebro reptílico*, que MacLean hipotetiza como precedente del límbico, e incluso "cerebro paleomamífero". El concepto de sistema límbico ha sido ampliado por [Goldar](#), [Heimer](#), [Nauta](#), [Yakovlev](#) y otros.

.Sin embargo se mantiene una fuerte controversia sobre la definición de lo límbico, ya que si inicialmente, cuando se acuñó la palabra, se postuló que el área límbica era solo el centro [instintivo](#) y emocional del cerebro, quedando las actividades [cognitivas](#), intelectuales y racionales, como una actividad típica del [neocórtex](#); pronto se descubrió que tal diferenciación tan taxativa, se hace más difusa: por ejemplo una lesión en el hipocampo, conlleva a graves deficiencias cognitivas.

.Las áreas de borde [cortical](#) que corresponden al sistema límbico, generalmente tienen menos capas neuronales, que las típicas 6 capas de la mayor parte del [neocórtex](#), y son clasificadas como [alocórtex](#) y [arqueocórtex](#), al ser [filogenéticamente](#) más primitivas.

.En diversas escuelas de psicología se ha considerado durante el siglo XX, que el sistema límbico correspondía a la localización del llamado [subconsciente](#), mientras que las áreas filogenéticamente más modernas del córtex o corteza cerebral, eran las correspondientes a la [consciencia](#), aunque tal localizacionismo, es parcialmente cierto; más cierto es que las actividades del [pensar](#) humano, casi siempre o acaso siempre, implican a toda la actividad del [sistema nervioso central](#), aunque ciertamente el procesado más elaborado, como el intelectual-cognitivo-reflexivo, sólo se puede llevar a cabo en las áreas corticales más modernas, ubicadas en la zona cortical frontal prefrontal; mientras que las emociones o instintos, casi siempre

transformados, principalmente a través de las áreas neocorticales, en [pulsiones](#) en el ser humano, tienen un "relé" o área principal de procesamiento en el sistema límbico.

-3.7.2)- Evolución, Filogenia.

-El sistema límbico es una de las partes más antiguas del cerebro en términos [filogenéticos](#) y [evolutivos](#), pues sus primordios, ya se encuentran en los peces, el "cerebro límbico" sería precedido evolutivamente por el [puente de Varolio](#) y [tallo cerebral](#), siendo un antecedente aún más primitivo en filogenia, que es el [bulbo raquídeo](#). En tal caso, el sistema o "cerebro límbico", es prácticamente la mayor parte del cerebro de los [tetrapodos](#) primitivos: [anfibios](#) y [reptiles](#).

-3.7.3)- Esbozo Desde la Perspectiva Fisiológica.

-El Sistema Límbico está formado por una serie de estructuras complejas, que se ubican alrededor del [tálamo](#) y debajo de la [corteza cerebral](#). Es el responsable principal de la vida afectiva, y es partícipe en la formación de [memoria](#), en las que participan el hipotálamo, el hipocampo, la amígdala y cuatro áreas relacionadas.

.Las funciones principales del sistema límbico, son: la [motivación](#) por la preservación del organismo y la especie, la integración de la información genética y ambiental a través del aprendizaje, y la tarea de integrar nuestro medio interno con el externo, antes de realizar una [conducta](#).

-3.7.4)- Sus Partes.

1. [Lóbulo límbico](#): Circunvolución del cuerpo calloso, la circunvolución subcallosa y el giro parahipocampal.
2. [Formaciones hipocámpicas](#): Hipocampo dorsal (corresponde al indusium griseum) e hipocampo ventral (formado por asta de Amón, cuerpo franjeado, giro dentado y el [subículo](#)).
3. [Complejo amigdalino](#): Corteza periamigdalina, núcleo amigdalino y estría terminal.
4. [Área septal](#).
5. [Formaciones olfatorias](#): Bulbo, pedúnculo olfatorio, estría olfatoria y lóbulo piriforme.
6. Núcleo [dorso mediano](#) y núcleo anterior del [tálamo](#) óptico.
7. [Corteza orbitofrontal](#): (COF) Es una región del lóbulo frontal del cerebro relacionada con el procesamiento cognitivo de la toma de decisiones.
8. [Núcleo accumbens](#):

-3.7.4.1)- Hipotálamo.

-El [hipotálamo](#) se ubica justo debajo del tálamo, dentro de los dos tractos ópticos, y justo encima, e íntimamente relacionado con la [glándula pituitaria](#).

. Es una de las partes más ocupadas del [cerebro](#) y está relacionada principalmente con la [homeostasis](#).

. Regula, y tiene el control último, de las funciones del [sistema nervioso](#) simpático y sistema nervioso parasimpático, recibiendo información desde varias fuentes: [Nervio Vago](#): información sobre la [presión sanguínea](#) y la distensión intestinal (esto es, cuan lleno esta el estómago); [Nervio óptico](#): información sobre luz y oscuridad; desde la formación reticular en el tronco cerebral, información sobre la temperatura de la piel; desde [neuronas](#) pocas usuales que

forman los [ventrículos](#), información sobre el fluido cerebroespinal, incluyendo las toxinas que inducen al vómito; desde otras partes del sistema límbico y el nervio olfatorio, información que ayuda en la regulación del hambre y la sexualidad; además de sensores propios que entregan información acerca del balance iónico y la temperatura de la sangre.

.Envía órdenes al organismo de dos formas:

1. Por el sistema nervioso autónomo: lo que le confiere el control último de sus funciones
2. Por la glándula pituitaria, con la que está conectado química y biológicamente.

.3.7.4.2)-Hipocampo.

-El [hipocampo](#) consiste en dos "cuernos" que describen una curva que va desde el área del [hipotálamo](#) hasta la [amígdala](#), está relacionado con la transformación de lo que se encuentra en tu mente ahora : memoria a corto plazo; en lo que recordarás por un largo período de tiempo :memoria a largo plazo.

.También es aquel en donde se encuentra la memoria a corto, largo plazo y el aprendizaje. La información está recogida por el [fórnix](#), que la lleva a los [cuerpos mamilares](#). Desde aquí va al núcleo anterior del [tálamo](#), que envía la información hasta la corteza cerebral. Está formado por varias estructuras cerebrales, que se activan ante estímulos emocionales.

.En la clínica, la enfermedad más importante, que tiene que ver con el hipocampo, es el punto de vista de la epilepsia del lóbulo temporal o epilepsia límbica.

-3.7.4.3)-Amígdala Cerebral.

-La [amígdala cerebral](#) es una masa con forma y tamaño de dos almendras, que está situada a ambos lados del tálamo, en el extremo inferior del hipocampo.

. Cuando es estimulada eléctricamente, los animales responden con agresión, y cuando es extirpada, los mismos se vuelven dóciles y no vuelven a responder a estímulos, que les habrían causado rabia; también se vuelven indiferentes a estímulos que les habrían causado miedo o respuestas de tipo sexual.

.La amígdala sigue en el cerebro esta vía: Amígdala->hipotálamo->sustancia gris periacueductal , que hace que se produzcan manifestaciones autonómicas como el cambios en la actitud motora. Esta es la responsable de que por ejemplo, cuando alguien nos atrae emocionalmente, se nos dilatan las pupilas o que, por ejemplo, nos pongamos colorados, cuando nos toca hacer una exposición.

.Lo que conecta la amígdala con el hipotálamo, es la estría terminalis que es la responsable de que el hipotálamo se conecte con el tronco del encéfalo, y produzca esas manifestaciones autonómicas.

-3.7.4.4)- Zonas Relacionadas.

-[Circunvolución del cíngulo](#) : Es la parte de la corteza cerebral que está cerca del sistema límbico, proporciona una vía desde el tálamo hasta el [hipocampo](#), y está asociado con las memorias a olores y dolor.

-[Área septal](#): Se halla frente al tálamo, al parecer posee unas [neuronas](#). que son centros del [orgasmo](#), una para los hombres, cuatro para las mujeres.

-[Área tegmental ventral](#) (A.T.V., o V.T.A. en inglés): Está en el [tronco cerebral](#), consiste en vías de [dopamina](#) (dopaminérgicas), que parecen ser centros del placer (felicidad).

Prof. Dr. Enrique BARMAIMON. Año 2016. 1ª Ed. Virtual. Tomo II. Montevideo, Uruguay.

-**Corteza prefrontal**: Es la parte del **Lóbulo frontal** que se encuentra frente al área motora, además de relacionarse con pensar en el futuro, hacer planes, y realizar acciones, está también vinculada a las mismas vías de **dopamina**, que el área tegmentaria ventral, aunque se encuentra fuera del sistema límbico, al ser un área evolutivamente reciente.

-3.7.5)- Véase También.

- [Círculo de Papez](#).

-3.7.6)- Bibliografía.

- Barmaimon Enrique, Tratado de Neuroanatomía Funcional. 3 volúmenes. Ed. EDUSMP.(1984).Lima, Perú.
- Enrique Barmaimon. Envejecimiento. Ed. Virtual. (2011).1ªEd. Montevideo Uruguay.
- Barmaimon Enrique. Libro Historia de la Anestesia, la Reanimación y los Cuidados Intensivos. 4 Tomos.(1984).1ªEd. Virtual. Montevideo, Uruguay.
- 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/>).

 width="1" height="1" style="border: none; position: absolute;" />

Obtenido de «[https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Sistema límbico&oldid=87240325](https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Sistema_límbico&oldid=87240325)»

Categorías:

- [Sistema límbico](#)
- [Motivación](#)

- Esta página fue modificada por última vez el 25 nov 2015 a las 15:50.

-3.8)- HOMEOSTASIS.

-(De Wikipedia, la enciclopedia libre).

-La homeostasis (del **griego** *homos* (ὁμος), ‘similar’,¹ y *stasis* (στάσις), ‘estado’, ‘estabilidad’)² es una propiedad de los **organismos** vivos, que consiste en su capacidad de mantener una condición interna **estable**, compensando los cambios en su entorno, mediante el intercambio regulado de materia y energía con el exterior (**metabolismo**). Se trata de una forma de equilibrio dinámico, que se hace posible gracias a una red de sistemas de control, realimentados, que constituyen los mecanismos de **autorregulación** de los seres vivos. Ejemplos de homeostasis son: la **regulación de la temperatura** y el balance entre **acidez** y **alcalinidad** (**pH**).

-El concepto fue aplicado por **Walter Cannon** en 1926,³ en 1929⁴ y en 1932,^{5 6} para referirse al concepto de **medio interno** (*milieu intérieur*), que fue publicado en 1865 por **Claude Bernard**, considerado a menudo el padre de la **fisiología**.

.Tradicionalmente se ha aplicado en **biología** pero, dado el hecho de que no solo lo biológico es capaz de cumplir con esta definición, otras ciencias y técnicas han adoptado también este término.⁷

-Índice:

-3.8)- HOMEOSTASIS.

-3.8.1)- [Interacción Entre Ser Vivo y Ambiente: Respuestas a los Cambios.](#)

-3.8.2)- [Homeostasis y Sistemas de Control](#) .

-3.8.2.1)- [Homeostasis de la Glucemia.](#)

-3.8.3)- [Homeostasis Psicológica.](#)

-3.8.4)- [Homeostasis Cibernética.](#)

-3.8.5)- [Véase También.](#)

-3.8.6)- [Referencias.](#)

-3.8.7)- [Bibliografía.](#)

-3.8.8)- [Enlaces Externos.](#)

-3.8.1)- Interacción Entre Ser Vivo y Ambiente: Respuestas a los Cambios.

-Las estrategias que acompañan a estas respuestas pueden resumirse como sigue:

- Evitación: Los organismos evitadores minimizan las variaciones internas utilizando algún mecanismo de escape comportamental, que les permite evitar los cambios ambientales, ya sea: espacial , buscando microhábitats no estresantes como cuevas, escondrijos; o a mayor escala: las migraciones; o temporal : hibernación, sopor, diapausa, huevos y pupas resistentes.
- Conformidad: En los organismos conformistas, el medio interno del animal cambia paralelamente a las condiciones externas, es decir, se conforma al ambiente, pues no regula o la regulación no es efectiva; designado por el prefijo "poiquilo" (Ej. [poiquiloterma](#)). Puede existir una compensación funcional con la [aclimatación](#) o la [aclimatización](#), recuperándose la velocidad funcional anterior al cambio.
- Regulación: En los organismos reguladores, un disturbio ambiental dispara acciones compensatorias, que mantienen el ambiente interno relativamente constante; a menudo designados con el prefijo "homeo" (Ej. [homeoterma](#)).

-Estas categorías no son absolutas, ya que no existen perfectos reguladores ni perfectos conformistas; los modelos más reales se encuentran entre conformistas y reguladores, dependiendo del factor ambiental y de la especie animal.

-3.8.2)- Homeostasis y Sistemas de Control.

-Los siguientes componentes forman parte de un bucle de [retroalimentación](#) (en inglés *feedback loop*) e interactúan para mantener la homeostasis (Fig. 1):

- Variable: es la característica del ambiente interno que es controlada.
- Sensor (Receptor): Detecta cambios en la variable y envía la información al integrador (centro de control).
- Integrador (Centro de Control): Recibe información del sensor sobre el valor de la variable, interpreta el error que se ha producido y actúa para anularlo integrando datos del sensor y datos almacenados del punto de ajuste.
- Punto de ajuste: es el valor normal de la variable, que ha sido previamente almacenado en la memoria.
- Efector: Es el mecanismo que tiene un efecto sobre la variable y produce la respuesta. La respuesta que se produce está monitorizada de forma continua por el sensor que vuelve a enviar la información al integrador (retroalimentación).

- Retroalimentación negativa (Fig. 2): tiene lugar cuando la retroalimentación invierte la dirección del cambio



Figura 1. Componentes de un sistema de retroalimentación.



Figura 2. Bucle de retroalimentación negativa.

