

**- LIBROS SOBRE NEUROENDOCRINOLOGÍA- PROF. DR.
ENRIQUE BARMAIMON- 4 TOMOS- AÑO 2019.1- TOMO III-**

- LIBROS SOBRE NEUROENDOCRINOLOGÍA.

-AUTOR:

- PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON .

- Doctor en Medicina.

- Cátedras de:

- Anestesiología

- Cuidados Intensivos

- Neuroanatomía

- Neurofisiología

- Psicofisiología

- Neuropsicología.

- TOMO III -

-AÑO 2019- 1ª Edición Virtual: (.2019)-

- MONTEVIDEO, URUGUAY.

**- LIBROS SOBRE NEUROENDOCRINOLOGÍA- PROF. DR.
ENRIQUE BARMAIMON- 4 TOMOS- AÑO 2019.1- TOMO III-**

- 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 2019. Impresión virtual-.svb.smu@org.uy.

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

-Montevideo, 15 de enero de 2019.- 3 TOMOS-

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

- LIBROS SOBRE

NEUROENDOCRINOLOGÍA. -

- TOMO III -

**- LIBROS SOBRE NEUROENDOCRINOLOGÍA- PROF. DR.
ENRIQUE BARMAIMON- 4 TOMOS- AÑO 2019.1- TOMO III-**

- ÍNDICE.

- ÍNDICE.

- PROLOGO.

- INTRODUCCIÓN.

- INDICE.

- TOMO I -

- CAPÍTULO I: NEUROTRANSMISORES.

-1.1)- Definición de Neurotransmisor.

-1.1.1)- Diferencia entre Neurotransmisor y Hormona.

-1.2)- Procesos Bioquímicos Asociados a la Neurotransmisión-

-1.3)- Clasificación.

-1.3.1)- Funcionamiento de los Neurotransmisores.

-1.3.2)- Principales Neurotransmisores.

-1.4)- Véase También.

-1.5)- Referencias.

-1.6)- Enlaces externos.

- CAPÍTULO II: -2)- RECEPTOR CELULAR.

-2.1)- Tipos de Receptores Celulares.

-2.1.1)- Tipos .

-2.2)- Tipos de Receptores por Mecanismo.

-2.2.1)- Receptores Acoplados a Proteínas G.

-2.2.2)- Receptores Basados en la Apertura de un Canal Iónico.

-2.2.3)- Receptores Ligados a Enzima.

-2.2.4)- Receptores Transmembrana

-2.2.4.1)- Receptores con Actividad Tirosina quinasa Intrínseca.

-2.2.4.2)- Receptores que carecen de actividad intrínseca y reclutan quinasas.

-2.2.4.3)- Receptores acoplados a proteínas G

-2.2.4.4)- Reconocimiento de la Hormona por los Receptores Transmembrana.

-2.2.5)- Receptores Nucleares.

-2.2.5.1)- Receptores Esteroideos.

-2.2.5.2)- RXS y Receptores Huérfanos.

-2.3)- Referencias

-2.4)- Enlaces Externos.

- CAPÍTULO III :- 3)- NEUROHORMONAS.

-3.1)- HORMONAS.

-3.1.1)- Tipos.

-3.1.2)- Historia.

-3.1.3)- Fisiología.

-3.1.4)- Tipos de Hormonas.

-3.1.5)- Mecanismos de Acción Hormonal.

-3.1.6)- Principales Hormonas Humanas.

-3.1.6.1)- Hormonas Peptídicas y Derivadas de Aminoácidos.

-3.1.6.2)- Hormonas Lipídicas.

-3.1.6.2.1)- Esteroides.

- LIBROS SOBRE NEUROENDOCRINOLOGÍA- PROF. DR. ENRIQUE BARMAIMON- 4 TOMOS- AÑO 2019.1- TOMO III-

- 3.1.7)- [Farmacología](#).
- 3.1.8)- [Véase También](#).
- 3.1.9)- [Referencias](#).
- 3.1.10)- [Enlaces Externos](#).
- 3.2) - FEROMONAS.
- 3.2.1)- [En Abejas](#).
- 3.2.2)- [En hormigas](#)
- 3.2.2.1)- [Anatomía](#).
- 3.2.2.2)- [Electrofisiología](#).
- 3.2.2.3)- [Experimentos Electrofisiológicos](#).
- 3.2.2.4)- [Comportamiento](#).
- 3.2.3)- [En Gusano de Seda](#).
- 3.2.4)- [En Ratones](#).
- 3.2.5)- [En Humanos](#).
- 3.2.6)- [Véase También](#).
- 3.2.7)- [Referencias](#).
- 3.2.8)- [Enlaces Externos](#).
- 3.3)- NEUROPEPTIDOS.
- 3.3.1)- [Clasificación](#).
- 3.3.2)- [Funciones](#).
- 3.3.3)- [Referencias](#).
- 3.3.4)- [Enlaces Externos](#) .
- 3.4)- SUSTANCIA P.
- 3.4.1)- [Historia](#).
- 3.4.2)- [Efectos Farmacológicos](#).
- 3.4.3)- [Localización](#).
- 3.4.4)- [Referencias](#).
- 3.5- ESTEROIDE.
- 3.5.1)- [Estructura Química](#).
- 3.5.2)- [Características](#).
- 3.5.3)- [Funciones](#).
- 3.5.3.1)- [Función Hepática](#).
- 3.5.4)- [Véase También](#).
- 3.5.5)- [Referencias](#).
- 3.5.6)- [Bibliografía](#).
- 3.6)- NEUROESTEROIDE.
- 3.6.1)- [Importancia Biomédica](#)
- 3.6.2)- [Esteroides Neuroactivos GABAérgicos](#).
- 3.6.3)- [Potencial Terapéutico de los Esteroides Neuroactivos](#).
- 3.6.4)- [Estado Actual de Investigación](#).
- 3.6.5)- [Referencias](#) .
- 3.7)- SUSTANCIA QUÍMICA.
- 3.7.1)- [Clasificación](#).
- 3.7.2)- [Historia](#).
- 3.7.3)- [Otros Usos del Término](#).
- 3.7.3.1)- [En Filosofía](#).
- 3.7.3.2)- [En Otros Ámbitos](#).
- 3.7.4)- [Véase También](#).
- 3.7.5)- [Referencias](#).
- 3.7.6)- [Bibliografía](#).

- LIBROS SOBRE NEUROENDOCRINOLOGÍA- PROF. DR. ENRIQUE BARMAIMON- 4 TOMOS- AÑO 2019.1- TOMO III-

- 3.7.7)- [Enlaces Externos](#).
 - 3.8)- VÉASE TAMBIÉN.
 - CAPÍTULO IV : 4)- DROGAS.
 - 4.1)- [Etimología](#).
 - 4.2)- [Conceptos Asociados al Consumo de Drogas](#).
 - 4.2.1)- [Farmacodependencia](#).
 - 4.2.2)- [Tolerancia](#).
 - 4.2.3)- [Síndrome de Abstinencia](#).
 - 4.3)- [Modelo Funcional](#).
 - 4.3.1)- [Neuromodulación Iónica](#).
 - 4.3.1.1)- [Canales Abiertos por Ligando](#).
 - 4.3.1.2)- [Canales Abiertos por Voltaje](#).
 - 4.3.1.3)- [Canales abiertos por estimulación mecánica](#) .
 - 4.3.2)- [Neuromodulación Mediada por Proteínas G, ATP o GDP](#).
 - 4.3.3)- [Ejemplo 1: Bebidas Alcohólicas y Benzodiazepinas](#) .
 - 4.3.4)- [Ejemplo 2: Cannabis Sativa o Marihuana](#).
 - 4.4)- [Clasificación](#).
 - 4.4.1)- [Clasificación Según Su Estado Legal](#).
 - 4.4.2)- [Clasificación Farmacológica](#).
 - 4.4.2.1)- [Drogas Depresoras](#).
 - 4.4.2.2)- [Drogas Estimulantes](#).
 - 4.4.2.3)- [Drogas Alucinógenas](#).
 - 4.4.2.4)- [Drogas Opioides](#).
 - 4.4.3)- [Clasificación Según Su Uso Médico](#).
 - 4.4.3.1)- [Drogas Analgésicas](#).
 - 4.4.3.2)- [Drogas Anestésicas](#).
 - 4.4.3.3)- [Drogas Sedantes-hipnóticas](#).
 - 4.4.3.4)- [Drogas Antidepresivas](#).
 - 4.4.3.5)- [Drogas Antiparkinsonianas](#).
 - 4.4.3.6)- [Drogas Antipsicóticas](#).
 - 4.4.3.7)- [Drogas Ansiolíticas](#).
 - 4.4.3.8)- [Drogas Anoréxicas](#).
 - 4.4.3.9)- [Drogas Euforizantes](#).
 - 4.4.3.10)- [Drogas Nootrópicas](#).
 - 4.4.4)- [Clasificación en "Duras" y "Blandas"](#).
 - 4.5)- [Drogas de Consumo Más Común](#).
 - 4.5.1)- [Según los Efectos Producidos Sobre el Sistema Nervioso Central](#).
 - 4.5.2)- [Según su Daño Físico](#).
 - 4.5.3)- [Según su Nivel de Adicción](#).
 - 4.6)- [La Juventud y la Drogadicción](#).
 - 4.7)- [Debate Acerca de la Legalización/Illegalización](#).
 - 4.8)- [Véase También](#).
 - 4.9)- [Notas](#).
 - 4.10)- [Referencias](#).
 - 4.11)- [Bibliografía](#).
 - 4.12)- [Enlaces Externos](#).
-

- CAPÍTULO V : -5)- EJE HIPOTALÁMICO-HIPOFISARIO-ADRENAL.
- 5.1)- [Anatomía](#).
- 5.2)- [Función](#).

- LIBROS SOBRE NEUROENDOCRINOLOGÍA- PROF. DR. ENRIQUE BARMAIMON- 4 TOMOS- AÑO 2019.1- TOMO III-

- 5. [3\)- Investigaciones Científicas.](#)
- 5.4)- [Véase También.](#)
- 5.5)- [Referencias.](#)
- 5.5.1)- [Generales.](#)
- 5.5.2)- [En relación Con Enfermedades.](#)
- 5.6)- [Enlaces Externos.](#)
- CAPÍTULO VI: 6)- EJE HIPOTÁLAMO-HIPOFISARIO.
- 6.1)- [Anatomía](#)
- 6.1.1)- [Hipotálamo.](#)
- 6.1.2)- [Hipófisis.](#)
- 6.1.3)- [Conexiones Hipotálamo-hipofisarias.](#)
- 6.1.4)- [Sistema porta Hipofisario.](#)
- 6.2)- [Mecanismos de Regulación Hormonal.](#)
- 6.2.1)- [Vasopresina.](#)
- 6.2.2)- [Oxitocina.](#)
- 6.2.3)- [Hormona Liberadora de Gonadotropina.](#)
- 6.2.4)- [Hormona Liberadora de Tirotrópina.](#)
- 6.2.5)- [Hormona Liberadora de Hormona Adrenocorticotropa.](#)
- 6.2.6)- [Hormona Liberadora de la Hormona del Crecimiento.](#)
- 6.2.7)- [Hormona Inhibidora de la Liberación de Somatotropina o Somatostatina.](#)
- 6.2.8)- [Factor Inhibidor de la Liberación de Prolactina.](#)
- 6.3)- RITMO CIRCADIANO.
- 6.3.1)- [Características.](#)
- 6.3.2)- [Historia.](#)
- 6.3.3)- [Orígenes](#)
- 6.3.4)- [Ritmos Circadianos Animales.](#)
- 6.3.4.1)- [El Núcleo Supraquiasmático.](#)
- 6.3.4.2)- [Hormonas Afectadas Por el Ciclo Circadiano.](#)
- 6.3.4.3)- [Más Allá del “Reloj Maestro”.](#)
- 6.3.5)- [Interrupción de Ritmos Circadianos.](#)
- 6.3.6)- [Control Celular del Ciclo Circadiano](#)
- 6.3.7)- [Véase también](#)
- 6.3.8)- [Referencias](#)
- 6.4)- [Véase También.](#)
- 6.5)- [Referencias.](#)
- CAPÍTULO VII : -7)- SISTEMA ENDOCRINO
- 7.1)- [Glándulas Endocrinas y Exocrinas.](#)
- 7.2)- [Hormonas.](#)
- 7.2.1)- [Tipos de Comunicación.](#)
- 7.2.2)- [Funciones.](#)
- 7.2.3)- [Efectos](#)
- 7.2.4)- [Clasificación Química.](#)
- 7.3)- [Órganos endocrinos y hormonas producidas](#)
- 7.3.1)- [Sistema Nervioso Central.](#)
- 7.3.1.1)- [Hipotálamo.](#)
- 7.3.1.2)- [Glándula Pineal.](#)
- 7.3.1.3)- [Glándula Hipófisis \(pituitaria\).](#)
- 7.3.1.3.1)- [Adenohipófisis \(hipófisis anterior\).](#)
- 7.3.1.3.2)- [Neurohipófisis \(hipófisis posterior\)](#)
- 7.3.1.3.3)- [Hipófisis Media \(pars intermedia\)](#)

- LIBROS SOBRE NEUROENDOCRINOLOGÍA- PROF. DR. ENRIQUE BARMAIMON- 4 TOMOS- AÑO 2019.1- TOMO III-

- 7.3.2)- [Glándula Tiroides.](#)
- 7.3.3)- [Sistema Digestivo.](#)
- 7.3.3.1)- [Estómago.](#)
- 7.3.3.2)- [Duodeno.](#)
- 7.3.3.3)- [Hígado.](#)
- 7.3.3.4)- [Páncreas.](#)
- 7.3.4)- [Riñón.](#)
- 7.3.5)- [Glándula Suprarrenal.](#)
- 7.3.5.1)- [Corteza adrenal .](#)
- 7.3.5.2)- [Médula adrenal.](#)
- 7.3.6)- [Sistema Reproductivo.](#)
- 7.3.6.1)- [Testículos](#)
- 7.3.6.2)- [Folículo Ovárico / Cuerpo lúteo](#)
- 7.3.6.3)- [Placenta.](#)
- 7.3.6.4)- [Útero \(durante el embarazo\)](#)
- 7.3.7)- [Regulación del Calcio.](#)
- 7.3.7.1)- [Paratiroides.](#)
- 7.3.7.2)- [Piel.](#)
- 7.3.8)- [Otros](#)
- 7.3.8.1)- [Corazón.](#)
- 7.3.8.2)- [Médula ósea.](#)
- 7.3.8.3)- [Tejido Adiposo.](#)
- 7.4)- [Trastornos Endócrinos](#)
- 7.5)- [Referencias.](#)
- 7.6)- [Enlaces Externos.](#)
- CAPÍTULO VIII : - 8)- [HIPOTÁLAMO.](#)
- 8.1)- [Neuroanatomía.](#)
- 8.2)- [Hipótesis Lipostática.](#)
- 8.3)- [Tipos Celulares.](#)
- 8.4)- [Núcleos Neuronales.](#)
- 8.5)- [Funciones.](#)
- 8.5.1)- [Emociones.](#)
- 8.5.2)- [Hambre y Saciedad.](#)
- 8.5.3)- [Temperatura.](#)
- 8.5.4)- [Sueño.](#)
- 8.6)- [Hormonas.](#)
- 8.6.1)- [Neurohormonas.](#)
- 8.6.1.1)- [Hormona Antidiurética.](#)
- 8.6.1.2)- [Oxitocina.](#)
- 8.6.2)- [Factores Hipotalámicos.](#)
- 8.7)- [Enlaces Externos.](#)
- 8.8) - [Referencias.](#)

- CAPÍTULO IX : -9)- [HIPÓFISIS.](#)
- 9.1)- [Partes.](#)
- 9.2)- [Adenohipófisis.](#)
- 9.2.1)- [Hormonas de la Adenohipófisis.](#)
- 9.3)- [Neurohipófisis.](#)
- 9.4)- [Regulación Hipotalámica.](#)
- 9.5)- [Patología.](#)

- LIBROS SOBRE NEUROENDOCRINOLOGÍA- PROF. DR. ENRIQUE BARMAIMON- 4 TOMOS- AÑO 2019.1- TOMO III-

- 9.6)- [Etimología de la Palabra.](#)
- 9.7)- [Imágenes.](#)
- 9.8)- [Notas.](#)
- 9.9)- [Enlaces Externos.](#)

-TOMO II -

- CAPÍTULO X : 10) - ENFERMEDAD .