. La retroalimentación negativa tiende a estabilizar un sistema corrigiendo las desviaciones del punto de ajuste y constituye el principal mecanismo que mantiene la homeostasis. Algunos ejemplos, son la frecuencia cardíaca, la presión arterial, el ritmo respiratorio, el [pH](#) de la sangre, la temperatura corporal y la concentración [osmótica](#) de los fluidos corporales.

- Retroalimentación positiva: tiene lugar cuando la retroalimentación tiene igual dirección, que la desviación del punto de ajuste amplificando la magnitud del cambio. .Luego de un lapso de tiempo se invierte la dirección del cambio retornando el sistema a la condición inicial. En sistemas fisiológicos la retroalimentación positiva es menos común que la negativa, sin embargo, es muy importante en numerosos procesos. Como ejemplos, se puede citar la coagulación de la sangre, la generación de señales nerviosas (concentración de sodio hasta generar el [potencial de acción](#)), los estrógenos y la ovulación, la lactancia y las contracciones del parto.

-3.8.2.1)- Homeostasis de la Glucemia.

-Finalmente, como ejemplo de retroalimentación negativa se describe la homeostasis de la [glucemia](#) (Fig. 3).



-Figura 3. Homeostasis de la glucemia por retroalimentación negativa.

-La concentración de glucosa en la sangre está regulada habitualmente dentro de límites muy estrechos, entre 3.9-5.6 mM/l en ayunas y en concentraciones menores a 7.8 mM/l sin ayuno. El metabolismo de la glucosa está controlado por el [páncreas](#) a través de modificaciones en la relación de concentraciones sanguíneas de dos [hormonas](#), [insulina](#) y [glucagón](#), que este órgano sintetiza y secreta.

. El páncreas responde a la entrada de glucosa a las [células beta](#) de los [islotos de Langerhans](#) secretando [insulina](#). Por otra parte, el descenso de la concentración de glucosa induce a las [células alfa](#) de los islotos de Langerhans a secretar glucagón.

. El [hígado](#) es el principal órgano responsable de la regulación de la concentración de glucosa en el torrente sanguíneo.

-Cuando aumenta el nivel de glucosa en la sangre, el páncreas secreta menos glucagón y más insulina. La insulina tiene varios efectos:

- aumenta el transporte de glucosa de la sangre a las células;
- en las células aumenta la tasa de utilización de glucosa como fuente de energía;
- acelera la síntesis de [glucógeno](#) a partir de glucosa ([glucogénesis](#)) en el hígado y en las fibras del [músculo esquelético](#), y
- estimula la síntesis de [lípidos](#) a partir de glucosa en las células del hígado y del tejido adiposo.

.En conjunto, estos efectos producen una disminución de los niveles de glucosa en la sangre al rango que se considera normal (salud).

.En cambio, si disminuye el nivel de glucosa en la sangre, el páncreas libera menos insulina y más glucagón, una hormona que tiene múltiples efectos:

- en las células del [hígado](#) y del [músculo esquelético](#), acelera la degradación de glucógeno a glucosa ([glucogenolisis](#)), que es liberada al torrente sanguíneo;
- en el [tejido adiposo](#), aumenta la tasa de degradación de [grasas](#) a [ácidos grasos](#) y [glicerol](#), y su liberación a la sangre, y
- en el hígado estimula la síntesis de glucosa a partir de glicerol y su liberación a la sangre.

.En conjunto, estos efectos producen un aumento en los niveles de glucosa en la sangre, que regresan al rango que se considera normal (salud).

-3.8.3)- Homeostasis Psicológica.

Prof. Dr. Enrique BARMAIMON. Año 2016. 1ª Ed. Virtual. Tomo II. Montevideo, Uruguay.

-Este término fue introducido por W. B. Cannon en 1932, y designa la tendencia general de todo organismo al restablecimiento del equilibrio interno, cada vez que éste es alterado..

.Estos desequilibrios internos, que pueden darse tanto en el plano fisiológico como en el psicológico, reciben el nombre genérico de [necesidades](#).

.De esta manera, la vida de un organismo puede definirse como la búsqueda constante de equilibrio entre sus necesidades y su satisfacción. Toda acción tendente a la búsqueda de ese equilibrio es, en sentido lato, una [conducta](#).

-3.8.4)- Homeostasis Cibernética.

-En [cibernética](#), la homeostasis es el rasgo de los sistemas autorregulados ([cibernéticos](#)) que consiste en la capacidad para mantener ciertas variables en un estado estacionario, de equilibrio dinámico o dentro de ciertos límites, cambiando parámetros de su estructura interna.

.En la [década de 1940](#), [William Ross Ashby](#) diseñó un mecanismo al que llamó [homeostato](#), capaz de mostrar una conducta ultraestable frente a la perturbación de sus parámetros "esenciales". Las ideas de Ashby, desarrolladas en su "*Design for a Brain*", dieron lugar al campo de estudio de los sistemas biológicos, como sistemas homeostáticos y adaptativos en términos de matemática de [sistemas dinámicos](#).

.Este investigador británico, formado en [Cambridge](#) en biología y en [antropología](#), marcó pautas y nuevos enfoques que han trascendido a otros campos disciplinarios, como la [filosofía](#) y la misma [epistemología](#). Incluyó este concepto para explicar los fundamentos epistemológicos que propone. Anota lo siguiente: "Hablemos ahora sobre el problema de estudiar la homeostasis comunicacional de una constelación familiar. En términos generales, nos parece que las familias que poseen miembros esquizofrénicos conocidos son estrechamente homeostáticas. Todo sistema vivo sufre cambios en todo momento y día tras día, de modo que es concebible representar esos cambios mediante sinuosidades de una curva en un gráfico multidimensional (o "[espacio de fase](#)") en el que cada variable necesaria para la descripción de los estados del sistema está representada por una dimensión del gráfico. Específicamente, cuando digo que esas familias son *estrechamente* homeostáticas, quiero significar que las sinuosidades de ese gráfico o de un determinado punto situado en el espacio de fase abarcará un volumen relativamente limitado". El sistema es homeostático en el sentido de que cuando se aproxima a los límites de sus zonas de libertad, la dirección de su senda, cambiará de tal manera, que las sinuosidades nunca cruzarán los límites.

-3.8.5)- Véase También.

- [Cibernética](#);
- [Cronobiología](#);
- [Ley de Lenz](#);
- [Osmorregulación](#);
- [Principio de Le Châtelier](#);
- [Realimentación](#);
- [Termorregulación](#).

-3.8.6)- Referencias. [[editar](#)]

1. [Volver arriba ↑ ὁμοιος](#), Henry George Liddell, Robert Scott, *A Greek-English Lexicon*, on Perseus.
2. [Volver arriba ↑ στάσις](#), Henry George Liddell, Robert Scott, *A Greek-English Lexicon*, on Perseus.

3. [Volver arriba ↑](#) W. B. Cannon. (1926). *"Physiological regulation of normal states: some tentative postulates concerning biological homeostatics."* In: A. Pettit (ed.). *A Charles Richet : ses amis, ses collègues, ses élèves*, p. 91. Paris: Éditions Médicales.
4. [Volver arriba ↑](#) Cannon WB. (1929). «*Organization For Physiological Homeostasis*». *Physiol Rev.* 9: 399–431.
5. [Volver arriba ↑](#) Cannon WB. título=*The Wisdom of the Body* (1932). W. W. Norton & Company, Inc., New York. Falta el |título= ([ayuda](#))
6. [Volver arriba ↑](#) Karl Ludwig von Bertalanffy: ... *aber vom Menschen wissen wir nichts*, English title *Robots, Men and Minds*, translated by Dr. Hans-Joachim Flechtner. Page 115. Econ Verlag GmbH (1970), Düsseldorf, Wien. 1st edition.
7. [Volver arriba ↑](#) Langley L.L (1982). *homeostasis*. Madrid: alhambra. pp. 6–8.

-3.8.7)- Bibliografía.

- Barmaimon Enrique, Tratado de Neuroanatomía Funcional. 3 volúmenes. Ed. EDUSMP.(1984).Lima, Perú.
- Enrique Barmaimon. Envejecimiento. Ed. Virtual. (2011).1ªEd. Montevideo Uruguay.
- Barmaimon Enrique. Libro Historia de la Anestesia, la Reanimación y los Cuidados Intensivos. 4 Tomos.(1984).1ªEd. Virtual. Montevideo, Uruguay.
- 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/>).

-3.8.8)-Enlaces Externos[[editar](#)]

-  [Wikimedia Commons](#) alberga contenido multimedia sobre [Homeostasis](#).
-  [Wikcionario](#) tiene definiciones y otra información sobre [homeostasis](#).
- El [Diccionario de la Real Academia Española](#) tiene una definición para [homeostasis](#).
- [Homeostasis biology-innovation.co.uk](#).

 <https://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=Homeostasis&oldid=87752069>»

Categorías:

- [Cibernética](#);
- [Fisiología animal](#);
- [Psicología](#);
- [Términos médicos](#).

- Esta página fue modificada por última vez el 13 diciembre 2015 a las 01:16.

-3.9)- NECESIDADES.

-(De Wikipedia, la enciclopedia libre).-

-En un sentido amplio, una *necesidad* es aquello que resulta indispensable para vivir en un estado de [salud](#) plena. Las necesidades se diferencian de los [deseos](#), en que el hecho de no satisfacerlas, produce unos resultados negativos evidentes, como puede ser una disfunción o incluso el fallecimiento del individuo. Pueden ser: De carácter fisiológico, como: respirar, hidratarse o nutrirse , que son objetivas; o de carácter psicológico, como la autoestima, el amor o la aceptación . que son subjetivas.

.En función de su disponibilidad, se puede distinguir entre necesidades libres y necesidades económicas: Las necesidades libres son aquellas que se cubren sin esfuerzo, dada su gran abundancia : la luz solar, el aire, etc.; mientras que las necesidades económicas, se satisfacen a partir de una serie de esfuerzos : sembrar, cosechar, construir, etc.).

. En economía, las necesidades se consideran infinitas e insaciables, abarcando todo aquello que hace falta para vivir en condiciones óptimas.¹ .

.En el [marketing](#) y los [recursos humanos](#), una necesidad para una [persona](#) es una sensación de carencia, unida al deseo de satisfacerla. Por ejemplo, la [sed](#), el [hambre](#) y el [frío](#), son sensaciones que indican la necesidad de: [agua](#), [alimento](#) y [calor](#), respectivamente.

-"Las necesidades son la expresión de lo que un ser vivo requiere indispensablemente, para su conservación y desarrollo. En psicología, la necesidad es el sentimiento ligado a la vivencia de una carencia, lo que se asocia al esfuerzo orientado a suprimir esta falta, a satisfacer la tendencia, a la corrección de la situación de carencia."

-Un *deseo* es una necesidad que toma la forma de un producto, marca o empresa. Por ejemplo, si se tiene sed y se siente la necesidad de hidratarse, se *desea* un vaso de agua para satisfacer dicha necesidad.

. Las necesidades no se crean, □ Lo que se crea o fomenta es el deseo. El papel del [marketing](#) es detectar necesidades, que puedan transformarse en oportunidades de negocio, producir satisfactores de productos y/o servicios, y despertar el deseo por dichos productos o servicios; es decir convencer al consumidor, que la mejor opción para satisfacer dicha necesidad es el satisfactor desarrollado por la empresa.

.Para una [organización](#), una necesidad es aquello que precisa para cumplir o alcanzar un objetivo determinado.

-Índice:

-3.9)- NECESIDADES.

-3.9.1)- [Características](#).

-3.9.2)- [Microeconomía](#).

-3.9.3)- [Derecho](#).

-3.9.4)- [Véase También](#).

-3.9.5)- [Referencias](#).

-3.9.6)- [Enlaces Externos](#).

-3.9.1)- Características.

-Son ilimitadas en cuanto a número: Porque a medida que progresa y avanza el mundo,, van surgiendo nuevas necesidades, y por lo tanto el hombre va adquiriendo mayores necesidades.

Prof. Dr. Enrique BARMAIMON. Año 2016. 1ª Ed. Virtual. Tomo II. Montevideo, Uruguay.

.Son limitadas en capacidad: Cuando el hombre satisface completamente sus necesidades, llegando su organismo a un estado de tope, que es imposible pasar, porque de lo contrario pondríamos en evidente peligro nuestra salud, como por ejemplo comer en exceso.

.Son concurrentes o excluyentes: Cuando el hombre se le presentan dos o más necesidades al mismo tiempo, y como no es posible satisfacerlas en forma simultánea, entonces el hombre prioriza, aplacando primero las más urgentes o apremiantes, y después las de menor urgencia.

-Son complementarias: Cuando la satisfacción de una necesidad implica forzosamente la satisfacción de otras, que son indispensables para la primera. Por ejemplo la necesidad de alimentarse, implica la necesidad de contar con: vajilla, cocina, mesa, sillas, etc.

.Son sustituibles: Puesto que hay diversas formas de satisfacer una misma necesidad. Por ejemplo, tengo la necesidad de recrearme asistiendo al cine, pero como se agotaron las entradas, rentare la película y la veré en casa.

.Tienden a fijarse: Porque una vez satisfecha una necesidad que antes no teníamos, se puede convertir en un hábito o costumbre, en nuestra vida venidera. Por ejemplo, años atrás el uso del celular no era tan común, y ahora es prácticamente imprescindible para todos.

.Varían en intensidad: Cuando las mismas necesidades se nos presentan con un mayor apremio o urgencia. Por ejemplo, en verano sentimos una mayor necesidad de ir a la playa, que en invierno.

-3.9.2)- Microeconomía.

-Características de las necesidades:

-Esenciales:

- Calidad: Cuando se habla de calidad como característica esencial de la necesidad, debe entenderse que se refiere al conocimiento innegable, que el sujeto posee sobre el bien genérico y útil o adecuado que ha de satisfacerla.
- Cantidad: Supone que el sujeto puede inferir por tanteo, y aún medir con cierta precisión, qué cantidad de bienes, serán necesarios para saciar su necesidad.

-Ocasionales:

- Intensidad: La necesidad será más intensa, en la medida en que el problema parezca más complejo o sean menores las posibilidades de satisfacerla.

-3.9.3)- Derecho.

-En el [Derecho](#): la necesidad tiene relevancia en varias situaciones. Por ejemplo, en la cuestión de las [prestaciones de alimentos](#), uno de los elementos que toman en cuenta las leyes de cada país, para determinar la existencia de la obligación a prestarlos y el monto de los mismos, son las necesidades que tiene la persona beneficiaria de los alimentos.

.El [estado de necesidad](#) de la persona puede ser una causa de eximición (exonerar) de [responsabilidad penal](#) y [civil](#).

-3.9.4)- Véase También.

- [Supervivencia](#);
- [Deshidratación](#).

-3.9.5)- Referencias.

1. [Volver arriba ↑ \[1\]](#)

-3.9.6)- Enlaces Externos.

-  [Wikiquote](#) alberga frases célebres de o sobre [Necesidad](#).

Obtenido de «<https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Necesidad&oldid=86811287>»

Categorías: [Mercadotecnia](#).

- Esta página fue modificada por última vez el 12 noviembre 2015 a las 01:41.

-3.10) -COMPORTAMIENTO o CONDUCTA.

-(De Wikipedia, la enciclopedia libre).

-En [psicología](#), [antropología](#) y [biología](#), comportamiento es la manera de proceder, que tienen las personas u [organismos](#), en [relación](#) con su [entorno](#) o mundo de [estímulos](#).

.El comportamiento puede ser [consciente](#) o [inconsciente](#); [voluntario](#) o involuntario; público o privado, según las circunstancias que lo afecten.

.La ciencia que estudia la conducta y el comportamiento animal es la [etología](#), y la ciencia que estudia la conducta desde el punto de vista de la [evolución](#) es la [ecología del comportamiento](#).

-Índice:

--3.10) -COMPORTAMIENTO o CONDUCTA.

-3.10.1)- [Delimitación del Término](#).

-3.10.2) [Comportamiento en psicología](#) .

-3.10.2.1)- [Conducta](#).

-3.10.2.2)- [Aspectos Psico-sociales](#).

-3.10.3)- [Comportamiento en Psicología](#).

-3.10.4)- [Comportamiento de los Sistemas Sociales](#) .

-3.10.4.1)- [Agrupaciones y Sociedades](#).

-3.10.4.2)- [Costes y Beneficios de Vivir en Grupo](#).

-3.10.4.3)- [Las Adaptaciones a la Vida en Grupo](#).

-3.10.5)- [Conducta Formal](#).

-3.10.6)- [Realización Voluntaria](#).

-3.10.7) [Comportamiento del Consumidor](#).

-3.10.8)- [Véase También](#).

-3.10.9)- [Referencias](#)

-3.10.10)- [Bibliografía](#)

-3.10.11)- [Enlaces Externos](#)

-3.10.1)- Delimitación del Término. .

-El comportamiento de las especies es estudiado por la [etología](#) que forma parte tanto de la [biología](#), como de la [psicología experimental](#). En psicología, el término sólo se aplica respecto de animales con un sistema cognitivo suficientemente complejo.

.En [ciencias sociales](#) el comportamiento incluye además de aspectos psicológicos, aspectos [genéticos](#), [culturales](#), [sociológicos](#) y [económicos](#).

-En el habla común, no en el discurso científico, el término "comportamiento" tiene una connotación definitoria. A una persona, incluso a un grupo social, como suma de personas, se les define y clasifica por sus comportamientos, quizás más que por sus ideas, y esto ya sirve para fijar las expectativas al respecto.

-3.10.2)- Comportamiento en Psicología.

-Técnicamente, en psicología, el comportamiento se define de dos maneras:

1. Todo lo que un organismo hace frente al medio.
2. Cualquier interacción entre un organismo y su ambiente.

.El comportamiento en un ser humano individual y otros organismos e incluso [mecanismos](#), se engloba dentro de un rango, siendo algunos comportamientos comunes, y algunos inusuales.

.Las teorías explicativas generales sobre el origen de la conducta agresiva/violenta en el ser humano, pueden aplicarse para tratar de entender, el comportamiento violento del adolescente en la escuela.

. Todos estos acercamientos se agrupan en dos grandes líneas teóricas: las teorías activas o innatistas, y las teorías reactivas o ambientales.

. Las teorías activas o innatistas consideran que la agresividad, es un componente orgánico o innato del individuo, elemental para su proceso de adaptación; desde esta perspectiva se considera que la agresión, tiene una función positiva, y que la labor de la educación consiste fundamentalmente en canalizar su expresión hacia conductas socialmente aceptables.

. Por otro lado, las teorías reactivas o ambientales, resaltan el papel del medio ambiente y la importancia de los procesos de aprendizaje, en la conducta violenta del ser humano.

-3.10.2.1)- Conducta.

-La conducta de un espécimen biológico está formada por patrones de comportamiento estables, mediados por la evolución, resguardada y perpetuada por la genética.

.Esta conducta se manifiesta a través de sus cualidades adaptativas, dentro de un contexto o una comunidad. Es un indicador observable, físico de los procesos internos del individuo.

-3.10.2.2)- Aspectos Psico-sociales.

-La aceptación social de un comportamiento es evaluada por las normas sociales y regulada por varios medios de control social.

.El comportamiento de la gente es estudiado por varias disciplinas, incluyendo la psicología, la sociología y la antropología, en el caso del comportamiento humano, y la Etología ampliando su estudio a todo el Reino Animal.

-3.10.3)- Comportamiento en Psicología.

-La conducta violenta en la escuela denota algunas características propias de todo comportamiento violento presente en un contexto social cualquiera, de este modo se señala al estudiante violento/agresivo, como un sujeto cuyas conductas son desadaptativas, ya que supone el incumplimiento de normas escolares y sociales, que rigen la interacción en el centro educativo, con la expresión de diversas conductas punitivas, de esta manera se señalan una serie de factores, que inciden a que estas conductas se mantengan o desaparezcan;(Marín, 1997 citado por Ramos, 2007).

Prof. Dr. Enrique BARMAIMON. Año 2016. 1ª Ed. Virtual. Tomo II. Montevideo, Uruguay.

-Según la teoría ecológica propuesta por Bronfenbrenner (1979, citado por García, 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.

-3.10.4)- Comportamiento de los Sistemas Sociales.

-La estructura social es el patrón de relaciones, posiciones y número de personas que conforman la organización social de una población, ya sea un grupo pequeño, o toda una sociedad.

.Las relaciones se dan siempre que las personas se implican en patrones de interacción continuada relativamente estables.

. Las posiciones ([estatus social](#)) consisten en lugares reconocidos en la red de relaciones sociales, que llevan aparejadas expectativas de comportamiento, llamadas roles.

. Normas y reglas son impuestas para garantizar que se viva a la altura de las expectativas del [rol social](#), y se imponen sanciones positivas y negativas para asegurar que se cumplan.

. Las normas y reglas son la expresión observable de los valores de un sistema social particular.

.Los roles, normas y valores deben integrarse en un sistema, para que éste sea completamente funcional.

-3.10.4.1)- Agrupaciones y Sociedades.

-Dentro de la mayoría de los grupos de animales, hay diversas especies cuyo único objetivo, es juntarse o conseguirse parejas con la finalidad de reproducirse, mientras que otros forman agrupaciones relativamente estables.

.Estas congregaciones suelen ser meramente uniones temporales para conseguir algún propósito en general , o agrupaciones permanentes dentro de las cuales se desarrolla todas las actividades, como: desplazarse, buscar alimento, reproducirse, entre otras cosas.

.Las especies gregarias son aquellas en la que los individuos forman agrupaciones inconsistentes, dentro de las cuales existe la posibilidad de permanecer o no, dependiendo de sus intereses, los cuales a su vez dependen estrictamente de la relación entre costos y beneficios, que involucra estar en el grupo.

.En las especies sociales, los individuos se relacionan entre ellos de una forma más precisa y continua, y con frecuencia los grupos están constituidos sobre todo por relativos.-

-Edward Wilson 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 (Wilson, 1975).

.Este escrito despertó una gran controversia, principalmente por el último capítulo el cual iba dedicado a la especie humana, donde el autor fue criticado, debido a que su capítulo suponía haber promovido una ideología, que defendía el racismo, el machismo, las diferencias sociales, el genocidio, la violación, etc.

.Tras tres décadas de enfrentamiento, la historia ha dictado sentencia: la socio biología ha triunfado.

. Los socio biólogos han avanzado a pasos agigantados, no sólo en la explicación de los comportamientos sociales de muchas especies, sino también descubriendo gran variedad de estrategias y conductas, que implican la actuación conjunta de individuos organizados en grupos, los cuales no se sospechaba que pudieran existir.

.Un claro ejemplo se encuentra dentro del comportamiento de los microorganismos, debido a que se manifiesta de forma compleja, ya que no solo incluye la cooperación entre individuos, sino también complejas redes de comunicación entre ellos, a la hora de realizar actividades como: búsqueda de alimento, reproducción.

-3.10.4.2)- Costes y Beneficios de Vivir en Grupo.

-Los principales costes y beneficios asociados a la vida en grupo, se reconocen conforme a los beneficios, y en otras a los costes, pero lo más normal, es que en cualquier especie el gregarismo sea el resultado evolutivo de la relación entre los costes y beneficios.

.A veces se agrupan individuos que pertenecen a especies diferentes, estos bandos mixtos a menudo disfrutan de las ventajas que aportan las diferentes capacidades de cada una de las especies.

-3.10.4.3)- Las Adaptaciones a la Vida En Grupo.

-Puesto que vivir juntos implica grandes costes, se podría pronosticar que durante la evolución de vida solitaria a vida colonial, se van a desarrollar ajustes que faciliten esta transición, y que contribuyan a mantenerla.

.Para ilustrar algunas de esas adaptaciones tenemos que ver en detalle uno de los costes más generalizados que tienen que soportar los individuos que viven en un grupo: un riesgo mayor de transmisión de enfermedades y parásitos.

. Su resultado se ha demostrado en muchas especies, y no sólo a nivel descriptivo, sino también a nivel experimental.

.En un estudio realizado por el autor José Luis Tella, de la Estación Biológica de Doñana (Sevilla), se comparó la cantidad y la variedad de parásitos sanguíneos entre parejas de aves próximas, la mayoría del mismo género, donde una es solitaria y la otra es gregaria. Se obtuvieron resultados que comprobaban que las especies gregarias tenían un mayor riesgo de transmisión de parásitos sanguíneos y estaban sometidas al ataque de una mayor variedad de ellos.

.Al comparar parejas de especies próximas, se puede sacar la conclusión de que la transición evolutiva desde la vida solitaria a la vida en grupo, conlleva un riesgo elevado de infección por parásitos sanguíneos..I. (Tella, 2002) .

.La presión selectiva que ejercen los parásitos sobre sus anfitriones es tan importante, que no es raro que el augurio al que nos referíamos antes, se haya comprobado en muchas especies.

. Si en estas especies gregarias o coloniales, el riesgo de infección es tan importante que obliga a invertir mucho en mejorar el sistema inmune, ¿qué pasaría en las especies sociales que viven en grandes aglomeraciones y en hábitáculos cerrados?.

. Ciertamente, viven en las condiciones óptimas para favorecer la transmisión de parásitos, pero también es cierto que en estas sociedades de insectos, que evolucionaron hace muchos millones de años, se podría predecir que han debido de desarrollarse características especiales, que disminuyan los costes de vivir en esas condiciones de hacinamiento.

.Es más se ha comprobado que en insectos sociales, se produce una relación entre densidad y población y transmisión de parásitos, inversa a la de otras especies.

-3.10.5)- Conducta Formal.

-Una conducta humana se considera formal, cuando en el comportamiento se cumplen una serie de reglas reconocidas como valiosas en una comunidad o sociedad.

. En las sociedades occidentales, por ejemplo, se considera formal ser explícito, determinado,

preciso, serio, puntual. Esta palabra tiene su base en la aplicación principalmente en la conducta que tienen las personas con respecto a sus valores.

-3.10.6)- Realización Voluntaria.

-La realización voluntaria es la habilidad para construir la conducta propia, en correspondencia con las exigencias de la situación concreta, anticipando los resultados intermedios y finales de la acción, y seleccionando los medios adecuados. Los rasgos de los procesos voluntarios contemplan la orientación, ejecución y control.

-3.10.7)- Comportamiento del Consumidor.

-Teoría del consumidor.

-El estudio del comportamiento del consumidor está enfocado en la forma en que los individuos toman decisiones para gastar sus recursos disponibles : tiempo, dinero y esfuerzo, en artículos relacionados con el consumo.

. En economía la descripción del comportamiento del consumidor, se conoce como teoría del consumidor. Cada escuela de pensamiento económico se ha basado en supuestos diferentes, para describir el comportamiento del consumidor prototípico de cada mercado. En general la teoría del consumidor trata de responder a las siguientes cuestiones:

1. Dados los recursos monetarios del consumidor y un cierto vector de precios, qué bienes escogerá consumir, y en qué proporciones relativas.
2. Cuándo elegirá consumirlos, y qué porcentaje de su renta, decidirá gastar en el período en curso, y qué porcentaje preferirá ahorrar para consumos futuros.

-3.10.8)- Véase También.

- Adaptación social;
- Comportamiento social;
- Control social;
- Costumbre;
- Ecología del comportamiento - Etología;
- Antropología;
- Psicología;
- Zona de confort.

-3.10.9)- Bibliografía.

- Costes y beneficios de vivir en grupo. Fuente: tomado principalmente de Alcock (1993), Krebs y Davies (1993) y Dockery y Reiss (1999)
- Alcock, J. (1993): Animal behaviour:An evolutionary approach. Sinahuer Associates, Sunderland.
- Davies, N.B. (1992): Dunnock Behaviour and social evolution. Oxford University Press, Oxford.
- Shiffmany, Kanuk. Introducción al comportamiento del consumidor
- Dockery, M y Reiss, M. (1999): Behaviour. Cambridge University Press, Cambridge.
- Krebs, J.R. y Davies, N. B. (1993): An introduction to behavioral ecology. Black-well Scientific Publications, Oxford.