- 10.1)- [Definición y Términos Relacionados.](#)
- 10.1.1)- [Diferencia Entre *Enfermedad* y Otros Términos.](#)
- 10.1.2)- [Ciencias de la Salud.](#)
- 10.1.3)- [Patología Humana y Nosología.](#)
- 10.1.4)- [Nomenclatura.](#)
- 10.2)- [Definición de Enfermo.](#)
- 10.2.1)- [Experiencia de Enfermedad.](#)
- 10.2.2)- [Conducta de Enfermedad.](#)
- 10.3)- [Componentes de las Enfermedades.](#)
- 10.3.1)- [Epidemiología.](#)
- 10.3.2)- [Etiología.](#)
- 10.3.3)- [Patogenia.](#)
- 10.3.4)- [Cuadro Clínico.](#)
- 10.3.5)- [Pruebas Complementarias.](#)
- 10.3.6)- [Diagnóstico.](#)
- 10.3.7)- [Anatomía Patológica.](#)
- 10.3.8)- [Evolución.](#)
- 10.3.9)- [Tratamiento.](#)
- 10.3.10)- [Pronóstico.](#)
- 10.3.11)- [Prevención.](#)
- 10.4)- [Clasificaciones.](#)
- 10.4.1)- [Tipos de Enfermedades.](#)
- 10.4.1.1)- [Según Su Duración.](#)
- 10.4.1.2)- [Según Su Distribución.](#)
- 10.4.1.3)- [Según Su Etiopatogenia.](#)
- 10.4.2)- [Clasificaciones Normalizadas.](#)
- 10.4.2.1)- [Clasificación Internacional de Atención Primaria.](#)
- 10.4.2.2)- [Clasificación Internacional de Enfermedades.](#)
- 10.4.2.3)- [Clasificación de Trastornos Mentales.](#)
- 10.5)- [La Enfermedad en la Literatura.](#)
- 10.6)- [Véase También.](#)
- 10.7)- [Referencias.](#)
- 10.8)- [Bibliografía.](#)
- 10.9)- [Enlaces Externos.](#)
- CAPÍTULO XI: -11)-ENFERMEDAD CRÓNICA.
- 11.1)- [Etimología.](#)
- 11.2)- [Clasificación.](#)
- 11.3)- [Epidemiología.](#)
- 11.4)- [Etiología.](#)
- 11.5)- [Atención Sanitaria.](#)
- 11.6)- [Economía de la Salud.](#)
- 11.7)- [Véase También.](#)

- LIBROS SOBRE NEUROENDOCRINOLOGÍA- PROF. DR. ENRIQUE BARMAIMON- 4 TOMOS- AÑO 2019.1- TOMO III-

- 11.8)- [Referencias](#).
- 11.9)- [Enlaces Externos](#).
- CAPÍTULO XII : - 12)- ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA.
- 12.1)- [Epidemiología](#).
- .12.2)- [Etiología](#).
- 12.3)- [Cuadro Clínico](#).
- 12.4)- [Diagnóstico](#).
- 12.4.1)- [Velocidad de Filtración Glomerular](#).
- 12.5)- [Tratamiento](#).
- 12.5.1)- [Etapa 1](#).
- 12.5.2)- [Etapa 2](#).
- 12.5.3)- [Etapa 3](#).
- 12.5.4)- [Etapas 4 y 5](#).
- 12.5.5)- [Reemplazo Renal](#).
- 12.5.6)- [Trasplantes](#).
- 12.6)- [Mecanismos de Compensación](#).
- 12.7)- [Pronóstico](#).
- 12.8)- [Complicaciones](#) .
- 12.8.1)- [Hipertensión](#).
- 12.8.2)- [Anemia](#).
- 12.8.3)- [Acidosis Metabólica](#).
- 12.8.4)- [Dislipidemia](#).
- 12.8.5)- [Equilibrio Electrolítico](#).
- 12.8.6)- [Malnutrición](#).
- 12.8.7)- [Neuropatía](#).
- 12.8.8)- [Enfermedad Cardiovascular](#).
- 12.9)- [Véase También](#).
- 12.10)- [Enlaces Externos](#).
- 12.11)- [Referencias](#).
- CAPÍTULO XIII: -13)- ENFERMEDAD AGUDA.
- CAPÍTULO XIV : -14)- MORBILIDAD.
- CAPÍTULO XV : - 15)- COMORBILIDAD.
- 15.1)- [Atención al Paciente Con Comorbilidad](#).
- 15.2)- [Índices de Comorbilidad](#).
- 15.2.1)- [Índice de Charlson](#).
- 15.2.2)- [DRG](#).
- 15.3)- [Comorbilidad en la Salud Mental](#).
- 15.4)- [Consecuencias de la Comorbilidad](#).
- 15.5)- [Véase También](#).
- 15.6)- [Referencias](#).
- CAPÍTULO XVI: -16)- LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO.
- 16.1)- [Función del LCR](#)-
- 16.2)- [Formación del LCR](#).
- 16.3)- [Circulación del LCR](#).
- 16.4)- [Obtención de LCR](#)
- 16.5)- [Referencias](#).
- CAPÍTULO XVII : -17)- RECOLECCIÓN DE LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO (LCR).
- CAPITULO XVIII : -18)- IMAGEN MÉDICA.
- 18.1)- [Tecnología de Imagen Moderna](#).
- 18.1.1)- [Fluoroscopia](#).

- LIBROS SOBRE NEUROENDOCRINOLOGÍA- PROF. DR. ENRIQUE BARMAIMON- 4 TOMOS- AÑO 2019.1- TOMO III-

- 18.1.2)- [Imagen de Resonancia Magnética \(IRM\)](#).
- 18.1.3)- [Medicina Nuclear](#).
- 18.1.4)- [Gammacámara](#).
- 18.1.5)- [Tomografía Por Emisión de Positrones \(PET\)](#).
- 18.1.6)- [Radiografía](#).
- 18.1.7)- [Tomografía](#).
- 18.2)- [Radiografía Digital Para el Uso en Radioterapia](#).
- 18.3)- [Ultrasonido](#).
- 18.4)- [Técnicas de Imagen Clínica e Imagen Biológica](#).
- 18.4.1)- [Microscopía Electrónica](#).
- 18.5)- [Creación de Imágenes en Tres Dimensiones](#).
- 18.6)- [Imágenes Que No Diagnostican](#).
- 18.7)- [Los Servicios de Imágenes Médicas](#)
- 18.8)- [Software de Código Abierto Para Análisis de Imágenes Médicas](#).
- 18.9)- [Véase También](#).
- 18.10)- [Referencias](#).
- 18. 11)- [Enlaces Externos](#).
- CAPITULO XIX : - 19)- [PSICOLOGÍA COGNITIVA](#).
- 19.1)- [Historia](#).
- 19.)- [Psicología Cognitiva](#).
- 19.3)- [Etapas en el Desarrollo de la Psicología Cognitiva](#)
- 19.3.1)- [Hipótesis Cognitivista](#).
- 19.3.2)- [Hipótesis Conexionista](#).
- 19.4)- [Aplicación](#).
- 19.4.1)- [Psicología Anormal](#).
- 19.4.2)- [Psicología Social](#).
- 19.4.3)- [Psicología del Desarrollo](#).
- 19.4.4)- [Psicología Educativa](#).
- 19.4.5)- [Psicología de la Personalidad](#).
- 19.5)- [Críticas](#).
- 19.6)- [Véase También](#).
- 19.7)- [Referencias](#) .
- - CAPÍTULO XX: - 20)- [CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE ATENCIÓN PRIMARIA](#).
- 20.1)- [Historia](#).
- 20.2)- [Estructura](#).
- 20.2.1)- [Capítulos](#).
- 20.2.2)- [Componentes](#).
- 20.3)- [Rúbricas](#).
 - [A. Problemas Generales e Inespecíficos](#)
 - [B. Sangre, Órganos Hematopoyéticos y Sistema Inmunitario \(linfáticos, bazo y médula ósea\)](#)
 - [D. Aparato Digestivo](#)
 - [F. Ojo y Anejos](#)
 - [H. Aparato Auditivo](#)
 - [K. Aparato Circulatorio](#)
 - [L. Aparato Locomotor](#)
 - [N. Sistema Nervioso](#)
 - [P. Problemas Psicológicos](#)
 - [R. Aparato Respiratorio](#)
 - [S. Piel y Faneras](#)

- LIBROS SOBRE NEUROENDOCRINOLOGÍA- PROF. DR. ENRIQUE BARMAIMON- 4 TOMOS- AÑO 2019.1- TOMO III-

- [T. Aparato Endocrino, Metabolismo y Nutrición](#)
 - [U. Aparato Urinario](#)
 - [W. Planificación Familiar, Embarazo, Parto y Puerperio](#)
 - [X. Aparato Genital Femenino y Mamas](#)
 - [Y. Aparato Genital Masculino y Mamas](#)
 - [Z. Problemas Sociales .](#)
- 20.4)- [Véase También.](#)
- 20.5)- [Referencias.](#)
- 20.6)- [Bibliografía.](#)
- 20.7)- [Enlaces externos.](#)
- CAPÍTULO XXI :21)CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES.
- 21.1)- [Historia.](#)
- 21.2)- [CIE-11 \(versión estable para el lanzamiento de la implementación en junio de 2018\)](#)
- 21.3)- [Véase También.](#)
- 21.4)- [Referencias.](#)

- TOMO III -

- CAPÍTULO XXII : 22)- CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE LOS TRASTORNOS DEL SUEÑO.
- 22.1)- [Disomnias.](#)
- 22.2)- [Parasomnias.](#)
- 22.3)- [Trastornos del Sueño Asociados Con Procesos Médicos o Psiquiátricos.](#)
- 22.4)- [Véase También.](#)
- 22. 5)- [Enlaces Externos.](#)
- CAPÍTULO XXXIII : -23)- MANUAL DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES.
- 23.1)- [Prejuicios Relativos.](#)
- 23.2)- [Consideraciones Éticas Profesionales.](#)
- 23.3)- [Definición de *Trastorno*.](#)
- 23.4)- [Historia y Contexto.](#)
- 23.5)- [Diagnóstico a Través del DSM-IV.](#)
- 23.6)- [Clasificación de los Diferentes Trastornos](#)
- 23.6.1)- [Trastornos de Inicio en la Infancia, la Niñez o la Adolescencia.](#)
- 23.6.2)- [Trastornos Específicos.](#)
- 23.6.3)- [Delirium, demencia, Trastornos Amnésicos y Otros Trastornos Cognoscitivos.](#)
- 23.6.4)- [Trastornos Mentales Debidos a Enfermedad Médica.](#)
- 23.6.5)- [Trastornos Relacionados con Sustancias.](#)
- 23.6.6)- [Esquizofrenia y Otros Trastornos Psicóticos.](#)
- 23.6.7)- [Trastornos del Estado de Ánimo.](#)
- 23.6.8)- [Trastornos de Ansiedad.](#)
- 23.6.9)- [Trastornos Somatomorfos.](#)
- 23.6.10)- [Trastornos Ficticios.](#)
- 23.6.11)- [Trastornos Disociativos.](#)
- 23.6.12)- [Trastornos Sexuales y de la Identidad Sexual.](#)
- 23.6.13)- [Trastornos de la Conducta Alimentaria.](#)
- 23.6.14)- [Trastornos del Sueño.](#)
- 23.6.15)- [Trastornos del Control de Impulsos No Clasificados En Otros Apartados.](#)
- 23.6.16)- [Trastornos Adaptativos.](#)
- 23.6.17)- [Trastornos de la Personalidad.](#)

- LIBROS SOBRE NEUROENDOCRINOLOGÍA- PROF. DR. ENRIQUE BARMAIMON- 4 TOMOS- AÑO 2019.1- TOMO III-

- 23.[6.18](#))- [Otros Problemas Que Pueden Ser Objeto de Atención Clínica.](#)
- 23.[6.19](#))- [Propuestas Excluidas.](#)
- 23.[7](#))- [DSM-5.](#)
- 23.[7.1](#))- [Nuevas Categorías.](#)
- 23.[8](#))- [Críticas.](#)
- 23.[8.1](#))- [Limitaciones del Sistema Categorial.](#)
- 23.[8.2](#))- [Redacción Deficiente e Inconsistente.](#)
- 23.[8.3](#))- [Tasas Más Altas de Trastornos Mentales.](#)
- 23.[8.4](#))- [Umbrals Diagnósticos Más Bajos Para Muchos Desórdenes Existentes.](#)
- 23.[8.5](#))- [Consecuencias Imprevistas.](#)
- 23.[8.6](#))- [Alta Prevalencia de Comorbilidades.](#)
- 23.[9](#))- [Véase También.](#)
- 23.[10](#))- [Referencias.](#)
- 23.[11](#))- [Bibliografía.](#)
- 23.[12](#))- [Enlaces Externos.](#)
- **CAPÍTULO XXIV: -24)- CLASIFICACIÓN DE TRASTORNOS MENTALES.**
- 24.[1](#))- [Definiciones.](#)
- 24.[2](#))- [CIE-10.](#)
- 24.[3](#))- [DSM 5.](#)
- 24.[4](#))- [Otros Esquemas.](#)
- 24.[5](#))- [CLASIFICACIÓN DE TRASTORNOS MENTALES CIE-10 \(OMS\).](#)
- 24.[6](#))- [TRASTORNOS MENTALES ORGÁNICOS. DEMENCIA-](#)
- 24.[7](#))- [F00 - DEMENCIA EN LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER](#)
- 24.[8](#))- [F01- DEMENCIA VASCULAR.](#)
- 24.[9](#))- [F02- DEMENCIA EN ENFERMEDADES CLASIFICADAS EN OTRO LUGAR](#)
- 24.[10](#))- [F04- SÍNDROME AMNÉSICO ORGÁNICO.](#)
- 24.[11](#))- [F05- DELIRIUM NO INDUCIDO POR ALCOHOL U OTRAS SUSTANCIAS PSICOTROPAS.](#)
- 24.[12](#))- [F06- OTROS TRASTORNOS MENTALES DEBIDOS A LESIÓN O DISFUNCIÓN CEREBRAL O A ENFERMEDAD SOMÁTICA.](#)
- 24.[13](#))- [F07- TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS A ENFERMEDADES, LESIONES O DISFUNCIONES CEREBRALES.](#)
- 24.[14](#))- [F10-19- TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOTROPAS.](#)
- 24.[15](#))- [F19- TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE MÚLTIPLES DROGAS.](#)
- 24.[16](#))- [F20-29 ESQUIZOFRENIA, TRASTORNO ESQUIZOTÍPICO Y TRASTORNOS DE IDEAS DELIRANTES.](#)
- 24.[17](#))- [F21- TRASTORNO ESQUIZOTÍPICO.](#)
- 24.[18](#))- [F22- TRASTORNOS DE IDEAS DELIRANTES PERSISTENTES.](#)
- 24.[19](#))- [F23- TRASTORNOS PSICÓTICOS AGUDOS Y TRANSITORIOS.](#)
- 24.[20](#))- [F23.9- Trastorno psicótico agudo transitorio sin especificación. Diagnóstico en la infancia.](#)
- 24.[21](#))- [Empleo.](#)
- 24.[22](#))- [Tipos de Sistemas de Clasificación.](#)
- 24.[22.1](#))- [Esquemas Categóricos.](#)
- 24.[22.2](#))- [Esquemas No-categóricos.](#)
- 24.[22.3](#))- [Descriptivo vs Somático.](#)
- 24.[23](#))- [Diferencias Culturales.](#)
- 24.[24](#))- [Desarrollo Histórico.](#)
- 24.[24.1](#))- [Antigüedad.](#)

- LIBROS SOBRE NEUROENDOCRINOLOGÍA- PROF. DR. ENRIQUE BARMAIMON- 4 TOMOS- AÑO 2019.1- TOMO III-

- 24.24.2)- [Edad Media hasta el Renacimiento.](#)
- 24.24.3)- [Siglo 18.](#)
- 24.24.4)- [Siglo 19.](#)
- 24.24.5)- [Siglo XX.](#)
- 24.24.6)- [Siglo XXI.](#)
- 24.25)- [Críticas.](#)
- 24.26)- [Enlaces Externos.](#)
- 24.27)- [Referencias.](#)
- CAPÍTULO XXV : -25)- SISTEMA NERVIOSO-
- 25.1)- [Divisiones del Sistema Nervioso.](#)
- 25.2)- [Células](#)
- 25.2.1)- [Neuronas.](#)
- 25.2.1.1)- [Clasificación Morfológica.](#)
- 25.2.1.2)- [Clasificación Fisiológica.](#)
- 25.2.1.3)- [Impulsos Nerviosos.](#)
- 25.2.1.4)- [Sinapsis.](#)
- 25.2.1.5)- [Neurotransmisores.](#)
- 25.2.2)- [Células gliales](#)
- 25.2.2.1)- [Clasificación Topográfica.](#)
- 25.2.2.2)- [Clasificación Morfo-funcional.](#)
- 25.3)- [Sistema Nervioso Humano.](#)
- 25.3.1)- [Desarrollo Embrionario.](#)
- 25.3.2)- [Sistema Nervioso Central.](#)
- 25.3.3)- [Sistema Nervioso Periférico.](#)
- 25.3.4)- [Sistema Nervioso Autónomo.](#)
- 25.3.5)- [Enfermedades.](#)
- 25.4)- [Sistema Nervioso en los Animales.](#)
- 25.4.1)- [Redundancia.](#)
- 25.4.2)- [Mielinización.](#)
- 25.4.3)- [Metamerización.](#)
- 25.4.4)- [Centralización.](#)
- 25.4.5)- [Cefalización.](#)
- 25.4.6)- [Animales Doblásticos.](#)
- 25.4.7)- [Animales Triblásticos.](#)
- 25.4.7.1)- [Animales Protóstomos.](#)
- 25.4.7.2)- [Animales Deuteróstomos.](#)
- 25.4.8)- [Sistema Nervioso Por Filo.](#)
- 25.4.8.1)- [Cnidarios.](#)
- 25.4.8.2)- [Platelmintos](#)
- 25.4.8.3)- [Anélidos.](#)
- 25.4.8.4)- [Moluscos.](#)
- 25.4.8.5)- [Artrópodos](#)
- 25.4.8.6)- [Equinodermos.](#)
- 25.4.8.7)- [Vertebrados.](#)
- 25.5)- [Véase También.](#)
- 25. 6)- [Notas.](#)
- 25.7)- [Referencias](#)
- 25.8)- [Enlaces Externos.](#)
- CAPÍTULO XXVI: -26)- SISTEMA NERVIOSO CENTRAL HUMANO.-
- 26.1)- [Estructura.](#)