Prof. Dr. Enrique BARMAIMON. Año 2016. 1ª Ed. Virtual. Tomo II. Montevideo, Uruguay.

- Ramos, J. (2007) Violencia escolar. Un análisis exploratorio. Programa de doctorado desigualdades e intervención social . Universidad Pablo de Olavide .Sevilla, España.Tercera edición.
- Barmaimon Enrique, Tratado de Neuroanatomía Funcional. 3 volúmenes. Ed. EDUSMP.(1984).Lima, Perú.
- Enrique Barmaimon. Envejecimiento. Ed. Virtual. (2011).1ªEd. Montevideo Uruguay.
- Barmaimon Enrique. Libro Historia de la Anestesia, la Reanimación y los Cuidados Intensivos. 4 Tomos.(1984).1ªEd. Virtual. Montevideo, Uruguay.
- 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/>).

-3.10.10)- Enlaces externos.

-  [Wikimedia Commons](#) alberga contenido multimedia sobre [Comportamiento](#).
-  [Wikiquote](#) alberga frases célebres de o sobre [Comportamiento](#).
-  [Wikcionario](#) tiene definiciones y otra información sobre [comportamiento](#).

Obtenido de «<https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Comportamiento&oldid=87667368>»

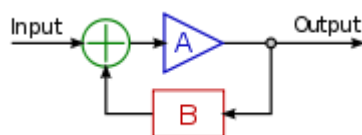
Categorías:

- [Comportamiento](#)
- [Antropología](#).
- Esta página fue modificada por última vez el 9 dic 2015 a las 11:10.

-3.11)-REALIMENTACIÓN.

-(De Wikipedia, la enciclopedia libre).

- véase [Feedback \(desambiguación\)](#).



-Esquematización de realimentación: La realimentación^{1 2}, también referida de forma común como *retroalimentación*³, es un mecanismo por el cual una cierta proporción de la salida de un [sistema](#), se redirige a la entrada, con objeto de [controlar](#) su comportamiento.¹ La realimentación se produce cuando las salidas del sistema o la retroalimentación.

.Los ejemplos de la realimentación se pueden encontrar en la mayoría de los [sistemas](#) complejos, tales como: [ingeniería](#), [arquitectura](#), [economía](#), y [biología](#), y tienen su base en el [proceso administrativo](#), donde el control es una etapa cualitativa y cuantitativa, que sirve en la

base para la fase de planeación. [Arturo Rosenblueth](#), investigador mexicano y médico en cuya obra "*Behavior, Purpose and Teleology*" ("comportamiento, propósito y teleología"), de acuerdo con [Norbert Wiener](#), que fijó las bases para la nueva ciencia de la cibernética, y propuso que el comportamiento controlado por la [realimentación negativa](#), aplicada a un animal, al [ser humano](#) o a las [máquinas](#), era un principio determinante y directivo, en la [naturaleza](#) o en las creaciones humanas.

-Índice:

-3.11)-REALIMENTACIÓN.

-3.11.1)- [Historia](#)

-3.11.1.1)- [Aspecto Social](#).

-3.11.1.2)- [Aspecto Tecnológico](#).

-3.11.1.3)- [Aspecto Político-económico](#).

-3.11.2)- [Lazo Abierto y Cerrado](#).

-3.11.3)- [Visión General](#).

-3.11.4)- [Realimentación Positiva y Realimentación Negativa](#).

-3.11.4.1)- [Sistemas Abiertos y Sistemas Cerrados](#).

-3.11.5)- [Tipos de Realimentación](#)

-3.11.5.1)- [Realimentación negativa](#)

-3.11.5.2) [Realimentación Positiva](#).

-3.11.6)- [Norbert Wiener](#).

-3.11.7)- [Principales Aportes de la Realimentación](#).

-3.11.8)- [Véase También](#).

-3.11.9)- [Referencias](#).

-3.11.1)- Historia.

-3.11.1.1)- Aspecto Social.

-Durante la [Segunda Guerra Mundial](#), trabajó para las [Fuerzas Armadas de los Estados Unidos](#) , en un proyecto para guiar a la artillería antiaérea de forma automática, mediante el empleo del radar. El objetivo del proyecto era predecir la trayectoria de los bombarderos, y con ello orientar adecuadamente los disparos de las baterías, mediante correcciones basadas en las diferencias entre trayectoria prevista y real, conocidas como innovaciones del proceso. Como resultado de los descubrimientos realizados en este proyecto, introduce en la ciencia los conceptos de realimentación, y de cantidad de [información](#), con lo que se convierte en precursor de la teoría de la [comunicación](#) o la [psicología cognitiva](#).

--3.11.1.2)- Aspecto Tecnológico.

-La palabra [cibernética](#) podría significar ciencia de los mandos. Estos mandos son estructuras con elementos especialmente electrónicos, y en correlación con los mecanismos, que regulan la [psicología](#) de los seres vivos y los sistemas sociales humanos; y a la vez que permiten la [organización](#) de [máquinas](#) capaces de reaccionar y operar con más precisión y rapidez, que los [seres vivos](#), ofreciendo posibilidades nuevas, para penetrar más exactamente las leyes que regulan la vida general y especialmente la del [ser humano](#) en sus aspectos psicológicos, económicos, sociales etc..

-3.11.1.3)- Aspecto Político-económico.

-En vísperas de la [Segunda Guerra Mundial](#), sus investigaciones acerca de robots e ingenios automáticos, que pudieran reemplazar o sustituir con ventaja a los combatientes, sentaron los fundamentos de una nueva ciencia: la [cibernética](#), vocablo adoptado por Wiener en el año [1947](#), que procede del griego Kybernetes, es decir, piloto o timonel.

.Durante el periodo de la depresión en [1929](#), se desarrollaron grupos de investigación que estudiaban las actitudes y preferencias del consumidor; en esta etapa se inicia la [industria](#) de la investigación del [marketing](#).

. Después de la Segunda Guerra Mundial, la [publicidad](#) por televisión creció rápidamente, y con el tiempo alcanzó su estado actual, como el medio más grande de la publicidad en cuanto a los ingresos por este concepto.

. En la prosperidad de la posguerra, a fines de los años cuarenta y principios de los cincuenta, aparecieron una revolución creativa de anuncios, que se centraban en las características del producto, que significaban: aceptación social, estilo, lujo y éxito. Surgieron así los gigantes de la industria: Leo Burnett, David Ogilvy y Bill Bernbach, que partieron de cero al fundar sus agencias, y que cambiaron para siempre la forma de planear y crear la [publicidad](#).^{4 5}.

-3.11.2)- Lazo Abierto y Cerrado.

-Existen dos tipos de sistemas principalmente: Los no realimentados o de lazo abierto, y los realimentados o de lazo cerrado.

.El lazo cerrado funciona de tal manera, que hace que el sistema se realimente, es decir que la salida vuelve al principio, para que analice la diferencia, y en una segunda opción ajuste más, así hasta que el error sea 0.

.Cualquier concepto básico que tenga como naturaleza una cantidad controlada, como por ejemplo: [temperatura](#), [velocidad](#), [presión](#), [caudal](#), [fuerza](#), [posición](#), [cuplas](#), etc., son parámetros de control de lazo cerrado.

. Los sistemas de lazo abierto, no se comparan a la variable controlada con una entrada de referencia. Cada ajuste de entrada, determina una posición de funcionamiento fijo en los elementos de control.

-3.11.3)- Visión General.

-La realimentación es un [mecanismo](#), un proceso donde una señal se propaga dentro de un [sistema](#), desde su salida hacia su entrada, formando un bucle. Este bucle se llama "bucle de realimentación". En un sistema de control, éste tiene entradas y salidas del sistema; cuando parte de la señal de salida, reingresa de nuevo, y se le llama "realimentación". La realimentación y la autorregulación están íntimamente relacionadas.

.La [realimentación negativa](#), que es la más común, ayuda a mantener la estabilidad en un [sistema](#), a pesar de los cambios externos. Se relaciona con la [homeostasis](#).

.La [realimentación positiva](#) amplifica las posibilidades creativas : evolución, cambio de metas); siendo la condición necesaria para incrementar: los cambios, la evolución, o el crecimiento.

.Da al sistema la capacidad de tener acceso a nuevos puntos del equilibrio. Por ejemplo, en un organismo vivo, la más potente realimentación positiva, es la proporcionada por la autoexcitación rápida de elementos del [sistema endócrino](#) y nervioso , particularmente, como respuesta a condiciones de estrés, desempeñando un papel dominante en la regulación: de la [morfogénesis](#), del crecimiento, y del desarrollo de los órganos.

.Todos estos procesos son con el fin de salir rápidamente del estado inicial. La [homeostasis](#) es especialmente visible, en los sistemas nerviosos, enzimáticos, y endocrinos, cuando se considera esto a un nivel orgánico.

-3.11.4)- Realimentación Positiva y Realimentación Negativa.

-La [realimentación negativa](#) caracteriza la [homeostasis](#) y desempeña un papel importante en conseguir y mantener la estabilidad de las relaciones.

- La [realimentación positiva](#) conduce al cambio, es decir, la pérdida de estabilidad o equilibrio.

--3.11.4.1)- Sistemas Abiertos y Sistemas Cerrados.

-En ambos casos, parte de la [salida](#), cualquier [sistema](#) de salida de [información](#) de un ordenador, del [sistema](#) se vuelve a introducir en el sistema, como información sobre la salida.

.La diferencia es que en el caso de [realimentación negativa](#), la información se utiliza para reducir la variación, en cuanto a una norma preestablecida : por eso se le llama negativa; mientras que en el caso de realimentación positiva, la misma información opera como medida para ampliar, donde la variación en la salida, es por tanto, positiva, en cuanto a la tendencia existente hacia la inmovilidad o turbación.

-Las relaciones humanas pueden considerarse como "bucles de realimentación". La realimentación negativa y positiva, es más compleja en los sistemas abiertos que en los sistemas cerrados, en los que la [homeostasis](#), más que cambio o crecimiento es la norma. . En los sistemas abiertos, la realimentación puede utilizarse para consolidar el sistema mediante realimentación positiva, que confirma que el *feedforward* del sistema es correcto; o para cambiar el sistema, mediante realimentación negativa que confirma que el *feedforward* del sistema es incorrecto.

.La realimentación positiva produce el mantenimiento o incremento del [sistema](#) existente, mientras que la [realimentación negativa](#) produce cambio en el sistema.

.En los sistemas cerrados, los cambios se producen en las relaciones internas, un cambio a nivel, según el modelo de Bateson.

.Sin embargo, en los sistemas abiertos, hay la posibilidad añadida de un cambio en el [sistema](#) en sí, un cambio a nivel II.

.La realimentación ha sido descrita como el secreto de la actividad natural de los sistemas que se autorregulan, sistemas con realimentación, que requieren de una [filosofía](#) propia, en la que los conceptos de patrón e [información](#), son tan esenciales, como fueron los de materia y energía al comienzo del siglo.⁶.

-3.11.5)- Tipos de Realimentación.

.1. Realimentación positiva: Cuando sale del [sistema](#), la cual tiende a aumentar la señal de salida, o actividad. Ej.: jugando al truco, uno mezcla y luego otro corta, sabe lo que tienen que hacer, si no lo hace, está saliendo del sistema, lo está cortando. Es cuando la norma se muestra ineficaz y hay que cambiarla.

2. Realimentación negativa: Es la que mantiene el sistema funcionando. Devuelve al [emisor](#) toda la [información](#), que necesita para corregir la pauta de entrada. Mantiene el sistema estable y que siga funcionando.

3. Realimentación bipolar: La cual puede aumentar o disminuir la señal o actividad de salida. La realimentación bipolar, está presente en muchos sistemas naturales y humanos. De hecho,

generalmente la realimentación es bipolar, es decir, positiva y negativa, según las condiciones medioambientales, que, por su [diversidad](#), producen respuestas sinérgicas y antagónicas, como respuesta adaptativa de cualquier sistema.⁷

-3.11.5.1)- Realimentación Negativa.

- [Realimentación negativa](#).

-Es la más utilizada en [sistemas de control](#). Se dice que un [sistema](#) está realimentado negativamente, cuando tiende a estabilizarse, es decir cuando nos vamos acercando a la orden de consigna hasta llegar a ella. Por ejemplos, son casos de realimentación negativa:

- Un [automóvil](#) conducido por una persona, en principio es un sistema realimentado negativamente; ya que si la [velocidad](#) excede la deseada, como por ejemplo en una bajada, se reduce la [presión](#) sobre el pedal, y si es inferior a ella, como por ejemplo en una subida, aumenta la presión, aumentando por lo tanto la velocidad del automóvil.
- Un sistema de [calefacción](#), está realimentado negativamente, ya que si la [temperatura](#) excede la deseada la calefacción, se apagará o bajará de [potencia](#), mientras que si no la alcanza, aumentará de fuerza o seguirá funcionando.

-3.11.5.2)- Realimentación Positiva.

- [Realimentación positiva](#).

-Es un mecanismo de realimentación por el cual una variación en la salida, produce un efecto dentro del [sistema](#), que refuerza esa tasa de cambio. Por lo general esto hace que el sistema no llegue a un punto de [equilibrio](#), sino más bien a uno de saturación. Es un [estímulo](#) constante. Por ejemplos, son casos de realimentación positiva:

- En un sistema electrónico. Los dispositivos [semiconductores](#) conducen mejor la corriente, cuanto mayor sea su temperatura. Si éstos se calientan en exceso, conducirán mejor, por lo que la corriente que los atraviese, será mayor porque se seguirán calentando hasta su destrucción, si no se evita con algún otro dispositivo, que limite o impida el paso de corriente.
- Si intercambiamos conectándose una [caldera de calefacción](#), a un sistema preparado para [aire acondicionado](#) (frío), cuando la temperatura suba, el sistema intentará bajarla, o sea se activará) a fin de llegar a la temperatura de consigna, que es más baja, pero encenderá la caldera, en lugar del aire acondicionado, por lo que la temperatura subirá aún más, en vez de estabilizarse, lo que volverá a provocar que la caldera siga funcionando cada vez con más fuerza.