- LIBROS SOBRE NEUROENDOCRINOLOGÍA- PROF. DR. ENRIQUE BARMAIMON- 4 TOMOS- AÑO 2019.1- TOMO III-

- 26.1.1)- [Áreas de Brodmann.](#)
- 26.1.2)- [Lóbulo Frontal.](#)
- 26.1.3)- [Lóbulo Parietal.](#)
- 26.1.4)- [Lóbulo Temporal.](#)
- 26.1.5)- [Lóbulo Occipital.](#)
- 26.1.6)- [Cuerpo Calloso.](#)
- 26.1.7)- [Cápsula Interna.](#)
- 26.1.8)- [Tálamo.](#)
- 26.1.9)- [Hipotálamo.](#)
- 26.1.10)- [Ganglios Basales.](#)
- 26.2)- [Sustancia Gris y Sustancia Blanca.](#)
- 26.3)- [Líquido Cefalorraquídeo.](#)
- 26.4)- [Desarrollo Embrionario.](#)
- 26.5)- [Enfermedades.](#)
- 26.5.1)- [Infecciones.](#)
- 26.5.1.1)- [Encefalitis y Mielitis.](#)
- 26.5.1.2)- [Meningitis.](#)
- 26.5.2)- [Enfermedades Neurodegenerativas.](#)
- 26.5.3)- [Tumores del Sistema Nervioso Central.](#)
- 26.5.3.1)- [Tumores Neuroepiteliales.](#)
- 26.5.3.2)- [Tumores No-neuroepiteliales.](#)
- 26.6)- [Véase También.](#)
- 26.7)- [Referencias.](#)
- 26.8)- [Enlaces Externos.](#)
- CAPÍTULO XXVII: - 27)- SISTEMA LÍMBICO.
- 27.1)- [Etimología.](#)
- 27.2)- [Historia .](#)
- 27.2.1)- [PULSION.](#)
- 27.3)- [Evolución, filogenia.](#)
- 27.4)- [Esbozo Desde la Perspectiva Fisiológica.](#)
- 27.5)- [Partes.](#)
- 27.5.1)- [Hipotálamo.](#)
- 27.5.2)- [Hipocampo.](#)
- 27.5.3)- [Amígdala Cerebral.](#)
- 27.5.4)- [Zonas Relacionadas.](#)
- 27.6)- [Véase También.](#)
- 27.7)- [Referencias.](#)
- CAPÍTULO XXVIII: -28)- MOTIVACIÓN.-
- 28.1) -[Según la Psicología y Filosofía.](#)
- 28.2)- [Tipos de Teorías y Modelos.](#)
- 28.3)- [Teorías y Modelos Psicológicos.](#)
- 28.3.1)- [Motivaciones Racionales.](#)
- 28.3.2)- [Teorías del Incentivo: Motivación Intrínseca y Extrínseca.](#)
- 28.3.2.1)- [Motivación Intrínseca.](#)
- 28.3.2.2)- [Motivación Extrínseca.](#)
- 28.3.2.3)- [Condicionamiento Operante.](#)
- 28.3.2.4)- [Push and pull.](#)
- 28.3.4)- [Teoría del Incentivo.](#)
- 28.3.5)- [Teoría de Reducción de Pulsiones.](#)
- 28.3.6)- [Teoría de la Disonancia Cognitiva.](#)

- LIBROS SOBRE NEUROENDOCRINOLOGÍA- PROF. DR. ENRIQUE BARMAIMON- 4 TOMOS- AÑO 2019.1- TOMO III-

- 28.[3.7\)](#)- [Teorías de Contenido.](#)
- 28.[3.7.1\)](#)- [Jerarquía de Necesidades de Maslow.](#)
- 28.[3.8\)](#)- [Otras Teorías sobre la Motivación.](#)
- 28.[4\)](#)- [La Motivación en el Trabajo.](#)
- 28.[5\)](#)- [Variables Motivacionales.](#)
- 28.[6\)](#)- [Relación del Término Con la Necesidad.](#)
- 28.[7\)](#)- [Causas de la Motivación.](#)
- 28.[8\)](#)- [Desmotivación.](#)
- 28.[9\)](#)- [Referencias.](#)
- 28.[10\)](#)- [Enlaces Externos.](#)

- CAPÍTULO XIX: -29)- CONDUCTA O COMPORTAMIENTO. -
- 29.[1\)](#)- [Delimitación del Término.](#)
- 29.[2\)](#)- [Comportamiento en Psicología.](#)
- 29.[2.1\)](#)- [Conducta.](#)
- 29.[2.2\)](#)- [Aspectos Psico-sociales.](#)
- 29.[3\)](#)- [Comportamiento de los Sistemas Sociales.](#)
- 29.[3.1\)](#) - [Agrupaciones y Sociedades.](#)
- 29.[3.2\)](#)- [Costes y Beneficios de Vivir en Grupo.](#)
- 29.[3.3\)](#)- [Las Adaptaciones a la Vida en Grupo.](#)
- 29. [3.4\)](#)- [Conducta Formal.](#)
- 29.[3.5\)](#)- [Realización Voluntaria.](#)
- 29.[4\)](#)- [Comportamiento del Consumidor.](#)
- 29.[5\)](#)- [Véase También.](#)
- 29.[6\)](#)- [Referencias.](#)
- 29.[7\)](#)- [Bibliografía.](#)
- 29.[8\)](#)- [Enlaces Externos](#)

- CAPÍTULO XXX: -30)- TRASTORNOS DEL SUEÑO.
- 30.[1\)](#)- [Desarrollo de los Trastornos de Sueño.](#)
- 30.[1.1\)](#)- [Somnolencia durante el día.](#)
- 30.[1.2\)](#)- [Otros Trastornos del Sueño.](#)
- 30.[2\)](#)- [Véase También.](#)
- 30.[3\)](#)- [Referencias.](#)
- 30.[4\)](#)- [Bibliografía.](#)
- 30.[5\)](#)- [Enlaces Externos.](#)

- CAPÍTULO XXXI: 31)- SENSIBILIZACIÓN CENTRAL .
- 31.1)- Fisiología del Dolor
- 31.2)- Manifestaciones Clínicas.
- 31.3)- Véase También.
- 31.4)- Referencias.

- CAPÍTULO XXXII : -32)- DOLOR.
- 32.1)- 1Historia.
- 32.2)-Fisiopatología.
- 32.2.1)- Componentes.
- 32.3)- Mecanismos Moleculares de la Nocicepción.
- 32.3.1)- Tipos de Fibras Nerviosas.
- 32.3.2)- Fenómeno de los Dos Dolores.
- 32.3.3)- Proteínas Nociceptivas.
- 32.3.4)- Neurotransmisores de los Nociceptores.
- 32.3.4.1)-Glutamato.
- 32.3.4.2)- Neuropeptidos.

- LIBROS SOBRE NEUROENDOCRINOLOGÍA- PROF. DR. ENRIQUE BARMAIMON- 4 TOMOS- AÑO 2019.1- TOMO III-

- 32.3.5)- Bioquímica de la Nocicepción.
- 32.3.6)- Alodinia e Hiperalgnesia.
- 32.3.6.1)- Sensibilización Periférica.
- 32.3.6.2)- Sensibilización Central.
- 32.4)- Vías del Dolor y Elaboración de la Sensación Dolorosa.
- 32.4.1)- Asta Posterior de la Médula Espinal y Su Organización.
- 32.4.2)- Vías Espinales del Dolor.
- 32.4.2.1)- El Tracto Espinotalámico (STT).
- 32.4.2.2)- Los haces SPA y SPH.
- 32.4.3)- Integración de los Aspectos Sensorial y Afectivo del Dolor.
- 32.5)- Características del Dolor.
- 32.6)- Factores Que Modulan el Dolor.
- 32.7)- Clasificación del Dolor.
- 32.7.1)- Según el Tiempo de Evolución.
- 32.7.2)- Según la Etiología del Dolor.
- 32.7.3)- Según la Localización del Dolor.
- 32.8)- Tratamiento.
- 32.8.1)- Anestesia.
- 32.8.2)- Analgesia.
- 32.8.3)-Tratamientos Alternativos.
- 32.8.3.1)- Tratamiento del Dolor con Magnetismo.
- 32.9)- Otras definiciones de Dolor.
- 32.9.1)- Dolor y Placer.
- 32.9.2)- Dolor Fetal.
- 32.10)- Véase También.
- 32.11)- Referencias.
- 32.12)- Enlaces Externos.
- CAPÍTULO XXXIII : - 33)- ALODINIA.
- 33.1)- Alodinia e Hiperalgnesia.
- 33.2)- Origen Neuronal.
- 33.3)- Tratamiento.
- 33.4)- Véase También.
- 33.5)- Referencias.
- CAPÍTULO XXXIV : -34)- SÍNDROME DE DOLOR REGIONAL COMPLEJO.
- 34.1)- Historia.
- 34.2)- Clasificación.
- 34.3)- Etapas del Síndrome Sudeck.
- 34.3.1)- Etapa I: aguda.
- 34.3.2)- Etapa II: Distrófica.
- 34.3.3)- Etapa III: Atrófica.
- 34.4)- Tratamientos.
- 34.5)- Referencias.

- TOMO IV -

- CAPÍTULO XXXV : -35)- ESTRÉS-
- 35.1)- [Historia](#).
- 35.2)- [Eustrés y Distrés](#).
- 35.3)- [Fisiopatología](#).

- LIBROS SOBRE NEUROENDOCRINOLOGÍA- PROF. DR. ENRIQUE BARMAIMON- 4 TOMOS- AÑO 2019.1- TOMO III-

- 35.3.1)- [Reacciones Psicológicas.](#)
- 35.4)- [Factores Desencadenantes.](#)
- 35.5)- [Endocrinología.](#)
- 35.6)- [Cuadro Clínico.](#)
- 35.6.1)- [Estados de Adaptación.](#)
- 35.6.2)- [Estrés Postraumático.](#)
- 35.7)- [Estrés Laboral.](#)
- 35.8)- [Tratamiento.](#)
- 35.8.1)- [La Resistencia al Estrés.](#)
- 35.9)- [Véase También.](#)
- 35.10)- [Referencias.](#)
- 35.11)- [Enlaces Externos.](#)
- CAPÍTULO XXXVI: 36)- COGNICIÓN.-
- 36.1)- [El proceso Mental.](#)
- 36.1.1)- [Procesamiento de la Información.](#)
- 36.2)- [Actividad Cognoscitiva.](#)
- 36.2.1)- [Estructura Cognitiva.](#)
- 36.3)- [Véase También.](#)
- 36.4)- [Referencias.](#)
- 36.5)- [Enlaces Externos.](#)
- CAPÍTULO XXXVII: -37)- SÍNDROME DE LAS PIERNAS INQUIETAS.-
- 37.1)- [Historia.](#)
- 37.2)- [Epidemiología.](#)
- 37.3)- [Etiología.](#)
- 37.4)- [Cuadro Clínico.](#)
- 37.5)- [Diagnóstico.](#)
- 37.6)- [Diagnóstico Diferencial.](#)
- 37.7)- [Tratamiento.](#)
- 37.8)- [Véase También.](#)
- 37.9)- [Referencias.](#)
- 37.10)- [Enlaces Externos.](#)
- CAPÍTULO XXXVIII: - 38)- TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO.-
- 38.1)- [Introducción.](#)
- 38.2)- [Síntomas y Diagnóstico.](#)
- 38.2.1)- [Trastorno de Estrés Postraumático \[309.81\] \(F43.10\) según DSM-5.](#)
- 38.2.2)- [Trastorno de Estrés Postraumático en Niños Menores de 6 Años.](#)
- 38.3)- [Epidemiología.](#)
- 38.4)- [Etiología.](#)
- 38.5)- [Tratamiento.](#)
- 38.6)- [Véase También.](#)
- 38.7)- [Referencias.](#)
- 38.8)- [Enlaces Externos.](#)
- CAPÍTULO XXIX)- 39)- TROMBOSIS.
- 39.1)- [Etiología.](#)
- 39.2)- [Factores de Riesgo.](#)
- 39.2.1)- [Primarios.](#)
- 39.2.2)- [Secundarios.](#)
- 39.3)- [Tipos de Trombosis.](#)

- LIBROS SOBRE NEUROENDOCRINOLOGÍA- PROF. DR. ENRIQUE BARMAIMON- 4 TOMOS- AÑO 2019.1- TOMO III-

- 39.4)- [Diferencia entre Trombosis y Embolia.](#)
- 39.5)- [Tratamiento.](#)
- 39.6)- [Véase También.](#)
- 39.7)- [Referencias.](#)
- 39. 8)- [Enlaces Externos.](#)
- CAPÍTULO XXXX: - 40)- ACCIDENTE CEREBROVASCULAR: ACV-
- 40.1)- [Etiología.](#)
- 40.2)- [Tipos.](#)
- 40.3)- [Epidemiología.](#)
- 40.4)- [Clasificación](#)
- 40.4.1)- [Ictus Isquémico.](#)
- 40.4.1.1)- [De Origen Vascular o Hemodinámico.](#)
- 40.4.1.2)- [De Origen Intravascular.](#)
- 40.4.1.3)- [De Origen Extravascular.](#)
- 40.4.2)- [Ictus Hemorrágico.](#)
- 40.5)- [Cuadro clínico](#)
- 40.5.1)- [Primeros Auxilios.](#)
- 40.6)- [Rehabilitación.](#)
- 40.7)- [Prevención.](#)
- 40.8)- [Día Mundial.](#)
- 40.9)- [Programas Sociales](#)
- 40.10)- [Véase También.](#)
- 40.11)- [Referencias.](#)
- 40.12)- [Enlaces Externos.](#)
- CAPÍTULO XXXXI : - 41)- SUEÑO-
- 41.1)- [Etapas del Sueño.](#)
- 41.1.1)- [Necesidades de Sueño y Edad.](#)
- 41.2)- [Función Biológica del Sueño.](#)
- 41.2.1)- [Eliminación de Residuos Celulares del Cerebro.](#)
- 41.3)- [Efectos del sueño](#)
- 41.3.1)- [Consolidación de la Memoria.](#)
- 41.3.1.1)- [Procesamiento de la Memoria.](#)
- 41.4)- [Áreas del Encéfalo Implicadas en el Sueño.](#)
- 41.4.1)- [Fármacos Que Afectan al Sueño.](#)
- 41. 4.2)- [Enfermedades del Sueño.](#)
- 41.4.3)- [Aspectos Genéticos Que Influyen en la Duración del Sueño.](#)
- 41. 4.4)- [Duración del Sueño y Enfermedad.](#)
- 41.5)- [El Sueño en los Animales.](#)
- 41.6)- [Véase También.](#)
- 41.7)- [Referencias.](#)
- 41.8)- [Bibliografía.](#)
- 41.9)- [Enlaces Externos.](#)
- CAPÍTULO XXXXII: - 42)- CANSANCIO-
- 42.1)- [Clasificación.](#)

- LIBROS SOBRE NEUROENDOCRINOLOGÍA- PROF. DR. ENRIQUE BARMAIMON- 4 TOMOS- AÑO 2019.1- TOMO III-

- 42.1.1)- [Normal](#).
- 42.1.2)- [Patológico](#)-
- 42.2)- [Etiología](#).
- 42.3)- [Diagnóstico](#).
- 42.3.1)- [Diagnóstico Diferencial](#).
- 42.4)- [Véase También](#).
- 42.5)- [Bibliografía](#).
- CAPÍTULO XXXXIII: -43)- ANSIEDAD.
- 43.1)- [Descripción General](#).
- 43.2)- [Ansiedad Patológica](#).
- 43.2.1)- [Diferencia entre Ansiedad Normal y Patológica](#).
- 43.3)- [Síntomas](#).
- 43.3.1)- [Escala de Ansiedad Hamilton](#).
- 43.3.2)- [Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg](#).
- 43.4)- [Diagnóstico Diferencial](#).
- 43.5)- [Pronóstico](#).
- 43.6)- [Véase También](#).
- 43.7)- [Referencias](#).
- 43.8)- [Enlaces Externos](#).
- CAPÍTULO XXXXIV : 44)- TRASTORNOS DE ANSIEDAD.
- CAPÍTULO : 45)- DEPRESIÓN.
- 45.1)- [Clasificación](#)..
- 45.2)- [Historia](#).
- 45.3)- [Epidemiología](#)
- 45.4)- [Etiología](#).
- 45.4.1)- [Teoría Inflamatoria](#).
- 45.4.2)- [Factores Ambientales](#).
- 45.4.2.1)- [Estrés Psicosocial y Trauma](#).
- 45.4.2.2)- [Dieta](#)
- 45.4.2.3)- [Permeabilidad Intestinal e Intolerancia Alimentaria](#).
- 45.4.2.4)- [Ejercicio](#).
- 45.4.2.5)- [Obesidad](#)
- 45.4.2.6)- [Tabaquismo](#)
- 45.4.2.7)- [Trastornos Atópicos](#).
- 45.4.2.8)- [Enfermedades Periodontales](#).
- 45.4.2.9)- [Sueño](#).
- 45.4.2.10)- [Vitamina D](#)
- 45.4.2.11) [Otros](#)
- 45.4.3)- [Genética](#).
- 45.5)- [Cuadro Clínico](#).
- 45.5.1)- [Trastorno Depresivo Mayor, Episodio Único o Recidivante](#),
- 45.5.2)- [Trastorno Distímico](#).
- 45.5.3)- [Trastorno Adaptativo, con estado de ánimo depresivo o mixto: ansiedad y ánimo depresivo](#)).