-3.11.6)-Norbert Wiener.

-Profesor de [lógica matemática](#) en el [Instituto Tecnológico de Massachusetts](#), aunque, a lo largo de su vida, impartió cursos en numerosas universidades de otros países, como [México](#), [Gran Bretaña](#), [India](#), etc. Este dejó importantes obras: "*Cibernética: control y comunicación en el animal y en la máquina*" (1948), "*Matemáticas, mi vida*" (1961), "*Dios y Golem*" (1965) y "*Hombre y hombre máquina*" (1966).

.Entre los años [1920](#) y [1923](#), Wiener se preocupó por un fenómeno físico, sin demasiada importancia en esta [ciencia](#), el llamado [movimiento browniano](#), que se refiere al movimiento perpetuo, que tienen las partículas disueltas en un líquido, por ejemplo, raspaduras de roca en agua; dando un movimiento irregular que no parece responder a ninguna ley física.

.Construyó así una probabilidad que permitiría describir el fenómeno en términos matemáticos, en lo que se refiere a la [trayectoria](#) y [posición](#) de las partículas a través del tiempo. El trabajo de

Prof. Dr. Enrique BARMAIMON. Año 2016. 1ª Ed. Virtual. Tomo II. Montevideo, Uruguay.

Wiener sobre el movimiento browniano estableció un importante precedente, para hallar aplicaciones en [Física](#), [Ingenierías](#) y [Biología](#), y permitió formular un problema de cálculo de probabilidades, en términos de la medida de Lebesgue, que utilizaría diez años más tarde Kolmogorov, para la formalización del cálculo de probabilidades.

.En vísperas de la [Segunda Guerra Mundial](#), sus investigaciones acerca de robots e ingenios automáticos, que pudieran reemplazar o sustituir con ventaja a los combatientes, sentaron los fundamentos de una nueva ciencia: la [cibernética](#), vocablo adoptado por Wiener en el año [1947](#), y que procede del griego Kybernetes, es decir, piloto o timonel.

.Por tanto la palabra [cibernética](#), podría significar ciencia de los mandos. Estos mandos son estructuras con elementos especialmente electrónicos y en correlación con los mecanismos que regulan la psicología de los seres vivientes y los sistemas sociales humanos, y a la vez que permiten la organización de [máquinas](#), capaces de reaccionar y operar con más precisión y rapidez que los seres vivos, ofreciendo posibilidades nuevas para penetrar más exactamente las leyes, que regulan la vida general y especialmente la del hombre, en sus aspectos: psicológicos, económicos, sociales etc.

.Esta ciencia, muy compleja, estudia, valiéndose para ello de las [matemáticas](#), la [física](#), la [sociología](#), la [neurofisiología](#), etc., "los mecanismos de control y de [comunicación](#) en los seres vivos y en las [máquinas](#)".

.Así, del estudio del [sistema nervioso](#), se ha derivado la noción fundamental de realimentación, que permite la autocorrección de un motor mediante la [información](#) que le es enviada utilizando parte de la [energía](#) producida por él mismo : servomecanismo.

. Una de las definiciones más acertadas de esta [ciencia](#), es la debida a Conffignal, quien define la [cibernética](#) como "el arte de hacer eficaz la acción". Si echamos una mirada a nuestro alrededor, no cabe duda de que hoy en día es así: "robots-obreros" en las fábricas; "analistas" en los laboratorios; "pilotos automáticos" en los aviones, etc. Por ello, a nuestra época se la ha llamado era de la [cibernética](#), cuyo "padre" fue [Norbert Wiener](#).

-3.11.7)- Principales Aportes de la Realimentación.

- Es un dispositivo que vuelve a hacer un efecto sobre uno de sus causas, capacitándose así para cumplir con una determinada finalidad. Las diferencias entre los efectos real e ideal, se transforman en [energía](#), que se vuelve a introducir en el mecanismo, y tiende a anular las diferencias iniciales, que pusieron en marcha el sistema original.
- Hasta la llegada de la [cibernética](#), según Bateson uno de los dos acontecimientos de mayor influencia en el siglo XX, los modelos de causalidad, eran casi siempre lineales. .En la ciencia prevalecía una polémica epistemológica, entre el determinismo y la [teleología](#). En términos simplificados las dos posturas representaban el conflicto entre las causas iniciales o el resultado final , como elemento dominante al influir sobre los estados intermedios. La [física](#) tendía hacia la primera postura; la [biología](#) hacia la segunda.

-En cuanto al estudio de las personas, dice Watzlawick:

- Para volver una vez más al estudio del ser humano, el [psicoanálisis](#) evidentemente pertenece a la escuela determinista, mientras, por ejemplo la [psicología analítica](#) de Jung, se basa en gran medida en la asunción de una entealequia o principio [teleológico](#), inmanente en el hombre.

- La aparición de la [cibernética](#) cambió todo esto, demostrando que los dos principios pueden juntarse dentro de un marco más comprensivo. Este enfoque se hizo posible por el descubrimiento de la realimentación.
- La realimentación puede ser positiva o negativa. Esta última caracteriza la [homeostasis](#) ,y desempeña un papel importante en conseguir y mantener la estabilidad de las relaciones.
- La realimentación positiva en cambio, conduce al cambio, es decir, la pérdida de estabilidad o equilibrio. En ambos casos, parte de la "salida" del [sistema](#), se vuelve a introducir en el sistema como [información](#) sobre la salida.
- La diferencia es que en el caso de realimentación negativa, la información se utiliza para reducir la variación, en cuanto a una norma preestablecida , por eso se le llama "negativa" ; mientras que en el caso de la realimentación positiva, la misma información opera como medida para ampliar. La variación en la salida es, por tanto, positiva en cuanto a la tendencia existente hacia la inmovilidad o turbación.
- Las relaciones humanas pueden considerarse como "bucles de realimentación" . La realimentación negativa y positiva es más compleja en los sistemas "abiertos", que en los sistemas "cerrados", en los que la [homeostasis](#) , más que "cambio" o "crecimiento", es la norma.
- En los sistemas abiertos la realimentación puede utilizarse para consolidar el sistema, mediante realimentación positiva que confirma que el "feedforward" del sistema, es correcto; o para cambiar el sistema , mediante realimentación negativa, que confirma que el *feedforward* del sistema es incorrecto. La realimentación positiva produce el mantenimiento o incremento del sistema existente, mientras que la realimentación negativa produce cambio en el sistema.
- En los sistemas cerrados los cambios se producen en las relaciones internas , un cambio a nivel I según el modelo de Bateson. Sin embargo, en los sistemas abiertos, hay la posibilidad añadida de un cambio en el sistema en sí.
- La realimentación ha sido descrito como el secreto de la actividad natural. Los sistemas que se autorregulan , sistemas con realimentación , requieren de una filosofía propia en la que los conceptos de patrón e información son tan esenciales, como fueron los de [materia](#) y [energía](#) al comienzo del siglo.

-WEINBERG (1959) Dice lo siguiente de la cibernética: "La [cibernética](#) nació durante la [segunda guerra mundial](#) de los esfuerzos del matemático [Norbert Wiener](#) y del fisiólogo [Arturo Rosenblueth](#) para resolver el problema urgente de diseñar un cañón antiaéreo que pudiera derribar los aviones muy veloces. Antes de la invención de los aviones de alta [velocidad](#), el problema de apuntar y disparar contra un blanco en movimiento fue relativamente sencillo. Por un lado la velocidad del blanco había sido tan reducida, en comparación con la velocidad del [proyectil](#), como para descontarla pero este ya no era el caso.

.Por otra parte, los reflejos humanos ya no eran lo suficientemente rápidos como para disparar contra tan veloz blanco y derribarlo. Evidentemente se tenía que ceder la tarea a una [máquina](#). Se hizo patente en seguida que las máquinas computadoras de aquel entonces, no estaban a la altura de la tarea, y que hacía falta una máquina que funcionase por un principio nuevo. Este nuevo principio resultó ser uno antiguo, pero relativamente ignorado , la realimentación.

. La había utilizado [James Watt](#) en su gobernador automático para máquinas de vapor, y por otros. Su significado real empezó a sospecharse con el crecimiento de la radio en los años [1920](#), específicamente con el desarrollo del tubo en vacío y el control de volumen automático.

.En 1932 Cannon acuñó el término "[homeostasis](#)", para describir los procesos autoreguladores de los organismos vivos, y postuló la presencia de mecanismos de realimentación aunque sin darle ese nombre."

- La [cibernética](#) es la teoría de la autorregulación y autocontrol de los sistemas por realimentación.
- La realimentación es un proceso circular en el cual parte de la salida es remitida de nuevo a la entrada como [información](#) sobre la primera respuesta, haciendo así que el sistema se autorregule para mantener un equilibrio u orientarse a una meta.
- Ejemplos de realimentación son las reacciones circulares primarias, secundarias y terciarias descritas en la teoría piagetiana de la inteligencia. En la reacción circular, la respuesta del niño actúa nuevamente sobre el estímulo, realimentando el proceso.
- El *biofeedback* constituye otro ejemplo de realimentación, donde una persona puede aprender a controlar sus estados corporales y mentales, realimentando [información](#) con una [máquina](#) capaz de medir sus variables fisiológicas en un momento dado.
- La realimentación negativa, realimentación neutralizadora o procesos morfoestático lleva al sistema a un equilibrio anterior.
- La realimentación positiva, realimentación amplificante o procesos morfogénico lleva al sistema a un nuevo equilibrio.

-3.11.8)- Véase También.

- [Dinámica de sistemas](#);
- [Sistema dinámico](#);
- [Sistema complejo](#);
- [Cibernética](#);
- [Teoría de control](#);
- [Teoría de sistemas](#);
- [Control automático](#).

-3.11.9)-Referencias.

1. [↑](#) [Saltar a:](#) ^a ^b «[realimentación](#)», *Diccionario Español de Ingeniería* (1.0 edición), Real Academia de Ingeniería de España, 2014, <http://diccionario.raing.es/es/lema/realimentaci%C3%B3n>, consultado el 18 de mayo de 2014
2. [Volver arriba ↑](#) Real Academia Española (2014), «[realimentación](#)», *Diccionario de la lengua española* (23.ª edición), Madrid: [Espasa](#), <http://dle.rae.es/?w=realimentaci%C3%B3n&o=h>, consultado el 18 de mayo de 2014
3. [Volver arriba ↑](#) Véase <http://castellanoactual.com/duda-resuelta-retroalimentar-o-realimentar/>
4. [Volver arriba ↑](#) [\[1\]](#)
5. [Volver arriba ↑](#) [\[2\]](#)
6. [Volver arriba ↑](#) [\[3\]](#)
7. [Volver arriba ↑](#) [\[4\]](#)

Obtenido de «<https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Realimentación&oldid=87376613>»

Categorías:

- [Cibernética](#);
- [Teoría de sistemas](#);

- [Proyecto educativo](#);
- Esta página fue modificada por última vez el 29 nov 2015 a las 04:31.

-CAPÍTULO IV-

-4)- TESTS PSICOLÓGICOS.

(De Wikipedia, la enciclopedia libre).

-Índice:

- 4)- TEST PSICOLÓGICOS.
- 4.1)-Generalidades.
- 4.2)- [Clasificaciones](#)
- 4.2.1)- [Clasificación general](#).
- 4.2.1.1)-Test Psicométricos.
- 4.2.1.1.1)- Algunas Fichas Técnicas.
- 4.2.1.1.2)-Algunas Subcategorías de Tests Psicológicos.
- 4.2.1.1.3)- Algunos Tests Psicológicos (35).
- 4.2.1.2)- Tests Proyectivos.
- 4.2.1.2.1)- Clasificación.
- 4.2.1.2.1.1)- Test de *Rorschach*.
- 4.2.1.2.1.1.1)- Generalidades.
- 4.2.1.2.1.1.2)- [Método](#).
- 4.2.1.2.1.1.3)- [Controversias](#).
- 4.2.1.2.1.1.4)- [Argumentos a Favor de la Validez Científica del Test](#).
- 4.2.1.2.1.1.5)- [Las Diez Láminas del Test de Rorschach](#).
- 4.2.1.2.1.1.6)- [Véase También](#).
- 4.2.1.2.1.1.7)- [Referencias](#).
- 4.2.1.2.1.1.8)- [Bibliografía Complementaria](#).
- 4.2.1.2.1.1.9)- [Enlaces Externos](#).
- 4.2.1.2.1.2)- Test de Holtzman.Z.
- 4.2.1.2.1.3)- Técnicas Temáticas.
- 4.2.1.2.1.4)- Técnicas Expresivas.
- 4.2.1.2.1.5)- Técnicas Constructivas.
- 4.2.1.2.1.6)- Técnicas Asociativas.
- 4.2.1.2.2)- Tests Estandarizados.
- 4.2.2)- [Clasificación por niveles](#).
- 4.2.3)- [Áreas de aplicación](#).
- 4.3)-Relación de Test Psicológicos.
- 4.4)- Exámenes y Pruebas.
- 4.5)- Diagnóstico Médico.
- 4.6)- Pruebas Psicológicas.
- 4.7)- Evaluación Psicológica.
- 4.8)- Psicometría.

-4.9)- [Véase También.](#)

-4.1)-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.

-4.2)- Clasificaciones.

-4.2.1)- Clasificación General.

-La mayor clasificación de los test se da en dos grandes vertientes:

-4.2.1.1)- [Test Psicométricos.](#)

-Inscritos desde una corriente cognitivo conductual, que parten del supuesto de que las personas son sinceras, al responder un instrumento estadístico. Básicamente miden y asignan un valor a determinada cualidad o proceso psicológico : inteligencia, memoria, atención, funcionamiento cognitivo, felicidad, optimismo, tristeza, daño cerebral, comprensión verbal, etc.), y se dirigen a actividades de evaluación y selección, como también al diagnóstico clínico, su organización, administración, corrección e interpretación, que suele estar más estandarizada.