- LIBROS SOBRE NEUROENDOCRINOLOGÍA- PROF. DR. ENRIQUE BARMAIMON- 4 TOMOS- AÑO 2019.1- TOMO III-

- 45.[5.4](#))- [Trastorno Depresivo No Especificado.](#)
- 45.[5.5](#))- [Otros Tipos.](#)
- 45.[5.6](#))- [Trastorno Depresivo Asociado a Duelo Patológico.](#)
- 45.[5.7](#))- [Clasificación de la Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental](#)
- 45.[5.8](#))- [Situaciones Particulares](#)
- 45.[5.8.1](#))- [En las mujeres.](#)
- 45.[5.8.2](#))- [En los varones.](#)
- 45.[5.8.3](#))- [En la Vejez.](#)
- 45.[5.8.4](#))- [En la infancia](#)
- 45.[5.8.5](#))- [En el bebé](#)
- 45.[6](#))- [Diagnóstico.](#)
- 45.[7](#))- [Diagnóstico Diferencial.](#)
- 45.[8](#))- [Tratamiento.](#)
- 45.[8.1](#))- [Farmacológico.](#)
- 45.[8.2](#))- [Psicoterapia.](#)
- 45.[8.2.1](#))- [Psicoterapia Interpersonal.](#)
- 45.[8.2.2](#))- [Terapia Cognitiva.](#)
- 45.[8.2.3](#))- [Terapia Conductual.](#)
- 45.[8.2.4](#))- [Psicoterapias Psicodinámicas Breves.](#)
- 45.[8.2.5](#))- [Acompañamiento Terapéutico y Casas de Medio Camino](#)
- 45.[8.3](#))- [Medidas coadyuvantes](#)
- 45.[9](#))- [Pronóstico](#)
- 45.[10](#))- [Profilaxis.](#)
- 45.[11](#))- [Véase También.](#)
- 45.[12](#))- [Bibliografía](#)
- 45.[13](#))- [Referencias](#)
- 45.[14](#))- [Enlaces Externos.](#)
- CAPÍTULO XLVI :- 46)- [EJERCICIO FÍSICO.](#)
- 46.[1](#))- [Efectos del Ejercicio Físico en la Salud.](#)
- 46.[1.1](#))- [Salud Mental.](#)
- 46.[1.2](#))- [Efectos en el Cerebro y las Funciones Cognitivas.](#)
- 46.[2](#))- [Ejercicio y Bienestar](#)
- 46.[2.1](#))- [Ejercicio y Salud en el Ámbito Laboral.](#)
- 46.[3](#))-[Contraindicaciones del Ejercicio Físico.](#)
- 46.[3.1](#))- [Estrés Oxidativo.](#)
- 46.[3.2](#))- [Insomnio.](#)
- 46.[3.3](#))- [Sobre-ejercitación.](#)
- 46.[4](#))- [Véase También.](#)
- 46.[5](#))- [Referencias.](#)
- 46.[6](#))- [Enlaces Externos.](#)
- CAPITULO XLVII : -47)- [TÉCNICA DE RELAJACIÓN.](#)
- 47.[1](#))- [Conceptos Básicos.](#)
- 47.[2](#))- [Motivación.](#)
- 47.[3](#))- [Técnicas de Relajación.](#)

- LIBROS SOBRE NEUROENDOCRINOLOGÍA- PROF. DR. ENRIQUE BARMAIMON- 4 TOMOS- AÑO 2019.1- TOMO III-

- 47.4)- [Referencias](#).
- CAPÍTULO XLVIII: - 48)- MEDITACIÓN -
- 48.1)- [Definiciones](#).
- 48.2)- [Características](#).
- 48.3)- [Meditación Religiosa o Espiritual](#).
- 48.3.1)- [Budismo](#).
- 48.3.2)- [Cristianismo](#).
- 48.3.3)- [Hinduismo](#)
- 48.3.4)- [Islamismo](#).
- 48.3.5)- [Paganismo](#).
- 48. 4)- [Técnicas de Meditación](#).
- 48. 5)- [Salud y Efectos Fisiológicos](#).
- 48.6)- [Véase También](#).
- 48.7)- [Referencias](#).
- 48.8)- [Bibliografía](#).
- 48.9)- [Enlaces Externos](#).
- CAPÍTULO IL: - 49)- ESPASMO MUSCULAR.
- 49.1)- [Diagnóstico](#).
- 49.2)- [Tipos](#).
- 49.3)- [Etiología](#).
- 49.3.1)- [Calambres y Ejercicio](#).
- 49.3.2)- [Antagonismo Muscular](#).
- 49.4)- [Tratamiento](#).
- 49.5)- [Pronóstico](#).
- 49.6)- [Situaciones Que Requieren Asistencia Médica](#).
- 49.7)- [Prevención](#).
- 49.8)- [Véase También](#).
- 49.9)- [Referencias](#).
- CAPITULO L: - 50)- FRÍO -
- 50.1)- [Sensación de Frío](#).
- 50.1.1)- [Sensación de Frío en el Ser Humano](#).
- 50.2)- [Enfriamiento](#).
- 50.3)- [Véase También](#).
- 50.4)- [Referencias](#).
- Capítulo LI: -51) - LOS 81 LIBROS PUBLICADOS PROF. Dr. ENRIQUE BARMAIMON:  - -
- Capítulo LII :- 52)- CURRICULA PROF. DR. Enrique Barmaimon.-

0 0 0 0 0 0 0 0.

- TOMO III -

- CAPÍTULO XXII : 22)- CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE LOS TRASTORNOS DEL SUEÑO.

-De Wikipedia, la enciclopedia libre

- La Clasificación internacional de los trastornos del sueño : *International Classification of Sleep Disorders* o ICSD, distingue tres grandes grupos de enfermedades del sueño: [disomnias](#), [parasomnias](#) : trastornos patológicos que suceden durante el sueño, y trastornos psiquiátricos del sueño.

-ÍNDICE.

- CAPÍTULO XXII : 22)- CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE LOS TRASTORNOS DEL SUEÑO.

-22.1)- [Disomnias](#).

-22.2)- [Parasomnias](#).

- 22.3)- [Trastornos del Sueño Asociados Con Procesos Médicos o Psiquiátricos](#).

-22.4)- [Véase También](#).

- 22. 5)- [Enlaces Externos](#).

- 22.1)- Disomnias.

1. Trastornos Intrínsecos del Sueño:

1. [Insomnio psicofisiológico](#)
2. [Insomnio idiopático](#)
3. [Narcolepsia](#)
4. [Hipersomnia recurrente o idiopática](#)
5. [Hipersomnia postraumática](#)
6. [Síndrome de apnea del sueño](#)
7. Trastorno de los movimientos periódicos de las piernas
8. [Síndrome de las piernas inquietas](#)

2. Trastornos Extrínsecos del Sueño:

1. [Higiene del sueño inadecuada](#)
2. [Trastorno ambiental del sueño](#)
3. [Insomnio de altitud](#)
4. [Trastorno del sueño por falta de adaptación](#)
5. [Trastorno de asociación en la instauración del sueño](#)
6. [Insomnio por alergia alimentaria](#)
7. [Síndrome de la ingestión nocturna de comida o bebida](#)

- LIBROS SOBRE NEUROENDOCRINOLOGÍA- PROF. DR. ENRIQUE BARMAIMON- 4 TOMOS- AÑO 2019.1- TOMO III-

8. [Trastornos del sueño secundarios a la ingestión de alcohol, fármacos o drogas](#)
3. Trastornos del Ritmo Circadiano del Sueño:
 1. [Síndrome del cambio rápido de zona horaria \(síndrome transoceánico\)](#)
 2. [Trastorno del sueño en el trabajador nocturno](#)
 3. [Síndrome de la fase del sueño retrasada](#)
 4. [Síndrome del adelanto de la fase del sueño](#)
 5. [Trastorno por ciclo sueño-vigilia diferente de 24 horas](#)

- 22.2)- Parasomnias.

-.: [Parasomnia](#).

1. Trastornos del Despertar:
 1. Despertar confusional;
 2. [Sonambulismo](#);
 3. [Terrores nocturnos](#);
2. Trastornos de la Transición Sueño-vigilia:
 1. Trastornos de los movimientos rítmicos
 2. Trastornos del hablar nocturno
 3. Calambres nocturnos en las piernas
3. Parasomnias, Asociadas Habitualmente con el Sueño REM:
 1. [Pesadillas](#)
 2. [Parálisis del sueño](#)
 3. Erecciones relacionadas con trastornos del sueño
 4. Erecciones dolorosas relacionadas con el sueño
 5. Arritmias cardíacas relacionadas con el sueño REM
 6. Trastornos de la conducta del sueño REM
4. Otras Parasomnias:
 1. [Bruxismo nocturno](#)
 2. [Enuresis nocturna](#)
 3. Distonía paroxística nocturna

- 22.3)- Trastornos del Sueño Asociados Con Procesos Médicos o Psiquiátricos.

1. Asociados con Trastornos Mentales:
 1. [Depresión](#)
2. Asociados con Trastornos Neurológicos:
 1. Trastornos degenerativos cerebrales
 2. [Enfermedad de Parkinson](#)
 3. [Insomnio familiar mortal](#)
 4. Epilepsia relacionada con el sueño
 5. Cefaleas relacionadas con el sueño
3. Asociados Con Otros Procesos Médicos:
 1. [Enfermedad del sueño, Tripanosomiasis Africana](#).
 2. Isquemia cardíaca nocturna
 3. [Neumopatía obstructiva crónica](#)
 4. Asma relacionada con el sueño
 5. Reflujo gastroesofágico relacionado con el sueño
 6. Enfermedad ulcerosa péptica
 7. Síndrome de fibrositis

- LIBROS SOBRE NEUROENDOCRINOLOGÍA- PROF. DR. ENRIQUE BARMAIMON- 4 TOMOS- AÑO 2019.1- TOMO III-

- 22.4)- Véase También.

- [Eugene Aserinsky](#);
- [William C. Dement](#);
- [Michel Jovet](#);
- [Nathaniel Kleitman](#);
- [medicina del sueño](#).

- 22.5) -Enlaces Externos.

- [Clasificación internacional de los trastornos del sueño](#) (en inglés)
- [Trastornos del Sueño \(Orientaciones para padres\)](#)

``

Obtenido de

«[https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Clasificación internacional de los trastornos del sueño&oldid=102033396](https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Clasificación_internacional_de_los_trastornos_del_sueño&oldid=102033396)»

Categorías:

- [Trastornos del sueño](#)
- [Clasificaciones médicas](#)

- Esta página se editó por última vez el 20 noviembre 2018 a las 09:49.

0 0 0 0 0 0 0 0.

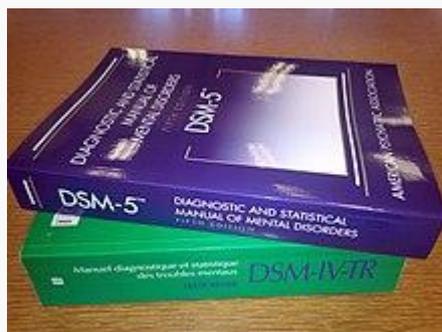
**- LIBROS SOBRE NEUROENDOCRINOLOGÍA- PROF. DR.
ENRIQUE BARMAIMON- 4 TOMOS- AÑO 2019.1- TOMO III-**

**- CAPÍTULO XXXIII : -23)- MANUAL DIAGNÓSTICO Y
ESTADÍSTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES.**

-De Wikipedia, la enciclopedia libre

*Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos
mentales*

de [Asociación Estadounidense de Psiquiatría](#)



- LIBROS SOBRE NEUROENDOCRINOLOGÍA- PROF. DR. ENRIQUE BARMAIMON- 4 TOMOS- AÑO 2019.1- TOMO III-

Género	Literatura científica
Idioma	Inglés
Fecha de publicación	2013

- El *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (en [inglés](#): *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, abreviado DSM), editado por la [Asociación Estadounidense de Psiquiatría](#) (en inglés: *American Psychiatric Association (APA)*), es un sistema de clasificación de los [trastornos mentales](#), que proporciona descripciones claras de las categorías diagnósticas, con el fin de que los clínicos e investigadores de las [ciencias de la salud](#), puedan diagnosticar, estudiar, e intercambiar información ,y tratar los distintos trastornos.

- La edición vigente es la quinta, conocida como DSM-5, y se publicó el [18 de mayo](#) del [2013](#).¹
[2](#)

- La [Organización Mundial de la Salud](#) (OMS), recomienda el uso del sistema internacional denominado [CIE-10](#), [acrónimo](#) de la [Clasificación Internacional de Enfermedades](#), décima versión, cuyo uso está generalizado en todo el mundo.

- El DSM se elaboró a partir de datos empíricos, y con una metodología descriptiva, con el objetivo de mejorar la comunicación entre clínicos de variadas orientaciones, y de clínicos en general, con investigadores diversos. Por esto, no tiene la pretensión de explicar las diversas patologías, ni de proponer líneas de [tratamiento farmacológico](#) o [psicoterapéutico](#), como tampoco de adscribirse a una teoría, o corriente específica dentro de la [psicología](#) o de la [psiquiatría](#).

-ÍNDICE.

- CAPÍTULO XXIII : -23)- MANUAL DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES.

-23.1)- [Prejuicios Relativos](#).

-23.2)- [Consideraciones Éticas Profesionales](#).

-23.3)- [Definición de Trastorno](#).

-23.4)- [Historia y Contexto](#).

- 23.5)- [Diagnóstico a Través del DSM-IV](#).

- 23.6)- [Clasificación de los Diferentes Trastornos](#)

-23.6.1)- [Trastornos de Inicio en la Infancia, la Niñez o la Adolescencia](#).

-23.6.2)- [Trastornos Específicos](#).

-23.6.3)- [Delirium, demencia, Trastornos Amnésicos y Otros Trastornos Cognoscitivos](#).

-23.6.4)- [Trastornos Mentales Debidos a Enfermedad Médica](#).

-23.6.5)- [Trastornos Relacionados con Sustancias](#).

-23.6.6)- [Esquizofrenia y Otros Trastornos Psicóticos](#).

-23.6.7)- [Trastornos del Estado de Ánimo](#).

- LIBROS SOBRE NEUROENDOCRINOLOGÍA- PROF. DR. ENRIQUE BARMAIMON- 4 TOMOS- AÑO 2019.1- TOMO III-

- 23.6.8)- [Trastornos de Ansiedad.](#)
- 23.6.9)- [Trastornos Somatomorfos.](#)
- 23.6.10)- [Trastornos Ficticios.](#)
- 23.6.11)- [Trastornos Disociativos.](#)
- 23.6.12)- [Trastornos Sexuales y de la Identidad Sexual.](#)
- 23.6.13)- [Trastornos de la Conducta Alimentaria.](#)
- 23.6.14)- [Trastornos del Sueño.](#)
- 23.6.15)- [Trastornos del Control de Impulsos No Clasificados En Otros Apartados.](#)
- 23.6.16)- [Trastornos Adaptativos.](#)
- 23.6.17)- [Trastornos de la Personalidad.](#)
- 23.6.18)- [Otros Problemas Que Pueden Ser Objeto de Atención Clínica.](#)
- 23.6.19)- [Propuestas Excluidas.](#)
- 23.7)- [DSM-5.](#)
- 23.7.1)- [Nuevas Categorías.](#)
- 23.8) - [Críticas.](#)
- 23.8.1)- [Limitaciones del Sistema Categorial.](#)
- 23.8.2)- [Redacción Deficiente e Inconsistente.](#)
- 23.8.3)- [Tasas Más Altas de Trastornos Mentales.](#)
- 23.8.4)- [Umbral Diagnóstico Más Bajos Para Muchos Desórdenes Existentes.](#)
- 23.8.5)- [Consecuencias Imprevistas.](#)
- 23.8.6)- [Alta Prevalencia de Comorbilidades.](#)
- 23.9)- [Véase También.](#)
- 23.10)- [Referencias.](#)
- 23.11)- [Bibliografía.](#)
- 23.12)- [Enlaces Externos.](#)

- 23.1)- Prejuicios Relativos.

- Una concepción errónea muy frecuente, es pensar que la clasificación de los trastornos mentales clasifica a las personas; lo que realmente hace, es clasificar los trastornos de las personas que los padecen.

- 23.2)- Consideraciones Éticas Profesionales.

- Es importante aclarar que siempre debe ser utilizado por personas con experiencia clínica, ya que se usa como una guía, que debe ser acompañada de [juicio clínico](#), además de los conocimientos profesionales y criterios [éticos](#) necesarios.

- 23.3)- Definición de *Trastorno*.

- Según el DSM-IV-TR : la cuarta edición revisada del manual, los [trastornos](#) son una clasificación de categorías no excluyente, basada en criterios con rasgos definitorios.

- Los autores del manual, admiten que no existe una [definición](#), que especifique adecuadamente los límites del [concepto](#), y que se carece de una [definición operacional](#) consistente, que englobe absolutamente todas las posibilidades.