-4.2.1.1.1)- 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.
- *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.

-4.2.1.1.2)- Algunas Subcategorías de "Test Psicológicos".

-Esta categoría incluye las siguientes:

- ► [Pruebas psicométricas estandarizadas](#) .
- ► [Tests cognitivos](#).
- ► [Tests de personalidad](#) .
- ► [Tipos MBTI](#) .

-4.2.1.1.3)- Algunos "Tests psicológicos".

-Comprendiendo 35 tests:

- [Clasificador de temperamento Keirsey](#).
- [Cociente de Espectro Autista](#).
- [Conners' Performance Test II](#).
- [Construcción de tests](#).
- [Cuestionario PVP](#).
- [Test de atención d2](#).
- [Escala Bayley](#).
- [Escala F \(test psicológico\)](#).
- [Escala de Conners](#).
- [Indicador Myers-Briggs](#).
- [Inventario de Depresión de Beck](#).
- [Inventario de personalidades de Eysenck](#).
- [Inventario del Desarrollo Battelle](#).
- [Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota](#).
- [Anexo:Pruebas psicológicas](#).
- [MFF-20](#).
- [Paradigma Dot-Probe](#).
- [Prueba de aptitud para lenguas extranjeras MLAT-ES](#).
- [Prueba de empleo](#).
- [South Oaks Gambling Screen](#).
- [Tarea de selección de Wason](#).
- [TEA Ediciones](#).
- [Teoría clásica de los tests](#).
- [Teoría de los tests](#).
- [Test de Apercepción Temática \(T.A.T\)](#).
- [Test de Bender](#).
- [Test de Brazelton](#).
- [Test de Lüscher](#).
- [Test de Romberg](#).
- [Test de Rorschach](#).
- [Test IAR](#).
- [Test psicológico](#).

- [Test Wonderlic.](#)
- [Ventana de Johari.](#)
- [Escala Wechsler de Inteligencia para Adultos.](#)
- [Escala Wechsler de Inteligencia para Niños \(WISC\).](#)

-Enlaces: Obtenido de «<https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Categoría:Tests psicológicos&oldid=65835858>»
Categorías: [Psicología](#); [Exámenes y pruebas](#); Pruebas Psicológicas; Test Personalidad.

-4.2.1.2)- [Test Proyectivos.](#)

- Inscritos dentro de la corriente dinámica de la [Psicología](#), parten de una hipótesis que pone a prueba la individualidad de la respuesta de cada persona, para así presumir rasgos de su personalidad, donde la actividad proyectiva puede ser gráfica : [Bender](#), DFH Machover, Koppitz, HTP; o narrativa : [T.A.T](#), Symonds, CAT, [Rorschach](#); y su uso suele ser más en el ámbito clínico, forense e infantil.

-4.2.1.2.1)- Clasificación.

-Se clasifican en 6 grupos, de acuerdo a sus técnicas estructurales. Material visual de poca estructuración, que el examinado ha de organizar, diciendo lo que ve o aquello a lo que se puede parecer, estando entre los más destacados a los siguientes:

-4.2.1.2.1.1)- *Test de Rorschach.*

-(De Wikipedia, la enciclopedia libre), véase [Rorschach \(desambiguación\)](#).

-4.2.1.2.1.1.1)- Generalidades.

-Constituido por diez láminas con manchas de tinta, susceptibles de diversas interpretaciones. Su autor fueron H. Rorschach y H. Zulliger. Es de administración: Individual. Su duración es Flexible. Se aplica a Jóvenes y adultos.

-Significación: Evaluación de diversos aspectos de la personalidad profunda.

-Material: 10 láminas.



-La primera de las diez láminas del test de Rorschach.

Prof. Dr. Enrique BARMAIMON. Año 2016. 1ª Ed. Virtual. Tomo II. Montevideo, Uruguay.

-El test de Rorschach [*rrór-shaj*] es una técnica y método [proyectivo](#) de [psicodiagnóstico](#), creado por [Hermann Rorschach](#) (1884-1922). Se publicó por primera vez en [1921](#), y alcanzó una amplia difusión no sólo entre la comunidad [psicoanalítica](#), sino en la comunidad en general.

-El test se utiliza principalmente para evaluar la [personalidad](#), consistiendo en una serie de 10 [láminas](#) que presentan manchas de [tinta](#), las cuales se caracterizan por su ambigüedad y falta de estructuración. Las imágenes tienen una simetría bilateral, que proviene de la forma en que originalmente se construyeron: doblando una hoja de papel por la mitad, con una mancha de tinta en medio. Al volver a desplegarlas, H. Rorschach fue encontrando preceptos muy sugerentes, que daban lugar, por su carácter no figurativo, a múltiples respuestas. El psicólogo pide al sujeto, que diga qué podrían ser las imágenes que ve en las manchas, como cuando uno identifica cosas en las nubes o en las brasas. A partir de sus respuestas, el especialista puede establecer o contrastar hipótesis, acerca del funcionamiento psíquico de la persona examinada.

-Es un test proyectivo, pero las distintas escuelas, han propuesto sistemas de cuantificación de las respuestas, mediante la creación de listas de [categorías](#), sobre lo que el sujeto dice: que ve, cómo lo ve, en qué sitio de la lámina, etc.

.Entre 1935 y finales de los años 1950, se desarrollaron cinco intentos de cuantificación de las respuestas. Los máximos exponentes de estos intentos fueron: Beck, Klopfer, Hertz, Piotrowski y Rapaport. Este último, le sugirió a John Exner (Jr.), la conveniencia de conocerlos todos, y de allí, Exner extrajo la idea de reunir toda la información internacional y los distintos sistemas interpretativos en uno solo: así creó el llamado Sistema Comprensivo. Mediante una red de "rorschachistas" en todo el mundo, se fue constituyendo una impresionante base de datos de protocolos individuales, que permitió un estudio y reinterpretación de estos, sobre la base de los descubrimientos que se iban haciendo. Otra contribución fundamental para el desarrollo científico de la herramienta, fue la creación de un "Resumen Estructural", en el que el psicólogo, una vez codificadas las respuestas obtenidas, vuelca los datos, y obtiene una configuración de la personalidad del sujeto.

-El "*Sistema Comprensivo*" es el más extendido, y fue aportando datos muy importantes, para la valoración de la personalidad y la detección de estructuras mentales opacas a otros sistemas de estudio de la personalidad. Para poner un ejemplo, es la única prueba que proporciona datos sobre la ideación autolítica, aun cuando el sujeto no mencione nada al respecto.

-Es por ello por lo que se le considera una de las pruebas más completas . Pero su mayor logro, es la amplia difusión que posee, ya que a partir de ella, existe una amplia cantidad de investigaciones y casuística . El material actual disponible es inmenso.

-Junto con el [MMPI](#), es uno de los [test psicológicos](#), más ampliamente difundidos en el ámbito jurídico-forense.

.Índice:

--4.2.1.2.1.1)- *Test de Rorschach*.

-4.2.1.2.1.1.1)- Generalidades.

-4.2.1.2.1.1.2)- [Método](#).

-4.2.1.2.1.1.3)- [Controversias](#).

-4.2.1.2.1.1.4)- [Argumentos a Favor de la Validez Científica del Test](#).

-4.2.1.2.1.1.5)- [Las Diez Láminas del Test de Rorschach](#).

-4.2.1.2.1.1.6) Véase También.

-4.2.1.2.1.1.7)- Referencias.

-4.2.1.2.1.1.8)- Bibliografía Complementaria.

-4.2.1.2.1.1.9)- Enlaces Externos.

-4.2.1.2.1.1.2)- Método.

-El test de Rorschach consta de diez láminas, compuestas por manchas de tinta sobre un fondo blanco. De estas láminas, cinco son [acromáticas](#), es decir, en blanco y negro, y las otras cinco son [cromáticas](#), de las cuales dos son [bicolores](#) (rojo y negro) y otras tres son [multicolor](#) (rojos, verdes, azules, etc).¹. Estas láminas poseen una morfología vaga, por lo que resultan especialmente sugerentes. Las láminas son presentadas de manera sucesiva a un sujeto, preguntándole lo que ve en ellas y cómo y dónde manifiesta lo observado. El análisis del test, está basado en las respuestas que da el individuo.

-Algunos de los criterios usados para evaluar las respuestas son:

- *Tiempo de latencia*. Cuánto se demora el individuo en dar la primera respuesta a cada lámina.
- *Posición*. Cómo lo ve respecto de la posición de la lámina: en la posición estándar, con 90º o 180º de rotación.
- *Localización*. Dónde lo ve: en la mancha completa, en un detalle, en un espacio en blanco.
- *Forma*. Cómo es la calidad de lo percibido: rica en detalles, forma bien definida, forma vaga, etcétera.
- *Movimiento*. Si lo percibido parece estar en movimiento o siendo movido por alguna fuerza.
- *Color*. Si refiere al color de lo percibido. Si con ello justifica profundidad, perspectiva, sombras, texturas, etcétera.
- *Categoría*. Qué es lo que ve: una forma humana, animal, objeto o sus derivados. Otras categorías suelen considerarse aparte, tales como paisajes o respuestas de carácter sexual.

-Varios caminos han tenido un desarrollo independiente. Los de mayor desarrollo y difusión fueron los de Klopfer y Rapaport; también alcanzaron un importante desarrollo las lecturas de Beck, Hertz y Piotrowsky entre otros. El nombre de John Exner merece una mención particular, integró las cinco principales corrientes en un único "Sistema Comprensivo", y es en la actualidad, la corriente de mayor desarrollo, difusión, utilización y expansión en el mundo. A diferencia de los anteriores, posee un enfoque menos complicado en sus lecturas y desarrollos diagnósticos. Se presenta a sí mismo, como un medio y no un fin, por lo que se promociona como un test para ser utilizado en diferentes ámbitos, y por diferentes lecturas teóricas.

-4.2.1.2.1.1.3)- Controversias.

-Las controversias que arrastra este [método](#) psicológico son varias: una proviene de su mala utilización, ya que el método de Rorschach fue muy utilizado por psicólogos, sin una óptima preparación; y la otra, también la más difundida, es que este método, no está científicamente comprobado al carecer de verdadero rigor científico.^{2 3}.

-4.2.1.2.1.1.4)- Argumentos a Favor de la Validez Científica del Test.

-La solidez a nivel de rigor científico está sustentada en la innumerable cantidad de estudios científicos realizados. La sociedad internacional de Rorschach y sus extensiones dentro de cada país, se encargan de promover que este valioso instrumento clínico, cuente con parámetros psicométricos óptimos.

-A favor de las pruebas proyectivas se responde, que esta controversia, proviene de la ignorancia de las leyes, que acompañan a todos los paradigmas en ciencias humanas y sociales. En este caso, las diferencias entre lo que los sujetos ven (proyectan) en la láminas, es precisamente, lo esperable. En cambio, se pueden establecer categorías de pertenencia de los preceptos encontrados por cada sujeto explorado. Así el "*sistema comprehensivo*" se expresa a través de un "*resumen estructural*" de cada exploración, donde se asignan valores a las variables previamente establecidas en función de las categorías. Por poner un ejemplo, en el "*resumen estructural*" se puede codificar las respuestas, de forma de saber la manera de resolución de problemas del sujeto estudiado, independientemente de las figuras, que diga haber visto. .Otra forma de estudiar sus respuestas, incluye datos diversos, que combinados, pueden alertar de un riesgo de suicidio del sujeto en cuestión, aunque durante la exploración no haya dicho absolutamente nada al respecto.

-4.2.1.2.1.1.5)- Las Diez Láminas del Test de Rorschach.

•



Lámina 1

•



Lámina 2

•



Lámina 3

•



Lámina 4

•



Lámina 5

•



Lámina 6

•



Lámina 7

•



Lámina 8

•



Lámina 9

•



Lámina 10

-4.2.1.2.1.1.6)- Véase También.

- [Hermann Rorschach](#).
- [Test psicológico](#).
- [Pareidolia](#).
- [Las musas de Rorschach](#).
- [Test de Apercepción Temática](#).
- [Test de Zülliger](#).

-4.2.1.2.1.1.7)- Referencias.

1. [Volver arriba ↑](#) Moreno Rosset, Carmen. *Evaluación Psicológica*. Sanz y Torres. p. 335.
2. [Volver arriba ↑](#) Nezworski, Teresa. *What's Wrong with the Rorschach? Science Confronts the Controversial Inkblot Test*. Sanz y Torres. p. 5.
3. [Volver arriba ↑](#) [Giving up Cherished Ideas: The Rorschach Ink Blot Test](#)

-4.2.1.2.1.1.8)- Bibliografía Complementaria.

- Bohm, Ewald (1998). *Manual del psicodiagnóstico de Rorschach*. Morata. [ISBN 978-84-7112-112-7](#).
- Exner, John E. (2007). *Manual de codificación del Rorschach para el sistema 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](#).

-4.2.1.2.1.1.9)- Enlaces Externos.

-  [Wikimedia Commons](#) alberga contenido multimedia sobre [Test de Rorschach](#).
- [ISR](#) The International Society of the Rorschach and Projective Methods.



Obtenido de :

«https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Test_de_Rorschach&oldid=85466697»

[Categorías: Psicoanálisis; Tests psicológicos](#).

-Esta página fue modificada por última vez el 30 septiembre del 2015 a las 01:05.

-4.2.1.2.1.2)- Test de Holtzman.

Técnica de manchas de tinta de Holtzman. Se utilizan dos series paralelas de 15 tarjetas cada una, al examinado se le permite sólo una respuesta para cada diseño, y la puntuación es predominantemente más objetiva que subjetiva. Autor: Wayne H. Holtzman.

-4.2.1.2.1.3)- Técnicas Temáticas.

-Material visual con varios grados de estructuración formal de contenido humano, con el cual el examinado deberá narrar una historia.