- Un trastorno es un patrón [comportamental](#) o psicológico de significación clínica, que, cualquiera que sea su causa, es una manifestación individual de una [disfunción](#) psicológica o biológica.

- Esta manifestación se considera [síntoma](#), cuando aparece asociada a un malestar, por ejemplo, el [dolor](#), a una [discapacidad](#): por ejemplo, el deterioro en un área de

- LIBROS SOBRE NEUROENDOCRINOLOGÍA- PROF. DR. ENRIQUE BARMAIMON- 4 TOMOS- AÑO 2019.1- TOMO III-

funcionamiento, o a un [riesgo](#) significativamente aumentado: de morir o de sufrir dolor, discapacidad, o pérdida de libertad.

- Existen pruebas de que los [síntomas](#), y el curso de un gran número de trastornos, están influidos por factores étnicos y culturales. No hay que olvidar que la categoría diagnóstica, es sólo el primer paso para el adecuado [plan terapéutico](#), el cual necesita más información, que la requerida para el diagnóstico.

- Por ejemplo, la definición de [ludopatía](#) o [pedofilia](#), como trastorno mental, responde exclusivamente a un objetivo clínico de investigación, lo cual la hace irrelevante al pronunciarse sobre el tema legal de [responsabilidad penal](#).

- Esta definición no significa [incapacidad mental](#) o incompetencia, ni falta de intencionalidad.

- 23.4)- Historia y Contexto.

- El DSM, en su primera versión (DSM-I), al igual que la CIE, surgió de la necesidad de confeccionar una [clasificación de trastornos mentales](#) consensuada, debido al escaso acuerdo, respecto a qué contenidos debería incluir, y también, respecto al método de conformación por parte de los [psiquiatras](#) y [psicólogos](#).

- Algunos eventos importantes para la creación del DSM, fueron los siguientes:

- La necesidad de recolectar [datos estadísticos](#) en relación con los trastornos mentales, para el censo de [1940](#) en los [Estados Unidos](#).
- El trabajo conjunto de la [Asociación Estadounidense de Psiquiatría \(APA\)](#) y la [Academia de Medicina de Nueva York](#), para la elaboración de una [nomenclatura](#) aceptable para todo el país : para pacientes con enfermedades psiquiátricas graves y [neurológicas](#).
- El [Ejército de los Estados Unidos](#), por su parte, confeccionó en paralelo una nomenclatura más amplia, que permitiera incluir enfermos de la [Segunda Guerra Mundial](#).
- Por primera vez el CIE, en su sexta edición, incluyó un apartado sobre [trastornos mentales](#).

- Fue así como en [1952](#), surgió la primera edición, DSM-I, como una variante del CIE-6.

- Debido a los desacuerdos que siguieron presentándose, tanto respecto al DSM como respecto al CIE, se fueron generando nuevas versiones de cada uno.

- El DSM publicó la versión revisada del DSM-IV (DSM-IVR), y el CIE utiliza la versión [CIE-10](#).

- Para la elaboración del DSM-IV, se conformaron 13 grupos de trabajo, responsables cada uno de una sección del manual.

-Cada grupo estuvo constituido por 5 o más miembros, y sus opiniones eran analizadas por entre 50 y 100 consejeros : representantes de un amplio abanico de perspectivas y experiencias.

- Los grupos informaban a un comité elaborador, que constaba de 27 miembros : muchos de los cuales, también presidían algún equipo particular..

- Un aspecto importante en la realización de esta versión fue el ponerse en contacto con los equipos que elaboraron el CIE-10, con el objeto de hacer que se generara la mayor compatibilidad posible entre ambos documentos.

- 23.5)- Diagnóstico A Través del DSM-IV.

- LIBROS SOBRE NEUROENDOCRINOLOGÍA- PROF. DR. ENRIQUE BARMAIMON- 4 TOMOS- AÑO 2019.1- TOMO III-

- El DSM-IV es una herramienta de [diagnóstico](#), que propone una descripción del funcionamiento del paciente a través de cinco «ejes», con el objeto de contar con un panorama general de diferentes ámbitos de funcionamiento:

- Eje I: Se describe el trastorno o trastornos psiquiátricos principales, o sintomatología presente, si no configura ningún trastorno. Por ejemplo: [trastorno depresivo](#), [demencia](#), [dependencia de sustancias](#), [esquizofrenia](#), [fobia social](#), [fobias específicas](#), [hipocondrías](#), etcétera.
- Eje II: Se especifica si hay algún trastorno de personalidad en la base, o rasgos de algún trastorno: algún trastorno del desarrollo o retraso mental: por ejemplo, [trastorno de personalidad límite](#), [retraso mental moderado](#).
- Eje III: Se especifican otras afecciones médicas, que puede presentar el paciente.
- Eje IV: Se describen tensiones psicosociales en la vida del paciente: [desempleo](#), problemas conyugales, [duelo](#).
- Eje V: Se evalúa el funcionamiento global del paciente: psicológico, social y ocupacional, a través de la [EEAG \(escala de funcionamiento global\)](#).

- 23.6)- Clasificación de los Diferentes Trastornos.

-23.6.1)- Trastornos de Inicio en la Infancia, la Niñez o la Adolescencia.

-El manual agrupa en este apartado los trastornos que surgen en esta edad: aunque no necesariamente se diagnostiquen, durante la infancia o adolescencia.

- [Discapacidad Intelectual](#): una capacidad intelectual significativamente por debajo del promedio: medido a través del [cociente intelectual](#); que puede ser leve, moderado, grave o profundo.
- [Trastornos del Aprendizaje](#): Rendimiento académico considerablemente por debajo de lo esperado en el área afectada, considerando la edad del niño o adolescente, su inteligencia y una educación apropiada para su edad. Pueden ser:
 - Trastorno de la lectura: [dislexia](#);
 - Trastorno del cálculo: [discalculia](#);
 - Trastorno de la expresión escrita: [disgrafía](#);
 - Trastorno del aprendizaje no especificado.
- [Trastorno de las habilidades motoras](#):
 - Trastorno del desarrollo de la coordinación.
- [Trastornos de la comunicación](#). En este apartado se consideran las deficiencias del habla o del lenguaje:
 - [Trastorno del lenguaje expresivo](#);
 - Trastorno mixto del lenguaje receptivo-expresivo;
 - Trastorno [fonológico](#);
 - [Tartamudez](#);
 - Trastorno de la comunicación no especificado.
- [Trastornos generalizados del desarrollo](#): Son déficits graves y alteraciones en diversas áreas del desarrollo, como: la interacción social, la comunicación, o en la existencia de comportamientos, intereses o aptitudes estereotipadas. Se incluyen:
 - [Trastorno autista](#);
 - [Trastorno de Rett](#);
 - [Trastorno desintegrativo infantil](#);
 - [Trastorno de Asperger](#);

- LIBROS SOBRE NEUROENDOCRINOLOGÍA- PROF. DR. ENRIQUE BARMAIMON- 4 TOMOS- AÑO 2019.1- TOMO III-

- Trastorno generalizado del desarrollo no especificado.
- **Trastornos por Déficit de Atención:** incluyen trastornos cuyas características son la desadaptación impulsividad-hiperactividad, o trastornos del comportamiento perturbador : violación de derechos de otros, hostilidad, conducta desafiante.
- Se incluyen:
 - **Trastorno por déficit de atención con hiperactividad** o sin ella;
 - **Trastorno disocial:** El Trastorno Disocial , ha pasado a llamarse Trastorno de la Conducta, que se refiere a la presencia recurrente de conductas distorsionadas, destructivas y de carácter negativo, además de transgresoras de las normas sociales, en el comportamiento del individuo. Este trastorno supone un problema clínico importante, por sus características intrínsecas: implica un desajuste social, con sus posibles consecuencias: donde una parte importante de los niños/as, que lo padecen mostrará algún tipo de desajuste en la edad adulta, y por su frecuencia, es el más comúnmente diagnosticado.
 - **Trastorno negativista desafiante:** donde es descrito como un patrón continuo de comportamiento desobediente, hostil y desafiante, hacia las figuras de autoridad, el cual va más allá de la conducta infantil normal.
 - Trastorno de comportamiento perturbador no especificado.
- Trastornos de la Ingestión y de la Conducta Alimentaria de la Infancia o la Niñez: que consisten en diversas alteraciones, que se dan de manera persistente en la conducta alimentaria de niños y adolescentes. Estas constituyen:
 - **Trastorno de pica:** La pica es un tipo de **fagia**, que consiste, según el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-V)*, en un trastorno de la ingestión y de la conducta alimentaria. Es una variante de un tipo de trastorno alimentario, en el que existe un deseo irresistible de comer o lamer sustancias no nutritivas, y poco usuales como: tierra, tiza, yeso, hielo, virutas de la pintura, bicarbonato de sodio, almidón, pegamento, moho, cenizas de cigarrillo, papel ,o cualquier otra cosa, que no tiene, en apariencia, ningún valor alimenticio.
 - Trastorno de **rumiación:** consiste en la regurgitación repetida de alimentos durante un período mínimo de un mes. Además, estos alimentos regurgitados se pueden volver a masticar, tragar, o escupir por la persona que lo padece, sin mostrar síntomas de asco, repulsión o náuseas.
 - Trastorno de la ingestión alimentaria de la infancia o la niñez.
- Trastornos de **tics** :
 - **Trastorno de La Tourette;**
 - Trastorno de tics motores o vocales crónicos;
 - Trastorno de tics transitorios;
 - Trastorno de tics no especificado.
- Trastornos de la eliminación: trastornos cuya característica es la eliminación de heces y orina en lugares inadecuados, y de manera persistente.
Son:
 - **Encopresis;**
 - **Enuresis** : no debida a una enfermedad médica;
- Otros trastornos de la infancia, la niñez o la adolescencia:
 - **Trastorno de ansiedad por separación:** Definido como ansiedad excesiva para la edad, frente a la separación del hogar o de seres queridos.
 - **Mutismo selectivo:** Cuando el niño o adolescente, no habla en situaciones específicas, como sociales, pero en otras no tiene problemas de lenguaje.

- LIBROS SOBRE NEUROENDOCRINOLOGÍA- PROF. DR. ENRIQUE BARMAIMON- 4 TOMOS- AÑO 2019.1- TOMO III-

- Trastorno reactivo de la vinculación de la infancia o la niñez: Dado por una relación social manifiestamente alterada, generalmente causada por crianza patógena.
- Trastorno de movimientos estereotipados: Trastorno por movimiento repetitivo aparentemente impulsivo, estereotipado y no funcional, que causa malestar en el sujeto.
- Trastorno de la infancia, la niñez o la [adolescencia](#) no especificado.

- 23.6.2)- Trastornos Específicos.

- Son:
 - [Trastorno autista](#): Será renombrado y reorganizado. El criterio de autismo incorporará varios diagnósticos del DSM-IV, incluyendo: trastorno autista, trastorno Asperger, trastorno infantil desintegrativo, y trastorno generalizado del desarrollo, en un solo diagnóstico del espectro autista. - Según la APA : Asociación Americana de Psicología (American Psychological Association), esto ayudará a realizar de forma más precisa y consistente el diagnóstico de los niños con autismo.
 - [Trastorno de desregulación del estado de ánimo](#): Este trastorno será incluido en el DSM-5, para diagnosticar a los niños que exhiben una irritabilidad persistente, y frecuentes episodios de descontrol, sobre 3 o más ocasiones por semana en un año. Este diagnóstico intenta dirigir las preocupaciones de un sobrediagnóstico y sobretratamiento del trastorno bipolar en los niños.
 - [Trastorno por atracón](#): El trastorno por atracón se moverá de apéndice del DSM-IV B: Criterios y ejes propuestos para estudios posteriores del DSM-5 Sección 2. El cambio está destinado a representar mejor los síntomas y comportamientos de las personas con esta condición. Esto significa que el trastorno por atracón, es ahora un trastorno reconocido.

-23.6.3)- Delirium, Demencia, Trastornos Amnésicos y Otros Trastornos Cognoscitivos.

- El manual los define como un déficit clínicamente significativo en las funciones cognoscitivas o en la memoria, que representa un cambio en relación con el nivel previo de actividad. Pueden ser:

- [Delirium](#) o Delirio: Es el fenómeno agudo, de corta duración, que se caracteriza por una disfunción cerebral global. Hay muchos factores que lo pueden producir, esta clasificación recoge los siguientes:
 - Delirium debido a enfermedad médica;
 - Delirium inducido por sustancias;
 - Delirium por abstinencia de sustancias;
 - Delirium debido a múltiples etiologías;
 - Delirium no especificado.
- [Demencia](#): En contraste con el delirio o delirium, la demencia es una enfermedad progresiva y crónica del [Sistema Nervioso Central](#), que afecta las funciones cognitivas superiores : pensamiento, lenguaje, y memoria.
 - Demencia tipo [Alzheimer](#);
 - [Demencia vascular](#);
 - Demencia debida a enfermedad por [VIH](#);
 - Demencia debida a traumatismo craneal;

- LIBROS SOBRE NEUROENDOCRINOLOGÍA- PROF. DR. ENRIQUE BARMAIMON- 4 TOMOS- AÑO 2019.1- TOMO III-

- Demencia debida a enfermedad de [Parkinson](#);
- Demencia debida a enfermedad de [Huntington](#);
- Demencia debida a [enfermedad de Pick](#);
- Demencia debida a [enfermedad de Creutzfeldt-Jakob](#);
- Demencia debida a otras enfermedades médicas;
- Demencia persistente inducida por sustancias;
- Demencia debida a múltiples etiologías;
- Demencia no especificada.
- [Trastornos Amnésicos](#): Deterioro de la memoria, sin deterioro de otras funciones cognitivas :
 - Trastorno amnésico debido a enfermedad médica;
 - Trastorno amnésico persistente inducido por sustancias;
 - Trastorno amnésico no especificado;
- Trastorno cognoscitivo no especificado.

-23.6.4)- Trastornos Mentales Debidos a Enfermedad Médica.

- Se incluyen en este apartado, trastornos cuya causa está en una enfermedad médica, pero cuya manifestación implica síntomas psicológicos o comportamentales, que merecen atención clínica especial:

- Trastorno catatónico debido a enfermedad médica;
- Cambio de personalidad debido a enfermedad médica;
- Trastorno mental no especificado debido a enfermedad médica.

-23.6.5)- Trastornos Relacionados con Sustancias.

- Son los que se relacionan con el consumo de drogas de abuso, con los efectos secundarios de medicamentos, y con la exposición a sustancias tóxicas. En cuanto al consumo de sustancias, es importante la distinción entre "abuso de sustancias" y "dependencia de sustancias":

- El [abuso de sustancias](#): Ocurre cuando, durante al menos 1 año, la persona que consume, incurre en actitudes como: es incapaz de cumplir con sus obligaciones: laborales, educacionales, etc., debido al consumo; consume la(s) sustancia(s) en condiciones físicamente riesgosas; tiene problemas legales recurrentes debido al uso de sustancias, o sigue consumiendo a pesar de problemas persistentes de tipo social o interpersonal.
- La [dependencia de sustancias](#) : Ocurre cuando, durante al menos 1 año, la persona experimenta un efecto de tolerancia : necesidad de consumir mayor cantidad,, para lograr el mismo efecto, el [efecto de abstinencia](#) : síntomas que siguen a la privación brusca del consumo, intenta disminuir el consumo y no puede, o bien consume más de lo que quisiera, y deja de hacer actividades importantes debido al consumo.
 - Además, la persona sigue consumiendo, a pesar de padecer un problema físico o psicológico persistente, que dicha sustancia exacerba.
 - Sin embargo, el DSM-IV recoge una mayor cantidad de trastornos, que pueden ser producidos por sustancias, y los clasifica por cada sustancia psicoactiva, o grupo de sustancias psicoactivas.
 - Estos pueden ser:
 - Trastornos relacionados con el [alcohol](#) : por consumo ([dependencia](#) o [abuso](#)), o trastorno por: [intoxicación](#), [abstinencia](#), [delirium](#), amnésico, psicótico, de ansiedad, del ánimo, del sueño, o sexual inducido por alcohol.