- **Test de percepción temática : CAT : CAT-H y CAT-A:** Se utilizan tarjetas con dibujos, que evocan fantasías relacionadas con problemas de alimentación y otras actividades orales, como: la relación con los padres y hermanos, el entrenamiento de intereses y la agresión verbal. Se aplica a niños de 3 a 10 años de edad. Autor: H. A Murray y L. Bellak . Administración: Individual .
.Duración: Flexible. .Aplicación: Niños y adultos. .Materiales: Láminas.
.Significación: Evaluación a diversos aspectos de la personalidad : impulsos, emociones, sentimientos, complejos, etc. .
- **-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.

-4.2.1.2.1.4)- Técnicas Expresivas.

-Se indica al examinado, que describa verbalmente o dibuje una o varias figuras:

- **-Test de la Figura Humana de Karen Machover:** El dibujo de la figura humana sirve como vehículo hacia aspectos de la personalidad del sujeto en relación a su auto concepto y a su imagen corporal. Aceptación o no de su etapa vital, Identificación y asunción del propio sexo y El grado de estabilidad y dominio de sí mismo. Autor: Karen Machover .
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 donde los contenidos que se analizan son: el tronco, la copa, las ramas, el suelo y otros elementos accesorios, que a veces aparecen, teniendo como finalidad identificar problemas de adaptación, en diversos rasgos de personalidad.
.Autor: R. Stora. .Administración: Individual. .Duración: Libre. .Aplicación: A partir de 5 años. .Significación: Apreciación proyectiva de problemas de evolución y adaptación.
- **-Test H-T-P : casa, árbol y persona:** . Con la elaboración de estos tres dibujos se pretende obtener una autoimagen del examinado, así como sus mecanismos de defensa, su situación familiar y un concepto más profundo del Yo del examinado.
.Autor: John N. Buck y W.L. Warren ..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.

-4.2.1.2.1.5)- Técnicas Constructivas. Material específico y concreto, que el examinado ha de organizar partiendo de varias consignas.

- -Test del Pueblo: El examinado deberá organizar una serie de piezas en una estructura determinada que le sea asignada.

-4.2.1.2.1.6)- Técnicas asociativas.

- Se indica al examinado que indique verbalmente sus asociaciones ante palabras, frases o breves historias:

- -*Las Fábulas de Düss*. Su plataforma es el psicoanálisis, y tiene como objetivo detectar las estructuras ocultas e inconscientes que explican conductas anormales manifiestas.
.Autor: L. Düss. .Administración: Individual. .Duración: No tienen tiempo prefijado.
.Aplicación: A partir de los 3 años. .Significación: Diagnóstico de complejos inconscientes y conflictos de comportamiento. .Material: Cartillas y hoja de anotación.

4.2.1.2.2)- Test Estandarizado.

-(De Wikipedia, la enciclopedia libre).

-Un test estandarizado es una [prueba](#) que ha sido normalizada o normatizada; es decir que ésta ha sido probada en una población con [distribución normal](#), para la característica a estudiar, ya sea el [cociente intelectual](#), un [ensayo químico](#) como la determinación de la [glucosa en la sangre](#), conocimientos de [historia](#), etcétera; puesto que un test estandarizado, es una herramienta empleada por diversas áreas de estudio, como algunas que pertenecen por ejemplo a las [ciencias de la salud](#).

-En el proceso de [estandarización](#), se determinan las [normas](#) para su aplicación e interpretación de resultados, es así, que para la aplicación de una prueba debe hacerse bajo ciertas condiciones, las cuales deben cumplir, tanto quienes la aplican, como a quienes se les aplica.

-Esta estandarización persigue que los resultados sean útiles para la toma de decisiones, si se realiza una prueba para decidir si una persona es o no, aceptada en determinada disciplina, la prueba debe garantizar lo mejor posible, que aquellos que se aceptan llenan los requisitos requeridos; y aquellos que se rechazan, verdaderamente no los cumplen.

-Para que una prueba sea aplicable a nivel poblacional, debe cumplir ciertos requisitos:

- [Validez](#): Una prueba es válida cuando mide lo que se quiere medir, una prueba de conocimientos, por ejemplo, debe discernir, con un pequeño margen de error, entre los que saben y los que no.
- [Fiabilidad](#): Al aplicarse varias veces, la prueba reproduce resultados similares. Interviene en ésta, el instrumento aplicado : un aparato de análisis de sangre, un cuestionario, una prueba psicológica, etc., donde éste debe producir resultados similares, cuando se aplica en los mismos individuos, bajo las mismas condiciones, independientemente del observador que lo administre.
- [Exactitud](#): El resultado es el más cercano al valor real. Si una persona tiene 80 mg/dL de [glucosa](#) en [sangre](#), esperamos que la prueba reproduzca valores muy cercanas a este valor. Sería inadmisibles, que reportara 50 mg/dL ó 105 mg/dL. La exactitud se refiere a la fineza del instrumento, así un cronómetro será más exacto que un reloj de pulsera.

Dicho de otra manera, la exactitud es una medida de la calidad de calibración del instrumento, respecto de patrones de medida aceptados internacionalmente. Se incluye aquí la [sensibilidad y especificidad](#).

-El término test estandarizado es principalmente un [anglicismo](#), nacido de *test* = prueba, y del francés antiguo *estendart*, llevado al inglés *standard*.

-Véase también:

- [Test](#)
- [Análisis](#)
- [Medición](#)
- [Método de ensayo](#)
- [Control de calidad](#)
- [Evaluación de los procesos de medición](#)

-Enlaces: Obtenido de «https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Test_estandarizado&oldid=85952789»

Categorías:

- [Metrología](#).
- [Exámenes y pruebas](#).
- [Metodología](#).

- Esta página fue modificada por última vez el 19 octubre del 2015 a las 22:11.

-4.2.2)- Clasificación por Niveles.

-Tradicionalmente el uso de los test está reservado para los psicólogos, y la mayoría de las legislaciones nacionales e internacionales, con respecto al ejercicio de la Psicología, lo contemplan de esta manera, no obstante existe una clasificación dirigida a regular este particular:

- **Test de Nivel I:** pueden ser aplicados, corregidos y administrados por profesionales no psicólogos, luego del entrenamiento debido, por parte de un psicólogo: educadores, psicopedagogos, médicos, etc.; quizás el exponente más obvio de los Test Nivel I, son las pruebas y exámenes de evaluación de conocimientos, y de selección e ingreso a instituciones educativas.
- **Test de Nivel II:** pueden ser aplicados por profesionales no psicólogos, pero su corrección e interpretación debe ser realizada por un psicólogo, como por ejemplo los dibujos de la figura humana, y de la familia, que realizan los niños en su cotidianidad dentro de la escuela.
- **Test de Nivel III:** son de la exclusiva administración, corrección e interpretación de un psicólogo capacitado, suelen ser los test más relevantes y complejos de su área, así como los de más difícil interpretación y análisis, entre ellos, se encuentran las Escalas de [Wechsler](#) : [WAIS](#), [WISC](#) y [WPPSI](#), el Test de Bender, el [MMPI](#) 2 y A, el T.A.T., el Rorschach, y las baterías neuropsicológicas : [Luria](#), Halstead-Reitan, K-ABC, etc..

-4-2.3)- 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.

-4.3)- Relación de Tests Psicológicos:

- -Comprende:
- [Clasificador de temperamento Keirsey.](#)
- [Cociente de Espectro Autista.](#)
- [Conners' Performance Test II.](#)
- [Construcción de tests.](#)
- [Cuestionario PVPE.](#)
- [Escala Bayley.](#)
- [Escala F \(test psicológico\).](#)
- [Escala de Conners.](#)
- [Indicador Myers-Briggs.](#)
- [Inventario de Depresión de Beck.](#)
- [Inventario de personalidades de Eysenck.](#)
- [Inventario del Desarrollo Battelle.](#)

- [Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota.](#)
- [Juego de azar de Iowa.](#)
- [MFF-20.](#)
- [Paradigma Dot-Probe.](#)
- [Prueba de aptitud para lenguas extranjeras MLAT-ES.](#)
- [Prueba de empleo.](#)
- [Pruebas psicométricas estandarizadas .](#)
- [South Oaks Gambling Screen.](#)
- [Tarea de selección de Wason.](#)
- [TEA Ediciones.](#)
- [Teoría clásica de los tests.](#)
- [Test atención d2.](#)
- [Tests cognitivos.](#)
- [Teoría de los tests](#)
- [Test de Apercepción Temática \(T.A.T\).](#)
- [Test de Bender.](#)
- [Test de Brazelton.](#)
- [Test de Lüscher.](#)
- [Tests de personalidad.](#)
- [Test de Romberg.](#)
- [Test de Rorschach.](#)
- [Test IAR.](#)
- [Test psicológico.](#)
- [Test Wonderlic.](#)
- [Tipos MBTI .](#)
- [Ventana de Johari.](#)
- [Escala Wechsler de Inteligencia para Adultos.](#)
- [Escala Wechsler de Inteligencia para Niños \(WISC\).](#)

-Enlaces: Obtenido de «[https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Categoría:Tests psicológicos&oldid=65835858](https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Categoría:Tests_psicológicos&oldid=65835858)»
Categorías:

- [Psicología.](#)
- [Exámenes y pruebas.](#)
- [Pruebas Psicológicas.](#)
- [Test Personalidad.](#)

-4.4)- Exámenes y Pruebas.

-(De Wikipedia, la enciclopedia libre).

- [Examen \(evaluación estudiantil\)](#); [Exámenes y pruebas](#). -Comprende:

- [Certificado General de Educación Secundaria \(GCSE\) \(Reino Unido\).](#)
- [DEMRE.](#)
- [Escala de Apgar.](#)
- [Escala de Valoración Clínico Geriátrica Sandoz \(SCAG\).](#)
- [Examen \(evaluación estudiantil\).](#)
- [Examen de acceso a la universidad.](#)

- [Examen de Estado Unificado.](#)
- [Examen genético.](#)
- [Examen ICFES.](#)
- [Examen MIR.](#)
- [Examen Nacional de Aspirantes a Residencias Médicas.](#)
- [General Educational Development Test.](#)
- [Graduate Management Admission Test.](#)
- [IGCSE.](#)
- [Informe PISA.](#)
- [Oposición \(examen\).](#)
- [Pregunta de opción múltiple.](#)
- [Prueba de Aptitud Académica.](#)
- [Prueba de Selección Universitaria.](#)
- [Prueba genealógica de ADN.](#)
- [Resultados en España por CCAA.](#)
- [SAT Reasoning Test.](#)
- [Selectividad \(examen\).](#)
- [Sistema de examen imperial chino.](#)
- [Sistema de Ingreso a la Educación Superior.](#)
- [Sistema de Medición de la Calidad de la Educación.](#)
- [Test.](#)
- [Test de inteligencia.](#)
- [Test estandarizado.](#)
- [TOEFL.](#)
- [USMLE.](#)
- ► [Certificaciones profesionales .](#)
- ► [Certificación de idiomas .](#)
- ► [Competiciones académicas .](#)

-Enlaces externos:[Contraste de hipótesis](#) . Obtenido de

«https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Categoría:Exámenes_y_pruebas&oldid=65767335

»

.[Categorías:](#) [Educación](#); [Evaluación](#).

-4.5)- [Diagnóstico Médico](#). - [Diagnósticos en medicina](#) .

-En [medicina](#), el [diagnóstico](#) es el procedimiento con el que se identifica una [enfermedad](#):

- [Métodos diagnósticos en medicina](#) .
- ► [Semiología clínica](#) .
- ► [Síntomas](#) .
- ► [Trastornos mentales](#).

-Son:

- [Adenitis](#).
- [Alfa 1-antitripsina](#).
- [Amniocentesis](#).
- [Análisis clínico](#).
- [Angiocardiógrafía](#).
- [Angiografía con fluoresceína de la retina](#).

- [Angiografía.](#)
- [Angiografía con fluoresceína.](#)
- [Angiografía por tomografía computarizada.](#)
- [Anticuerpos anticardiolipinas.](#)
- [Artefacto \(error de observación\).](#)
- [Artroscopia.](#)
- [Auscultación.](#)
- [Autoexploración mamaria.](#)
- [Automedida de la presión arterial \(AMPA\).](#)

- [Biología celular.](#)
- [Biopsia.](#)
- [Broncoscopia.](#)
- [Broncoscopia flexible diagnóstica.](#)
- [Capnografía.](#)
- [Carga viral.](#)
- [Cartografía de la actividad electroencefalográfica.](#)
- [Cateterismo.](#)
- [Cateterismo cardíaco.](#)
- [Cateterismo cardíaco derecho.](#)
- [Cefalometría.](#)
- [Cineangiocoronariografía.](#)
- [Cistoscopia.](#)
- [Cociente de Espectro Autista.](#)
- [Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica.](#)
- [Colonoscopia.](#)
- [Colposcopia.](#)
- [Colposcopio.](#)
- [Contraste radiológico.](#)
- [Coordimetría.](#)
- [Cooximetría.](#)
- [Coronariografía.](#)
- [Criterios de McDonald.](#)
- [CURB-65.](#)

- [Densidad mineral ósea.](#)
- [Densitometría ósea.](#)
- [Diagnóstico de la enfermedad celíaca.](#)
- [Diagnóstico del cáncer de mama.](#)
- [Diagnóstico del cáncer de próstata.](#)
- [Diagnóstico del cáncer de pulmón.](#)
- [Diagnóstico genético preimplantacional.](#)
- [Diagnóstico virológico.](#)
- [Dímero-D.](#)
- [Ecocardiograma.](#)

- [Efecto booster.](#)
- [Efecto cascada.](#)