- LIBROS SOBRE NEUROENDOCRINOLOGÍA- PROF. DR. ENRIQUE BARMAIMON- 4 TOMOS- AÑO 2019.1- TOMO III-

- Trastornos relacionados con [alucinógenos](#) : por consumo [dependencia o abuso], o trastorno por intoxicación, [delirium](#) por intoxicación, perceptivo persistente, psicótico, de ansiedad o del ánimo inducido por alucinógenos.
- Trastornos relacionados con [anfetaminas](#) : por consumo [dependencia o abuso], o trastorno por intoxicación, abstinencia, delirium por intoxicación, psicótico, de ansiedad, del ánimo, del sueño o sexual inducido por anfetaminas.
- Trastornos relacionados con la [cafeína](#) : trastorno de ansiedad o del sueño inducido por cafeína.
- Trastornos relacionados con [cannabis](#) : por consumo [dependencia o abuso], o trastorno por intoxicación : con alteraciones perceptivas o sin ellas, delirium, psicótico o de ansiedad, inducido por cannabis..
- Trastornos relacionados con [cocaína](#) :por consumo [dependencia o abuso], o trastorno por intoxicación : con alteraciones perceptivas o sin ellas, abstinencia, delirium, psicótico, de ansiedad, del ánimo, del sueño o sexual inducido por cocaína.
- Trastornos relacionados con [fenciclidina](#) : por consumo [dependencia o abuso], o trastorno por intoxicación : con alteraciones perceptivas o sin ellas, delirium por intoxicación, trastorno psicótico, de ansiedad, del ánimo, inducido por fenciclidina.
- Trastornos relacionados con [inhalantes](#) : por consumo [dependencia o abuso], o trastorno por intoxicación, delirium por intoxicación, demencia persistente, trastorno psicótico, de ansiedad, del ánimo, inducido por inhalantes.
- Trastornos relacionados con [nicotina](#) : por consumo [dependencia o abuso], o trastorno abstinencia, inducido por nicotina.
- Trastornos relacionados con [opiáceos](#) : por consumo [dependencia o abuso], o trastorno por intoxicación : con alteraciones perceptivas o sin ellas, delirium por intoxicación, trastorno psicótico, del ánimo, sexual o del sueño inducido por opiáceos.
- Trastornos relacionados con [sedantes](#), hipnóticos o [ansiolíticos](#) : por consumo [dependencia o abuso], o trastorno por intoxicación, abstinencia, delirium (por intoxicación o abstinencia), demencia persistente, trastorno amnésico, psicótico, de ansiedad, del ánimo, sexual o del sueño inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos.
- Trastorno relacionado con varias sustancias:
 - Dependencia de varias sustancias
- Trastornos relacionados con otras sustancias o con sustancias desconocidas : por consumo [dependencia o abuso], o trastorno por intoxicación [con alteraciones perceptivas o sin ellas], abstinencia, delirium, demencia persistente, trastorno amnésico, psicótico (con alucinaciones o ideas delirantes), de ansiedad, del ánimo, sexual o del sueño, inducido por otras sustancias o sustancias desconocidas.

- 23.6.6)- Esquizofrenia y Otros Trastornos Psicóticos.

- Este apartado involucra aquellos trastornos, que tienen síntomas psicóticos, como característica definitoria. Psicótico es entendido aquí, como la pérdida de los límites del sí mismo y de la evaluación de la realidad.

- Como característica de esta sintomatología, pueden existir, por tanto, alucinaciones, ideas delirantes, trastornos del pensamiento, lenguaje desorganizado, comportamiento desorganizado o catatónico, entre otros.

-El manual los clasifica como:

- [esquizofrenia](#) : subtipos paranoide, desorganizado, catatónico, indiferenciado o residual.
- [trastorno esquizofreniforme](#);

- LIBROS SOBRE NEUROENDOCRINOLOGÍA- PROF. DR. ENRIQUE BARMAIMON- 4 TOMOS- AÑO 2019.1- TOMO III-

- [trastorno esquizoafectivo](#);
- [trastorno delirante](#);
- [trastorno psicótico breve](#);
- [trastorno psicótico compartido](#) (*folie à deux*, locura a dúo o en pareja)
- trastorno psicótico debido a enfermedad médica;
- trastorno psicótico inducido por sustancias;
- trastorno psicótico no especificado.

-23.6.7)- Trastornos del Estado de Ánimo.

-: [Trastornos del estado de ánimo](#).

- Aquí se clasifican los trastornos cuya característica principal es una alteración del humor. El DSM-IV define, por una parte: episodios afectivos, de carácter depresivo : estado de ánimo deprimido o pérdida del interés o sensación de placer, o maníaco: estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable.

- Estos episodios se combinarían generando diversos patrones, constituyendo así los diferentes trastornos del ánimo:

- Episodios afectivos :
 - episodio depresivo mayor;
 - episodio maníaco;
 - episodio mixto;
 - episodio hipomaníaco.
- Trastornos depresivos : con episodios depresivos:
 - [trastorno depresivo mayor](#), episodio único;
 - [trastorno depresivo mayor](#), recidivante;
 - [trastorno distímico](#);
 - [trastorno depresivo no especificado](#).
- Trastornos bipolares :
 - [trastorno bipolar I](#);
 - [trastorno bipolar II](#);
 - [trastorno ciclotímico](#);
 - [trastorno bipolar no especificado](#).
- Otros trastornos del estado de ánimo:
 - trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica;
 - trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias;
 - trastorno del estado de ánimo no especificado.

-23.6.8)- Trastornos de Ansiedad.

- El DSM-IV, clasifica aquí los siguientes trastornos:

- [trastorno de angustia](#) , con [agorafobia](#): [fobia](#) a los espacios abiertos o sin ella, o agorafobia sin trastorno de angustia;
- [fobia](#) específica;
- [fobia social](#);
- [trastorno por estrés postraumático](#);
- [trastorno por estrés agudo](#);
- [trastorno de ansiedad generalizada](#);
- trastorno de [ansiedad](#) debido a enfermedad médica;
- trastorno de ansiedad inducido por sustancias;
- trastorno de ansiedad no especificado.

- LIBROS SOBRE NEUROENDOCRINOLOGÍA- PROF. DR. ENRIQUE BARMAIMON- 4 TOMOS- AÑO 2019.1- TOMO III-

-23.6.9)- Trastornos Somatomorfos: Son un grupo de enfermedades caracterizadas por molestias diversas, en mayor o menor grado difusas, que aquejan al paciente, pero que no pueden ser explicadas por la existencia de una lesión orgánica, o al menos no de manera suficiente y concluyente.

-Son trastornos con síntomas físicos, que sugieren una enfermedad médica, pero que, luego de la evaluación requerida, no pueden explicarse completamente, por la presencia de una enfermedad física. Tampoco se explican por otro trastorno mental : por ejemplo, una depresión o un trastorno ansioso.

- Los síntomas ocasionan un malestar significativo en el individuo, o interfieren en su vida cotidiana.

- Se describen los siguientes:

- [trastorno de somatización](#);
- [trastorno somatomorfo indiferenciado](#);
- [trastorno de conversión](#);
- [trastorno por dolor](#);
- [hipocondría](#);
- [trastorno dismórfico corporal](#);
- trastorno somatomorfo no especificado.

-23.6.10)- Trastornos Ficticios.

- A diferencia de los trastornos ficticios, en los que el sujeto finge una dolencia para obtener un beneficio : por ejemplo, una indemnización o la incapacidad temporal o permanente, los trastornos facticios o artificiales están constituidos por síntomas físicos y psicológicos reales, pero que han sido autoinducidos intencionalmente por el sujeto, para asumir el papel de enfermo.

- Se clasifican en:

- [Trastorno facticio](#): Que engloba al antiguamente denominado Síndrome de Münchhausen, que es un trastorno que se caracteriza por la aparición de síntomas producidos deliberadamente por el mismo paciente, con la intención de recibir atención médica y asumir un rol de enfermo.
- Trastorno facticio no especificado.

-23.6.11)- Trastornos Disociativos.

- Consisten en una alteración de las funciones integradoras de la conciencia, la identidad, la memoria, y la percepción del entorno : con síntomas como la pérdida de memoria de eventos traumáticos, sensación de distanciamiento de los propios procesos mentales y del propio cuerpo, hasta el control del comportamiento por varios estados de personalidad sucesivos.

-Se distinguen:

- [amnesia disociativa](#);
- [fuga disociativa](#);
- [trastorno de identidad disociativo](#);
- trastorno de [despersonalización](#);
- trastorno disociativo no especificado.

- Existen innumerables recursos sobre este tema en inglés en la red. En nuestro idioma, el recurso más importante es la página [\[1\]](#), en el que se puede encontrar abundante documentación científica y médica sobre este tema en particular.

-23.6.12)- Trastornos Sexuales y de la Identidad Sexual.

- LIBROS SOBRE NEUROENDOCRINOLOGÍA- PROF. DR. ENRIQUE BARMAIMON- 4 TOMOS- AÑO 2019.1- TOMO III-

- Son los relacionados con la [sexualidad](#). Son de tres tipos:

- Trastornos sexuales: las llamadas [disfunciones sexuales](#), entendidas como alteraciones del deseo, cambios psicofisiológicos en la respuesta sexual normal, malestar o problemas interpersonales. relacionados con el tema:
 - Trastornos del [deseo sexual](#) : deseo sexual hipoactivo y trastorno por aversión al sexo;
 - Trastornos de la [excitación sexual](#) : en la mujer y de la erección en el varón;
 - Trastornos [orgásmicos](#) (: femenino y masculino, y [eyaculación precoz](#));
 - Trastornos sexuales por dolor : [dispareunia](#) y [vaginismo](#);
 - Trastorno sexual debido a una enfermedad médica, inducido por sustancias, o no especificado.
- [Parafilias](#): Son impulsos sexuales, fantasías, o comportamientos recurrentes e intensos,, que implican objetos no humanos, el sufrimiento o la humillación de uno mismo o de la pareja, o que implican niños u otras personas que no consienten.
 - Estos impulsos deterioran la vida del sujeto:
 - [Exhibicionismo](#);
 - [Fetichismo](#);
 - [Frotismo](#);
 - [Pedofilia](#);
 - [Masoquismo](#) sexual;
 - [Sadismo](#) sexual:
 - [Fetichismo transvestista](#);
 - [Voyeurismo](#);;
 - Parafilia no especificada : escatología telefónica, clismafilia, zoofilia, necrofilia, coprofilia, urofilia y parcialismo;
- Trastornos de la identidad sexual : [disforia de género](#);
- Trastorno sexual no especificado.

- La [homosexualidad](#) fue descartada en 1973 por la APA, como trastorno mental, y en 1974 la séptima edición del DSM-II, la califica como desorden de la orientación sexual.

- El 17 de mayo de 1990, la OMS la elimina del listado de trastornos mentales, fecha considerada como [Día Internacional contra la Homofobia y la Transfobia](#).

-23.6.13)- Trastornos de la Conducta Alimentaria.

- Los conforman alteraciones graves de la conducta alimentaria, acompañadas o causadas por una distorsión de la percepción de la propia imagen corporal. Son:

- [anorexia nerviosa](#);
- [bulimia](#) nerviosa;
- [trastorno de la conducta alimentaria no especificado](#).

- 23.6.14)- Trastornos del Sueño.

- Trastornos primarios del [sueño](#): Son alteraciones del [ciclo de sueño](#), que no son producto de otro trastorno, como de la depresión por ejemplo. Incluyen:
 - [Disomnias](#) : [insomnio](#) primario, [hipersomnias primarias](#), [narcolepsia](#), trastorno del sueño relacionado con la respiración, trastorno del [ritmo circadiano](#).
 - [Parasomnias](#) : [pesadillas](#), [terrores nocturnos](#), [sonambulismo](#).

- LIBROS SOBRE NEUROENDOCRINOLOGÍA- PROF. DR. ENRIQUE BARMAIMON- 4 TOMOS- AÑO 2019.1- TOMO III-

- Trastornos del sueño relacionados con otro trastorno mental : [insomnio](#) e [hipersomnia](#)
- Trastorno del sueño debido a una enfermedad médica.
- Trastorno del sueño inducido por sustancias

-23.6.15)- Trastornos del Control de Impulsos No Clasificados En Otros Apartados.

- : [Trastornos del control de impulsos](#).

- Consisten en una dificultad para resistir un impulso de llevar a cabo actos, que pueden ser perjudiciales para otros o para sí mismo. En la mayoría de los casos se experimenta una tensión intensa, antes de ejecutar la acción impulsiva, acción que libera esta tensión, alcanzando consecuentemente un estado de calma. Se clasifican como sigue:

- [trastorno explosivo intermitente](#);
- [cleptomanía](#);
- [piromanía](#);
- [juego patológico](#);
- [tricotilomanía](#);
- trastorno del control de los impulsos no especificado.

-23.6.16)- Trastornos Adaptativos.

-: [Trastorno de adaptación](#)

- Es el desarrollo de síntomas emocionales o de comportamiento, relacionados con un estrés psicosocial, que es identificable en forma clara. La reacción es mayor o causa un malestar superior al esperado, en relación a la causa. Se clasifican según la reacción sea un estado de ánimo depresivo, ansiedad, o un trastorno del comportamiento.

- Clínicamente se los clasifica en:

- Trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo;
- Trastorno adaptativo con estado de ánimo ansioso;
- Trastorno adaptativo mixto con estado de ánimo depresivo y ansioso;
- Trastorno adaptativo con trastorno del comportamiento;
- Trastorno adaptativo con alteración mixta del comportamiento y de las emociones..

-23.6.17)- Trastornos de la Personalidad.

-: [Trastorno de la personalidad](#)

-Consisten en un patrón permanente e inflexible de experiencia interna, y de experiencia de la persona, que se aleja demasiado de lo que la cultura, en que está inmersa, espera.

- Se inicia en la adolescencia o principio de la edad adulta, no varía con el tiempo, y causa malestar en el sujeto, y prejuicios contra él.

- Se clasifican como sigue:

Grupo A:

- [Trastorno paranoide de la personalidad](#);
- [Trastorno esquizoide de la personalidad](#);
- [Trastorno esquizotípico de la personalidad](#);

Grupo B:

- [Trastorno antisocial de la personalidad](#);
- [Trastorno límite de la personalidad](#);
- [Trastorno histriónico de la personalidad](#);
- [Trastorno narcisista de la personalidad](#);

- LIBROS SOBRE NEUROENDOCRINOLOGÍA- PROF. DR. ENRIQUE BARMAIMON- 4 TOMOS- AÑO 2019.1- TOMO III-

Grupo C:

- [Trastorno de personalidad por evitación](#);
- [Trastorno de la personalidad por dependencia](#);
- [Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad](#);
- Trastorno de la personalidad no especificado.

- 23.6.18)- Otros Problemas Que Pueden Ser Objeto de Atención Clínica.

-Aquí se incluyen problemas que son de interés clínico, por causar dolor o sufrimiento psicosocial, pero que no conforman trastornos, o es de relevancia tratarlos por separado.

--Pueden ser de diversos tipos:

- Factores psicológicos que afectan al estado físico.
- Trastornos motores inducidos por medicamentos:
 - [Parkinsonismo](#) inducido por neurolépticos
 - [Síndrome neuroléptico maligno](#)
 - [Distonía](#) aguda inducida por neurolépticos
 - [Acatisia](#) aguda inducida por neurolépticos
 - [Discinesia](#) tardía inducida por neurolépticos
 - Temblor postural inducido por medicamentos
 - Trastorno motor inducido por medicamentos no especificado
 - Trastornos inducidos por otros medicamentos
 - Efectos adversos de los medicamentos no especificados
- Problemas de relación:
 - Problema de relación asociado a un trastorno mental o a una enfermedad médica;
 - Problemas paterno-filiales;
 - Problemas conyugales;
 - Problema de relación entre hermanos;
 - Problema de relación no especificado.
- Problemas relacionados con el abuso o la negligencia:
 - [Abuso físico](#) del niño
 - [Abuso sexual](#) del niño
 - Negligencia de la infancia
 - Abuso físico del adulto
 - Abuso sexual del adulto
- Problemas adicionales que pueden ser objeto de atención médica:
 - [Incumplimiento terapéutico](#)
 - Simulación
 - [Duelo](#)
 - [Comportamiento antisocial](#) del adulto
 - [Comportamiento antisocial](#) en la niñez o la adolescencia
 - [Capacidad intelectual límite](#)
 - [Deterioro cognitivo](#) relacionado con la edad
 - Problema académico
 - Problema laboral
 - Problema de [identidad](#)
 - Problema religioso o espiritual
 - Problema de aculturación
 - Problema biográfico.

- LIBROS SOBRE NEUROENDOCRINOLOGÍA- PROF. DR. ENRIQUE BARMAIMON- 4 TOMOS- AÑO 2019.1- TOMO III-

- 23.6.19)- Propuestas Excluidas.

- La junta de la APA, también rechazó la propuesta de incluir las siguientes condiciones:

- Depresión ansiosa.
- Desorden hipersexual.
- [Síndrome de alienación parental](#).
- [Síndrome de Münchhausen por poder](#), que fue introducido en el DSM-5 de 2013 como [trastorno facticio impuesto a otro](#).
- Trastorno de procesamiento sensorial
- [Síndrome del falso recuerdo](#).

- 23.7)- DSM-5.

-En la última edición del DSM, se sustituye la numeración romana, por la numeración arábiga. La intención es intentar que sea un manual más dinámico, a la hora de incorporar los nuevos descubrimientos científicos, sustituyendo la sigla R de "revisado", por ediciones 5.1, 5.2, etc.

- 23.7.1)- Nuevas Categorías.

- La [adicción a la comida](#) y el [acaparamiento compulsivo](#), se consideran nuevas [patologías](#), según la [quinta edición del Manual diagnóstico y estadístico de enfermedades mentales \(DSM-5\)](#).

- Entre las modificaciones del conocido manual, que acaba de revisar la Asociación Psiquiátrica Estadounidense (APA), después de veinte años para incluir los hallazgos científicos más recientes, también destaca la exclusión de la lista de trastornos mentales de la adicción a las relaciones sexuales o trastorno hipersexual , y de la adicción a jugar en Internet.

- Así mismo, deja de considerarse el duelo por la muerte de un ser querido, durante menos de dos meses como trastorno depresivo.

- Por otro lado, la nueva versión del manual ,incluye el [trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo \(DMDD\)](#), con el cual se diagnosticará a niños que "tres o más veces a la semana , exhiben episodios frecuentes de irritabilidad, arrebatos y berrinches, durante más de un año".

- De este modo esperan evitar el excesivo , y errado) diagnóstico de casos de [trastorno bipolar](#) en la infancia.

- En cuanto al trastorno conocido como acaparamiento compulsivo, los psiquiatras aseguran que "ayudará a caracterizar a los individuos con dificultad persistente para deshacerse de pertenencias y objetos que carecen de valor". Un problema que suele afectar a la estabilidad emocional, a las relaciones sociales, y a las finanzas de quienes lo padecen.

- El manual también unifica las categorías de abuso de sustancias, y dependencia de sustancias, además de ampliar los criterios para diagnosticar un trastorno del aprendizaje, incluyendo todas las anomalías, que interfieren con la adquisición del lenguaje y su uso oral, escrito o destinado a expresar conceptos matemáticos.

- Otro cambio importante en el DSM-5, apodado "la Biblia de la Psiquiatría", es que los términos «[autismo](#)» y «[síndrome de Asperger](#)» desaparecen, y son englobados bajo un nuevo término: trastorno del espectro autista.³

- LIBROS SOBRE NEUROENDOCRINOLOGÍA- PROF. DR. ENRIQUE BARMAIMON- 4 TOMOS- AÑO 2019.1- TOMO III-

- El objetivo, dicen los expertos, es diagnosticar de forma más precisa a los niños que padecen el trastorno.

-23.8)- Críticas.

- Aunque es el sistema de diagnóstico más utilizado y asumido por los profesionales de la [psicología clínica](#) y los de la [psiquiatría](#), también ha recibido críticas.^{4 5 6 7}.

-Algunos autores, como [George Eman Vaillant](#), han criticado el DSM-IV, con los siguientes argumentos:

- es [reduccionista](#);
 - no enfatiza la distinción entre [estado](#) y [rasgo](#);
 - es adinámico, y
 - sacrifica la validez diagnóstica por la fiabilidad diagnóstica.
- [Allen Frances](#) MD (Jefe de Grupo de Tareas del DSM-IV), ya ha criticado también con anterioridad el proceso del DSM-5 : por su innecesario secretismo, sus ambiciones riesgosas, sus métodos desorganizados y sus irreales fechas límite). Pero esta vez⁸ hizo algunas críticas sobre el primer borrador del DSM-5.
- [Néstor Braunstein](#) critica "uno de los mayores obstáculos [epistemológicos](#) de la clasificación: el que la [taxonomía botánica](#), haya sido el modelo inspirador".⁹

- 23.8.1)- Limitaciones Del Sistema Categoría.

-El principal inconveniente es que se trata de un sistema categorial, es decir, establece categorías que se supone que han de corresponder con trastornos, cuando en realidad, la mayoría de los trastornos mentales son dimensionales y no categóricos.

- De alguna manera, esto era advertido ya en la edición de 1994, cuando en la introducción se decía que no debía ser usado como un "recetario", y que el diagnóstico que se base en este manual, ha de ser llevado a cabo por especialistas con amplia experiencia clínica, para evitar reduccionismos.

- 23.8.2)- Redacción Deficiente e Inconsistente.

- Quizás no debería causar sorpresa, que un proceso defectuoso haya logrado un producto defectuoso. El problema más importante es la escritura deficiente e inconsistente.

- Se admitió que los primeros borradores del Grupo de Trabajo, estaban escritos con imprecisión y con calidad variable, pero es sorprendente que el liderazgo del DSM-5,, no haya podido editarlos, con más claridad y consistencia.

- Sería un desperdicio de esfuerzo, tiempo y dinero, llevar a cabo pruebas de campo, antes de que los nuevos esquemas de criterios se revisen a fondo.

- La mala redacción también es indicio de un mal pronóstico, lo que sugiere que las secciones de texto del DSM-5, para los diversos trastornos, podrían llegar a ser inconsistentes, tener calidad variable, y ser incoherentes.

- 23.8.3)- Tasas Más Altas de Trastornos Mentales.

- En términos de contenido, son más preocupantes las muchas sugerencias que el DSM-5, podría dramáticamente incrementar las tasas de trastornos mentales.

- Esto aparece de dos maneras: Nuevos diagnósticos que podrían ser extremadamente

- LIBROS SOBRE NEUROENDOCRINOLOGÍA- PROF. DR. ENRIQUE BARMAIMON- 4 TOMOS- AÑO 2019.1- TOMO III-

comunes en la población general, especialmente después del marketing ,de una siempre alerta industria farmacéutica.

- 23.8.4)- Umbrales Diagnósticos Más Bajos Para Muchos Desórdenes Existentes.

- El DSM5 podría crear decenas de millones de nuevos mal identificados pacientes “falsos positivos”, exacerbando así, en alto grado, los problemas causados por un ya demasiado inclusivo DSM-IV.

- Habría excesivos tratamientos masivos, con medicaciones innecesarias, caras, y a menudo bastante dañinas.

- El DSM-5 aparece promoviendo lo que más hemos temido: la inclusión de muchas variantes normales, bajo la rúbrica de enfermedad mental, con el resultado de que el concepto central de “trastorno mental”, resulta enormemente indeterminado.

- 23.8.5)- Consecuencias Imprevistas.

- Una tercera debilidad generalizada en las opciones del DSM-5, es su insensibilidad al posible mal uso como parámetros forenses. Los miembros del Grupo de Trabajo no pueden esperar anticipar las variadas formas, en que los abogados intentarán retorcer sus buenas intenciones, pero es incumbencia del liderazgo del DSM-5, establecer una revisión funcional forense a fondo, que pudiera identificar las muchas probables instancias de proposiciones, con importantes implicaciones forenses : por ejemplo, la expansión de pedofilia, para incluir la atracción hacia adolescentes.

- La restricciones de espacio , tanto como mis propios puntos ciegos y limitaciones en mi saber, hace de ésta una supervisión limitada, tanto en el número de revisiones que discuto, como en la profundidad posible de discusión en cada una.

- 23.8.6)- Alta Prevalencia de Comorbilidades.

- Esto lleva a preguntarse si realmente son válidas las categorías independientes, o hay dimensiones subyacentes, que hacen que determinados trastornos, se asocien mayoritariamente con otros; lo cual no puede ser clarificado, por el tipo de metodología que utiliza este manual.

-23. 9)- .Véase También.

- [Código ATC](#)
- [Clasificación de Derivaciones Fármaco-terapéuticas \(CDF\)](#)
- [CIE-10](#)
- [CIAP-2](#)
- [enfermedad mental](#)
- [psicología](#)
- [psicoterapia](#)
- [psiquiatría](#)

- 23.10)- Referencias.

1. [↑ «La Asociación Americana de Psiquiatría publica su 'biblia' en pleno debate»..](#)
2. [↑ «El DSM-5, la nueva biblia de los psiquiatras, atacada por los psicólogos».](#)

- LIBROS SOBRE NEUROENDOCRINOLOGÍA- PROF. DR. ENRIQUE BARMAIMON- 4 TOMOS- AÑO 2019.1- TOMO III-

3. [↑](#) Cooper, Rachel (2014). [Diagnosing the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: Fifth Edition](#) (en inglés). Karnac Books. p. 9. ISBN 9781781813027..
4. [↑](#) Caplan, Paula (2011). [«Science Isn't Golden 1»](#) (en inglés). Psychology Today..
5. [↑](#) Caplan, Paula (2011). [«Science Isn't Golden 2»](#) (en inglés). Psychology Today.
6. [↑](#) Allen, Frances (2011). [«Las peores sugerencias para el DSM V»](#) (en inglés). Psychiatric Times. Archivado desde [el original](#) el 21 de febrero de 2010.
7. [↑](#) Wykes, Til (2011). [«Diagnósticos hacia el DSM V»](#) (en inglés). Journal of Mental health, agosto 2010, Vol. 19, No. 4, Pag. 301-304. Consultado el 13 de agosto
8. [↑](#) [«Abriendo la caja de Pandora. Las 19 peores sugerencias del DSM-5. Por Allen Frances MD \(Jefe de Grupo de Tareas del DSM-IV\)»](#). 2013.
9. [↑](#) Braunstein, N. A. (2015). *Clasificar en psiquiatría*. 2a. reimpresión. México: Siglo XXI (p. 22). ISBN 978-607-03-0465-1

-23.11)- Bibliografía.

- [American Psychiatric Association](#) (2014). *DSM-5. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Editorial Médica Panamericana. ISBN 9788498358100.
- Nº 78 a 81:-  -Barmaimon, Enrique- LIBROS SOBRE NEUROENDOCRINOLOGÍA- 4 TOMOS-AÑO 2019- Montevideo, Uruguay-
- TOMO I: Neurotransmisores; Receptor Celular; Neurohormonas; Ejes; S.Endócrino; Hipotálamo; Hipófisis.
- TOMO II: Enfermedad; Morbilidad; Comorbilidad; L.C.R.; Imagen Médica; Psicología Cognitiva; Clasificaciones I..
- TOMO III: Clasificaciones; S. Nervioso; S. Límbico; Motivación; Trastornos Sueño.
- TOMO IV: Sensibilización Central; Dolor; Alodinia; S. R. C.; Estrés; S. Piernas Inquietas; Sueño; Cansancio; Ansiedad; Depresión; Ejercicio Físico; Técnicas Relajación; Meditación; Espasmo Muscular; Frío; 81 Libros Publicados; Currícula. - www.bvssmu.org.uy [libros], [barmaimon]).(OR) .(buscar);(Elegir libro entre 81 : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra).
- www.bvssmu.org.uy [libros], [barmaimon]).(OR) .(buscar);(Elegir libro entre 81 : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra).
- -  - [Biblioteca Virtual en Salud](#) (BVS)- (S.M.U.)-

-23.12)- Enlaces Externos.

-  [Wikimedia Commons](#) alberga una categoría multimedia sobre [Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales](#).
- [Web oficial del DSM-5](#)

Obtenido de

«<https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales&oldid=110782268>»

Categorías:

- [Libros de 2013](#)
- [Manuales médicos](#)
- [Clasificaciones médicas](#)
- [Psicopatología](#)

- LIBROS SOBRE NEUROENDOCRINOLOGÍA- PROF. DR. ENRIQUE BARMAIMON- 4 TOMOS- AÑO 2019.1- TOMO III-

- [Psicología clínica](#)
- Se editó por última vez el 22 noviembre 2018 a las 13:37.

0 0 0 0 0 0 0 0.

- CAPÍTULO XXIV: -24)- CLASIFICACIÓN DE TRASTORNOS MENTALES.

- De Wikipedia, la enciclopedia libre.

- La clasificación de los trastornos mentales, también conocida como la [nosología psiquiátrica](#) o [taxonomía](#) psiquiátrica, es un aspecto clave de la psiquiatría y otras profesiones relacionadas a la salud mental y un tema importante para las personas propensas a ser diagnosticadas.

- Actualmente hay dos sistemas ampliamente establecidos para la clasificación de los trastornos mentales, Capítulo V de la [Clasificación Internacional de Enfermedades](#) (CIE-10), creado por la [Organización Mundial de la Salud](#) (OMS), y el [Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales](#) (DSM-5), hechos por la Asociación Psiquiátrica Americana (APA).

- Ambas categorías de la lista de trastornos son tipos distintos, y han convergido deliberadamente sus códigos en las revisiones recientes, de modo que los manuales son a menudo comparables en términos generales, aunque siguen existiendo diferencias significativas.

- Otros sistemas de clasificación pueden estar en uso de forma más local, por ejemplo, la Clasificación China de Trastornos Mentales.

- Otros manuales tienen un uso limitado, por los de las tendencias teóricas alternativas, tales como el Manual de Diagnóstico Psicodinámico.

- Las clasificaciones ampliamente usadas DSM y CIE, emplean las definiciones operacionales.¹

- Hay un debate científico considerable acerca de la validez relativa de una "categórica", frente a un sistema de "dimensiones" de la clasificación; así como una importante controversia sobre el papel de la ciencia y los valores en los sistemas de clasificación, y los usos profesionales, legales y sociales que tienen.

-ÍNDICE.

- CAPÍTULO XXIV: -24)- CLASIFICACIÓN DE TRASTORNOS MENTALES.

-24.1)- [Definiciones](#).

-24.2)- [CIE-10](#).

-24.3)- [DSM 5](#).

-24.4)- [Otros esquemas](#).

-24.5)- [CLASIFICACIÓN DE TRASTORNOS MENTALES CIE-10 \(OMS\)](#).

-24.6)- [TRASTORNOS MENTALES ORGÁNICOS. DEMENCIA-](#)

-24.7)- [F00 - DEMENCIA EN LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER](#)

-24.8)- [F01- DEMENCIA VASCULAR](#).

-24.9)- [F02- DEMENCIA EN ENFERMEDADES CLASIFICADAS EN OTRO LUGAR](#)

-24.10)- [F04- SÍNDROME AMNÉSICO ORGÁNICO](#).

- LIBROS SOBRE NEUROENDOCRINOLOGÍA- PROF. DR. ENRIQUE BARMAIMON- 4 TOMOS- AÑO 2019.1- TOMO III-

- 24.11)- [F05- DELIRIUM NO INDUCIDO POR ALCOHOL U OTRAS SUSTANCIAS PSICOTROPAS.](#)
- 24.12)- [F06- OTROS TRASTORNOS MENTALES DEBIDOS A LESIÓN O DISFUNCIÓN CEREBRAL O A ENFERMEDAD SOMÁTICA.](#)
- 24.13)- [F07- TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS A ENFERMEDADES, LESIONES O DISFUNCIONES CEREBRALES.](#)
- 24.14)- [F10-19- TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOTROPAS.](#)
- 24.15)- [F19- TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE MÚLTIPLES DROGAS.](#)
- 24.16)- [F20-29 ESQUIZOFRENIA, TRASTORNO ESQUIZOTÍPICO Y TRASTORNOS DE IDEAS DELIRANTES.](#)
- 24.17)- [F21- TRASTORNO ESQUIZOTÍPICO.](#)
- 24.18)- [F22- TRASTORNOS DE IDEAS DELIRANTES PERSISTENTES.](#)
- 24.19)- [F23- TRASTORNOS PSICÓTICOS AGUDOS Y TRANSITORIOS.](#)
- 24.20)- [F23.9- Trastorno psicótico agudo transitorio sin especificación. Diagnóstico en la infancia.](#)
- 24.21)- [Empleo.](#)
- 24.22)- [Tipos de Sistemas de Clasificación.](#)
- 24.22.1)- [Esquemas Categóricos.](#)
- 24.22.2)- [Esquemas No-categóricos.](#)
- 24.22.3)- [Descriptivo vs Somático.](#)
- 24.23)- [Diferencias Culturales.](#)
- 24.24)- [Desarrollo Histórico.](#)
- 24.24.1)- [Antigüedad.](#)
- 24.24.2)- [Edad Media hasta el Renacimiento.](#)
- 24.24.3)- [Siglo 18.](#)
- 24.24.4)- [Siglo 19.](#)
- 24.24.5)- [Siglo XX.](#)
- 24.24.6)- [Siglo XXI.](#)
- 24.25)- [Críticas.](#)
- 24.26)- [Enlaces Externos.](#)
- 24.27)- [Referencias](#)

- 24.1)- [Definiciones.](#)

-En la literatura científica y académica respecto a la definición o clasificación de los [trastornos mentales](#), un extremo sostiene que es enteramente una cuestión de juicios de valor : incluyendo lo que es normal; mientras que otro, propone que es o podría ser del todo objetiva y científica : incluyendo por referencia a las normas estadísticas;²

- Otros puntos de vista, sostienen que el concepto se refiere a un "prototipo difuso" ,que no puede ser definida con precisión, o que la definición siempre involucrará una mezcla de hechos científicos : por ejemplo, que una función normal o evolutiva, no funciona correctamente; y juicios de valor : por ejemplo, que es perjudicial o no deseado.³

- Los conceptos laicos sobre trastornos mentales, varían considerablemente entre los diferentes países y culturas, y pueden referirse a diferentes tipos de problemas, tanto individuales y sociales.⁴ .

- La OMS y las encuestas nacionales, indican que no existe un único consenso sobre la definición de trastorno/enfermedad mental, y que la redacción utilizada depende del contexto social, cultural, económico y jurídico, en diferentes contextos y diferentes sociedades.⁵⁶ .

- LIBROS SOBRE NEUROENDOCRINOLOGÍA- PROF. DR. ENRIQUE BARMAIMON- 4 TOMOS- AÑO 2019.1- TOMO III-

- La OMS informa, que hay un intenso debate sobre qué condiciones deben incluirse en el concepto de trastorno mental; una definición amplia, que puede cubrir la enfermedad mental, retraso mental, trastorno de la personalidad y la dependencia de sustancias; pero la inclusión varía según el país, y es un tema complejo y debatido.⁵.
- Puede haber un criterio de que una condición no debe ser esperada para que se produzca como parte de la cultura o la religión habitual de una persona.
- Sin embargo, a pesar del término "mental", no existe necesariamente una distinción clara entre mentales (*dys*), y funcionamiento del cerebro (*dys*) el funcionamiento, o de hecho entre el cerebro y el resto del cuerpo.⁷.
- La mayoría de los documentos clínicos internacionales, evitan el término "enfermedad mental", prefirieron el término "trastorno mental".⁵.
- Sin embargo, algunos utilizan la "enfermedad mental", como el principal término general para abarcar los trastornos mentales.⁸.
- Algunas organizaciones de los movimientos del consumidor/sobreviviente, se oponen a la utilización del término "enfermedad mental", con el argumento de que es compatible con el predominio de un modelo médico.⁵.
- El término "discapacidad mental grave" (SMI), se utiliza a veces para referirse a la más grave o de larga duración trastornos; mientras que "los problemas de salud mental" se pueden utilizar como un término más amplio, o que se refieren sólo a cuestiones transitorias o leves.^{9,10}.
- La confusión rodea a menudo, las maneras y contextos en los que se utilizan estos términos.¹¹.
- Los trastornos mentales se clasifican generalmente por separado, a trastornos neurológicos, problemas de aprendizaje , o retraso mental.