- [Electrorretinografía.](#)
- [Electrovestibulografía.](#)
- [Endoscopia.](#)
[Endoscopia digestiva.](#)
- [Enema opaco.](#)
- [Entrevista clínica.](#)
- [Ergometría.](#)
- [ESalud.](#)
- [Escala Child-Pugh.](#)
- [Escala de Apgar.](#)
- [Escala de Coma de Glasgow.](#)
- [Escala de Valoración Clínico Geriátrica de Sandoz \(SCAG\).](#)
- [Esofagogastroduodenoscopia.](#)
- [Esofagograma.](#)
- [Espermograma.](#)
- [Espinograma.](#)
- [Espirometría.](#)
- [Espujo.](#)
- [Espéculo \(medicina\).](#)
- [Estadificación.](#)
- [Estereología.](#)
- [Examen genético.](#)
- [Experimentación.](#)
- [Exploración complementaria.](#)
- [Exploración física.](#)
- [Exudado faríngeo.](#)

- [Fibroscopio.](#)
- [Fondo de ojo.](#)

- [Galactografía.](#)
- [Gammagrafía.](#)
- [Gasometría arterial.](#)
- [Guayaco \(prueba médica\).](#)

- [Hemocultivo.](#)
- [Histeroscopia.](#)

- [Identificación bacteriana.](#)
- [Idiopático.](#)
- [Imagen por resonancia magnética.](#)
- [Imagen por resonancia magnética funcional.](#)
- [Incertidumbre médica.](#)
- [Índice tobillo-brazo.](#)
- [Índice de líquido amniótico.](#)
- [Inmunoelectroforesis.](#)
- [Inmunoensayo.](#)
- [Inmunoensayo de polarización fluorescente.](#)
- [Inspección \(medicina\).](#)

- [Juicio clínico.](#)
- [Laboratorio clínico.](#)
- [Lanugo.](#)
- [Linfografía.](#)
- [Linfoma de células T.](#)
- [MAPA.](#)
- [Medio de contraste.](#)
- [Mini-mental state examination.](#)
- [Monitor Holter.](#)
- [Reflejo de Moro.](#)
- [Motivo de consulta médica.](#)
- [Muestra de vellosidades coriónicas.](#)
- [Método clínico.](#)
- [Método de Fowler.](#)
- [Nefelometría.](#)
- [Neumoencefalografía.](#)
- [Neumooncografía.](#)
- [Neumoquistografía.](#)
- [Palpación.](#)
- [Penoscopia.](#)
- [Percusión \(medicina\).](#)
- [Perfil biofísico fetal.](#)
- [Perfil lipídico.](#)
- [Perfil TORCH.](#)
- [Peso al nacer.](#)
- [PET.](#)
- [Polisomnografía.](#)
- [Problema de salud.](#)
- [Pronóstico \(medicina\).](#)
- [Propedéutica.](#)
- [Proteína de Bence Jones.](#)
- [Prueba de Bruckner.](#)
- [Prueba de compresión de Apley.](#)
- [Prueba de la mesa inclinada.](#)
- [Prueba de la supresión de la dexametasona.](#)
- [Prueba de Lachman.](#)
- [Prueba de Montenegro.](#)
- [Prueba de Papanicolaou.](#)
- [Prueba de productos.](#)
- [Prueba de Schellong.](#)
- [Prueba de Schick.](#)
- [Prueba de Schiller.](#)
- [Prueba de Schilling.](#)
- [Prueba de Silverman y Anderson.](#)
- [Prueba de software.](#)

- [Prueba de Turing.](#)
- [Prueba del cajón.](#)
- [Prueba genealógica de ADN.](#)
- [Pruebas nucleares.](#)
- [Pruebas químicas.](#)
- [Pulsioximetría.](#)
- [Pulso.](#)
- [Pulso de Corrigan.](#)
- [Punto de McBurney.](#)
- [Radiografía.](#)
- [Reconocimiento médico.](#)
- [Reflejo de marcha automática.](#)
- [Reflejo de prensión.](#)
- [Reflejo de succión.](#)
- [Signo de Rovsing.](#)
- [Sitio/estado.](#)
- [Sobrediagnóstico.](#)
- [Tacto rectal.](#)
- [Técnica de Schiff.](#)
- [Telepatología.](#)
- [Test de Apgar.](#)
- [Test de Ballard.](#)
- [Test de Graham.](#)
- [Test de Lancaster.](#)
- [Test de Mantoux.](#)
- [Test de Schirmer.](#)
- [Test de sobrecarga hídrica.](#)
- [Test de Usher.](#)
- [Tinción de Feulgen.](#)
- [Tinción de Giemsa.](#)
- [Tomografía.](#)
- [Tomografía computarizada de emisión monofotónica.](#)
- [Translucencia nual.](#)
- [Troponina.](#)
- [Valor pronóstico del oncogén K-ras en el cáncer colorrectal.](#)
- [Valores predictivos.](#)
- [VDRL.](#)
- [Velocidad de sedimentación globular.](#)
- [Video-oculografía.](#)

-Enlaces externos: <imgsrc="//es.wikipedia.org/wiki/Special:CentralAutoLogin/start?type=1x1" alt="" title="" width="1" height="1" style="border: none; position: absolute;" />Obtenido de «<https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Categoría:Diagnósticos en medicina&oldid=65401859>»

Categorías:

- [Medicina.](#)
- [Tecnologías sanitarias.](#)
- [Exámenes y pruebas.](#)
- Esta página fue modificada por última vez el 18 mar 2013 a las 08:30.

-4.6)- Pruebas Psicológicas.

(De Wikipedia, la enciclopedia libre).

-La siguiente lista presenta algunas de los test psicológicos y psicométricos más utilizados en distintas áreas como: inteligencia, personalidad o aptitudes; la mayoría de ellas se implementan tanto en el área clínica como en Recursos Humanos:

- Tests Personalidad.
- [Test de Afasia de Bostón.](#)
- [Test de Allport](#) (valores).
- [Test de Apercepción Temática](#) (personalidad).
- [Pruebas psicológicas para adolescente.](#)
- [Cleaver](#) (patrones de conducta).
- [Conners' Performance Test II](#) (atención).
- [Test de Barsit.](#)
- [Inventario del Desarrollo Battelle.](#)
- [Escala Bayley.](#)
- [Beta III.](#)
- [Inventario de Depresión de Beck.](#)
- [Test de Bender.](#)
- [Test de Brazelton.](#)
- [Test de atención d2.](#)
- DISC (Comportamiento).
- [Test de Dominós.](#)
- [Test de Emparejamiento de Figuras Familiares.](#)
- [Inventario de personalidades de Eysenck.](#)
- [Test de la Figura Humana de Machover](#) (personalidad).
- [Test de Frases Incompletas de Sacks](#) (personalidad).
- [Test HTP](#) de personalidad.
- [Iowa gambling task.](#)
- [IPV \(Inventario para vendedores\).](#)
- [pruebas psicológicas para infantes.](#)
- [Test de inteligencia.](#)
- [Test breve de inteligencia de Kaufman](#) (K-BIT).
- Test Kostick (Personalidad).
- Test Kolb (Estilo de Aprendizaje).
- [Test psicométrico de Lüscher.](#)
- [Test de Matrices Progresivas \(Raven\).](#)
- [MFF-20.](#)
- [Indicador Myers-Briggs.](#)
- [Inventario Multifásico de Personalidad Minnesota](#) (MMPI).

- [Prueba de aptitud para lenguas extranjeras MLAT-ES.](#)
- [pruebas de personalidad.](#)
- [Otis sencillo](#) (inteligencia).
- [Otis Gamma.](#)
- Test de Raven (inteligencia).
- [Test de Rorschach.](#)
- [Test TRF](#) (inteligencia).
- [Escala Wechsler de Inteligencia para Adultos](#) o WAIS (inteligencia).
- [Escala Wechsler de Inteligencia para Niños \(WISC\)](#) (inteligencia).
- [Test de Wartegg](#) (personalidad).
- [Test Wonderlic](#) (inteligencia).
- [Test de Zovic](#), test psicométrico usado por empresas de recursos humanos que evalúa valores e intereses.

-Enlaces: Obtenido de «[https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Anexo:Pruebas psicológicas&oldid=86572505](https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Anexo:Pruebas_psicológicas&oldid=86572505)»
Categoría: [Tests psicológicos.](#)

- Esta página fue modificada por última vez el 7 nov 2015 a las 08:17.

-4.7)- Evaluación Psicológica

-(De Wikipedia, la enciclopedia libre).

-Una evaluación psicológica es una evaluación efectuada por un profesional de la salud mental, como puede ser un [psicólogo](#) para determinar el estado de la [salud mental](#) de una persona. Una evaluación psicológica puede tener como resultado un diagnóstico de una [enfermedad mental](#). Es el equivalente [mental](#) de un [examen físico](#).

-Esta evaluación generalmente incluye una entrevista preliminar y la aplicación de [tests](#): [Test de Rorschach](#), [Test de Apercepción Temática \(T.A.T\)](#), tests de [inteligencia](#) ([cociente intelectual](#)), etc. También puede incluir pruebas [neuropsicológicas](#), para evaluar, establecer, localizar y medir alguna irregularidad psico-orgánica. El examen psicológico no es un proceso terapéutico en sí mismo, sino que pretende precisar un diagnóstico, indicar un tratamiento, una [psicoterapia](#) o una reeducación neuropsicológica. También puede ser parte de un peritaje de seguros o judicial, sea civil o penal. La evaluación concluye con un informe escrito, que deberá poder ser comunicado al paciente quien deberá conocer sus implicancias.

-También es considerada como una disciplina psicológica, que se ocupa del estudio científico del comportamiento, a los niveles de complejidad necesarios de un sujeto con el fin de describir, predecir o explicar una conducta. (segun: Fernández Ballesteros, 1999)

-Etapas: Una evaluación psicológica consta de las siguientes etapas:

- una [entrevista clínica](#);
- la aplicación de batería de test psicológico;

Prof. Dr. Enrique BARMAIMON. Año 2016. 1ª Ed. Virtual. Tomo II. Montevideo, Uruguay.

- el análisis de los resultados a nivel cualitativo y cuantitativo;
- el dictamen del análisis que comprende los aspectos desprendidos, así como su ponderación con los elementos clínicos pertinentes, en el marco del examen;
- la conclusión y su comunicación a la persona examinada.

-Situaciones en que se requiere una evaluación psicológica:

.Los empleos sensibles, tales como trabajos de [inteligencia](#) o que implican el manejo de [información clasificada](#), pueden tener como requisito una evaluación psicológica, antes de emplear a alguna persona; aunque usualmente es también muy importante, la evaluación de los antecedentes de la persona en cuestión.

.Un [tribunal de justicia](#) puede ordenar una evaluación psicológica de un procesado, a fin de determinar su competencia para su [enjuiciamiento](#). Asimismo, cuando se utiliza la condición de insanidad como defensa, donde usualmente se exige que la parte demandada se someta a una evaluación psicológica que establezca su imputabilidad.

-Bibliografía:

- Colette Duflot (1999). *L'expertise psychologique: procédures et méthodes*, Dunod, [ISBN 210004222X](#).
- Colette Duflot-Favori (1988). *Le psychologue expert en justice*, PUF, [ISBN 2130414125](#).
- Jean Bergeret (2003). "La personnalité normale et pathologique" Langue: Éd: Dunod, [ISBN 2100030078](#)
- Jean Bergeret (2008). *Abrégé de psychologie pathologique*, Ed.: Masson; Coll.: Abrégés, [ISBN 2294701747](#)
- René Roussillon, C. Chabert, A. Ciccone, A. Ferrant, N. Georgieff, P. Roman (2007). *Manuel de psychologie et psychopathologie clinique générale*, [ISBN 9782294049569](#)
- Dana Castro (2006). *Pratique de l'examen psychologique en clinique adulte. WAIS-III, MMPI-2, Rorschach, TAT*, Dunod, [ISBN 2100074555](#).

-Enlaces externos: <imgsrc="//es.wikipedia.org/wiki/Special:CentralAutoLogin/start?type=1x1" alt="" title="" width="1" height="1" style="border: none; position: absolute;" />Obtenido de «<https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Evaluación psicológica&oldid=80908230>»

Categorías:

- [Psicología clínica](#).
- [Psiquiatría](#).

-Esta página fue modificada por última vez el 21 mar 2015 a las 02:11..

-4.8)- Psicometría

-(De Wikipedia, la enciclopedia libre).

-[Psicometría \(adivinación\)](#).

-La psicometría es la disciplina que se encarga del conjunto de métodos, técnicas y teorías implicadas, en medir y cuantificar las variables psicológicas del psiquismo humano.

-Validez y confiabilidad de las mediciones de variables psicológicas:

.La psicometría, engloba la teoría y la construcción de pruebas, test y otros procedimientos de medición válidos y confiables.

. Incluye la elaboración y aplicación de procedimientos estadísticos, que permitan determinar si una prueba o test, es válido o no, para la medición de una variable o conducta psicológica previamente definida.

.Los contenidos de la psicometría se articulan, fundamentalmente, en dos grandes bloques: teoría de los tests, que hace referencia a la construcción, validación y aplicación de los test; y [escalamiento](#), que incluye los métodos para la elaboración de escalas psicofísicas y psicológicas.

.Los conceptos clave de la teoría clásica de los tests son: [confiabilidad](#) y [validez](#). Un test es "confiable" si lo mide siempre de igual manera, es decir, si la aplicación del instrumento da medidas estables y consistentes, mientras que es "válido", si mide realmente el atributo que pretende medir;.

.Ambas propiedades, validez y confiabilidad, admiten un tratamiento [matemático](#).

-Véase también:

- [Fiabilidad](#)
- [Validez](#)
- [Anexo:Pruebas psicológicas](#).

-Referencias: Obtenido de «<https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Psicometría&oldid=85601825>» .

.[Categorías](#): [Tests cognitivos](#); [Psicometría](#).

-Esta página fue modificada por última vez el 25 octubre del 2015 a las 18:52.

-El texto está disponible bajo la [Licencia Creative Commons Atribución Compartir Igual 3.0](#); podrían ser aplicables cláusulas adicionales. Léanse los [términos de uso](#) para más información. Wikipedia® es una marca registrada de la [Fundación Wikimedia, Inc.](#), una organización sin ánimo de lucro.

0

0

0

0