-24.2)- CIE-10.

- La Clasificación ¹²Internacional de Enfermedades (CIE): Es una clasificación diagnóstica estándar internacional, para una amplia variedad de condiciones de salud.
- Los CIE-10 señala que los trastornos mentales "no es un término exacto", aunque generalmente se utiliza "... para dar a entender la existencia de un conjunto clínicamente reconocible de síntomas o comportamientos asociados, en la mayoría de los casos, con angustia y con interferencia con las funciones personales. " (OMS, 1992).
- El capítulo V, se centra en "trastornos mentales y del comportamiento", y consiste en 10 grupos principales:
 - F0: Orgánicos, incluidos los trastornos sintomáticos, mentales.
 - F1: Trastornos mentales y de comportamiento causados por el uso de sustancias psicoactivas.
 - F2: Trastornos de [esquizofrenia](#), esquizotípico y [delirios](#).
 - F3: Trastornos del humor (afectivos).
 - F4: Trastornos [neuróticos](#), somatomorfos y relacionados con el estrés.
 - F5: Síndromes del comportamiento asociados con alteraciones fisiológicas y factores físicos.
 - F6: Trastornos de personalidad y de comportamiento en personas adultas.
 - F7: [Retraso mental](#).
 - F8: Trastorno del desarrollo psicológico.
 - F9: Trastornos conductuales y emocionales con inicio en la infancia y adolescencia.
 - Además, un grupo de "trastornos mentales no especificados".
- Dentro de cada grupo hay subcategorías más específicas. El CIE incluye trastornos de la personalidad, en el mismo dominio que otros trastornos mentales, a diferencia del DSM.

- LIBROS SOBRE NEUROENDOCRINOLOGÍA- PROF. DR. ENRIQUE BARMAIMON- 4 TOMOS- AÑO 2019.1- TOMO III-

- La OMS está revisando sus clasificaciones en esta sección, como parte del desarrollo del CIE-11 : donde la revisión finaliza en el año 2018; y un "Grupo Consultivo Internacional" ha sido establecido para guiar el proceso.¹³¹⁴¹⁵ .

- 24.3)- DSM 5.

- Grupo otorgado por la DSM

Los trastornos generalmente se diagnostican en la infancia, niñez o adolescencia. * Trastornos como la [TDAH](#) y [epilepsia](#) también se han referido como [trastorno del desarrollo](#) y [discapacidades del desarrollo](#).

[El delirio](#), [demencia](#), [amnesia](#) y otros [trastornos cognitivos](#)

Los trastornos mentales debidos a una enfermedad médica

[Trastornos relacionados con sustancias](#)

[Esquizofrenia](#) y otros [trastornos psicóticos](#)

[Trastornos del estado de ánimo](#)

[Trastorno ansiedad](#)

[Trastorno somatomorfo](#)

[Trastorno facticio](#)

[Trastornos disociativos](#)

[Trastorno sexual](#) y [trastorno de identidad sexual](#)

[Trastornos alimentarios](#)

[Trastorno del sueño](#)

[Trastorno de control de impulsos](#) no clasificados por otra institución

[El trastorno de adaptación](#)

[Trastorno de personalidad](#)

Otras condiciones que pueden ser un foco de atención clínica

-Ejemplos

[Retraso mental](#), [TDAH](#)

[El Alzheimer](#)

Relacionadas con el [SIDA](#), [psicosis](#)

[Abuso de alcohol](#)

[Trastorno delirante](#)

[Trastorno depresivo máximo](#), [El trastorno bipolar](#)

[Trastorno de ansiedad generalizada](#), [Trastorno de ansiedad social](#)

[Trastorno de somatización](#)

[Síndrome de Munchausen](#)

[Trastorno de identidad disociativo](#)

[La dispareunia](#), [Trastorno de identidad de género](#)

[La anorexia nerviosa](#), [Bulimia nerviosa](#)

[Insomnio](#)

[Cleptomanía](#)

[Trastorno de adaptación](#)

[Desorden de personalidad narcisista](#)

[La discinesia tardía](#), [El abuso infantil](#)

-24.4)- Otros Esquemas.

- La Sociedad China de la Clasificación Psiquiatra China de Trastornos Mentales. (actualmente ccmd-3)
- La Guía Latinoamericana para el Diagnóstico Psiquiátrico (GLDP).¹⁶

- LIBROS SOBRE NEUROENDOCRINOLOGÍA- PROF. DR. ENRIQUE BARMAIMON- 4 TOMOS- AÑO 2019.1- TOMO III-

- El Criterio de Sectores de Investigación, un marco que está siendo desarrollado por el Instituto Nacional de Salud Mental.
- 24.5)- CLASIFICACIÓN DE TRASTORNOS MENTALES CIE-10 (OMS).
- 24.6)- TRASTORNOS MENTALES ORGÁNICOS. DEMENCIA.
- Demencia. La demencia es un síndrome debido a una enfermedad del cerebro, generalmente de naturaleza crónica o progresiva...
- 24.7)-F00 - DEMENCIA EN LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER.
-La enfermedad de Alzheimer es una enfermedad degenerativa cerebral primaria, de etiología desconocida, que presenta rasgos neuropatológicos y neuroquímicos característicos.
- 24.8)- F01- DEMENCIA VASCULAR.
-La demencia vascular : antes llamada demencia arteriosclerótica, incluye a la demencia multi-infarto, y se distingue de la demencia en la enfermedad de Alzheimer, por el modo de comienzo, las características clínicas, y la evolución.
- 24.9)- F02- DEMENCIA EN ENFERMEDADES CLASIFICADAS EN OTRO LUGAR.
.F02.0 Demencia en la enfermedad de Pick.
.F02.1 Demencia en la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob.
.F02.2 Demencia en la enfermedad de Huntington.
.F02.3 Demencia en la enfermedad de Parkinson.
.F02.4 Demencia en la infección por VIH.
.F02.8 Demencia en enfermedades específicas clasificadas en otro lugar.
- 24.10)- F04- SÍNDROME AMNÉSICO ORGÁNICO.
- Se recurre a esta categoría cuando se satisfacen las pautas generales para el diagnóstico de demencia, pero no es posible identificar ninguno de los tipos específicos.
- 24.11)- F05- DELIRIUM NO INDUCIDO POR ALCOHOL U OTRAS SUSTANCIAS PSICOTROPAS.
-Síndrome cerebral orgánico que carece de una etiología específica, caracterizado por la presencia simultánea de trastornos de la conciencia y atención, de la percepción, del pensamiento, de la memoria, de la psicomotilidad, de las emociones y del ciclo sueño-vigilia.
- 24.12)- F06- OTROS TRASTORNOS MENTALES DEBIDOS A LESIÓN O DISFUNCIÓN CEREBRAL O A ENFERMEDAD SOMÁTICA.
F06.0 Alucinosis orgánica.
F06.1 Trastorno catatónico orgánico.
F06.2 Trastorno de ideas delirantes (esquizofreniforme) orgánico.
F06.3 Trastornos del humor (afectivos) orgánicos.
F06.4 Trastorno de ansiedad orgánico.
F06.5 Trastorno disociativo orgánico.
F06.6 Trastorno de labilidad emocional (asténico) orgánico.
F06.7 Trastorno cognoscitivo leve.
F06.8 Otro trastorno mental especificado debido a lesión o disfunción cerebral o a enfermedad somática.
F06.9 Otro trastorno mental debido a lesión o disfunción cerebral o a enfermedad somática sin especificación.

- LIBROS SOBRE NEUROENDOCRINOLOGÍA- PROF. DR. ENRIQUE BARMAIMON- 4 TOMOS- AÑO 2019.1- TOMO III-

- 24.13)- F07- TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS A ENFERMEDADES, LESIONES O DISFUNCIONES CEREBRALES.

-Alteración de la personalidad y del comportamiento puede ser debida a una enfermedad, una lesión, o una disfunción cerebral, que puede ser de carácter residual , concomitante con una enfermedad daño o disfunción cerebral.

-24.14)- F10-19- TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOTROPAS.

F10 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de alcohol.

F11 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de opioides.

F12 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de cannabinoides.

F13 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sedantes o hipnóticos.

F14 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de cocaína.

F15 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de otros estimulantes (incluyendo la cafeína).

F16 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de alucinógenos.

F17 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de tabaco.

F18 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de disolventes volátiles.

- 24.15)- F19- TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE MÚLTIPLES DROGAS.

F19.0 Intoxicación aguda.

F19.1 Consumo perjudicial.

F19.2 Síndrome de dependencia.

F19.3 Síndrome de abstinencia.

F19.4 Síndrome de abstinencia con delirium.

F19.5 Trastorno psicótico.

F19.6 Síndrome amnésico inducido por alcohol o drogas.

F19.7 Trastorno psicótico residual y trastorno psicótico de comienzo tardío inducido por alcohol u otras sustancias psicotropas.

F19.8 Otros trastornos mentales o del comportamiento inducido por alcohol u otras sustancias psicotropas.

F19.9 Trastorno mental o del comportamiento inducido por alcohol u otras sustancias psicotropas sin especificación.

- 24.16)- F20-29 - ESQUIZOFRENIA, TRASTORNO ESQUIZOTÍPICO Y TRASTORNOS DE IDEAS DELIRANTES.

- Este trastorno se caracteriza por distorsiones fundamentales y típicas de la percepción, del pensamiento y de las emociones, estas últimas en forma de embotamiento o falta de adecuación de las mismas.

- 24.17)- F21- TRASTORNO ESQUIZOTÍPICO.

-Trastorno caracterizado por un comportamiento excéntrico y por anomalías del pensamiento y de la afectividad que se asemejan a las de la esquizofrenia...

- 24.18)- F22- TRASTORNOS DE IDEAS DELIRANTES PERSISTENTES.

- LIBROS SOBRE NEUROENDOCRINOLOGÍA- PROF. DR. ENRIQUE BARMAIMON- 4 TOMOS- AÑO 2019.1- TOMO III-

-Variedad de trastornos en los cuales la característica clínica única o más destacada, la constituyen las ideas delirantes consolidadas durante bastante tiempo, que no pueden ser clasificadas como orgánicas, esquizofrénicas o afectivas.

- 24.19) -F23- TRASTORNOS PSICÓTICOS AGUDOS Y TRANSITORIOS.

F23.0 Trastorno psicótico agudo polimorfo sin síntomas de esquizofrenia.

F23.1 Trastorno psicótico agudo polimorfo con síntomas de esquizofrenia.

F23.2 Trastorno psicótico agudo de tipo esquizofrénico.

F23.3 Otro trastorno psicótico agudo con predominio de ideas delirantes.

F23.8 Otros trastornos psicóticos agudos transitorios.

- 24.20)- F23.9- Trastorno psicótico agudo transitorio sin especificación. de Diagnóstico en la infancia.

-La psiquiatría de niños y adolescentes a veces usa manuales específicos aparte del DSM y CIE.

-La Clasificación de Diagnóstico de Salud Mental y trastornos del desarrollo de la infancia y la infancia temprana (DC: 0-3), se publicó por primera vez en 1994, por Zero to Three, para clasificar la salud mental y los trastornos del desarrollo en los primeros cuatro años de vida.

-Se ha publicado en 9 idiomas.¹⁷¹⁸

- Los diagnósticos de investigación en la edad pre-escolar (RDC-PA) entre 2000 y 2002, por un grupo de trabajo de investigadores independientes, con el objetivo de desarrollar criterios diagnósticos claramente especificados para facilitar la investigación en psicopatología en este grupo de edad.¹⁹²⁰

- La clasificación francesa de los Trastornos Mentales de Adolescentes y Niños (CFTMEA), operando desde 1983, es la clasificación de referencia para los psiquiatras infantiles franceses.²¹

- 24.21)- Empleo.

- Los sistemas de clasificación de CIE y DSM, han tenido una amplia aceptación en el área de la psiquiatría. Una encuesta a 205 psiquiatras, procedentes de 66 diferentes países de todos los continentes, encontró que la CIE-10, era más frecuentemente utilizada y más valorada en la práctica clínica y la formación; mientras que el DSM-IV se utiliza con mayor frecuencia en la práctica clínica en los Estados Unidos y Canadá; y era más valiosa para la investigación, con accesibilidad a alguna limitada, y su uso por otros profesionales de la salud mental, los responsables políticos, los pacientes y las familias menos claras.²²

- Una versión del cuidado básico (por ejemplo, general o médico de familia) sobre la sección de trastornos mentales de CIE-10 (ICD-10-APS), que también se ha utilizado ampliamente a nivel internacional.²³

- Una encuesta de artículos de revistas indexadas en diversas bases de datos biomédicas, entre 1980 y 2005, indicó que 15,743, se apoyaban en DSM, y 3.106 en CIE.²⁴

- En Japón, la mayoría de los hospitales universitarios usan el ICD o DSM. ICD parece ser el más utilizadas para la investigación o fines académicos; mientras que ambos fueron utilizados igualmente para fines clínicos.

- Otros esquemas psiquiátricos tradicionales también se pueden utilizar.²⁵

- 24.22)- Tipos de Sistemas de Clasificación.

- 24.22.1)- Esquemas Categóricos.

- LIBROS SOBRE NEUROENDOCRINOLOGÍA- PROF. DR. ENRIQUE BARMAIMON- 4 TOMOS- AÑO 2019.1- TOMO III-

- Los sistemas de clasificación de uso común, se basan en categorías separadas : pero pueden superponerse; de esquemas de trastornos conocidos como "neo-Kraepelin" : después de que el psiquiatra Kraepelin,²⁶ quien intenta ser ateórico, con respecto a la etiología :causalidad.

- Estos sistemas de clasificación han logrado cierta aceptación generalizada en psiquiatría y otros campos, y se ha encontrado que han mejorado la fiabilidad entre evaluadores, aunque el uso clínico de rutina, es menos claro.

- Las cuestiones de validez y utilidad se han planteado, tanto en términos sociales, científicos,²⁷ económicos y factores políticos; en particular en la inclusión de ciertas categorías controversiales, por la influencia de la industria farmacéutica,²⁸ o el efecto estigmatizador de estar categorizado o etiquetado.

- 24.22.2)- Esquemas No-categóricos.

- Algunos enfoques para la clasificación no utilizan categorías con cortes individuales, que separa a los enfermos de los sanos, o lo anormal de la normal : una práctica que a veces se denomina "umbral de la psiquiatría" o "clasificación dicotómica" ²⁹.

- La clasificación puede basarse en "espectros" más amplios subyacentes, donde cada espectro, junta una serie de diagnósticos categóricos, y patrones de síntomas sin umbral relacionados.³⁰

- Algunos enfoques van más allá, y proponen dimensiones que no se agrupan en categorías o espectros continuamente variables; cada persona tiene un perfil de puntuaciones a través de diferentes dimensiones.³¹

- Comités de planificación del DSM-5, están actualmente tratando de establecer, una base de investigación para una clasificación dimensional, híbrida de trastornos de la personalidad. ³²

- Sin embargo, el problema con las clasificaciones del todo dimensionales, es que se dice que son de valor práctico limitado en la práctica clínica, donde a menudo necesitan tomar decisiones sí/no, por ejemplo, si una persona requiere tratamiento; y por otra parte, el resto de la medicina, está firmemente comprometida con categorías, que se supone reflejan entidades discretas de enfermedades.³³

- Mientras que el Manual de Diagnóstico Psicodinámico, tiene un énfasis en la dimensionalidad, y el contexto de los problemas mentales, se ha estructurado en gran parte como un complemento a las categorías del DSM.

- Sin embargo, los enfoques de los formulados clínicos no categóricos, se emplean comúnmente en psicología clínica, y en algunas áreas de la psiquiatría, donde podría encontrarse limitadas, o no haber ninguna referencia a las categorías de diagnóstico.

- Uno de estos defensores de aproximación, tomando cada queja específica reportada por un individuo por sus propios méritos, tratadas como un fenómeno con sus propias causas.³⁴

- 24.22.3) Descriptivo vs Somático.

- Las clasificaciones descriptivas, se basan casi exclusivamente en cualquiera de las descripciones del comportamiento, según lo informado por varios observadores, como los padres, los maestros y el personal médico; o síntomas según lo informado por los propios individuos.

- Como tal, son bastante subjetivos, no susceptible de verificación por terceros, y no fácilmente transferibles a toda cronológica y/o barreras culturales.

- La nosología somática, por el contrario, se basa casi exclusivamente en las anomalías objetivas tanto histológicas y químicas, que son característicos de diversas enfermedades, y pueden ser identificados por los patólogos, debidamente capacitados.

- Aunque no todos los patólogos estarán de acuerdo en todos los casos, el grado de

- LIBROS SOBRE NEUROENDOCRINOLOGÍA- PROF. DR. ENRIQUE BARMAIMON- 4 TOMOS- AÑO 2019.1- TOMO III-

uniformidad permitido son órdenes de magnitud mayor, que el permitido por la clasificación en constante cambio, usada por el sistema DSM.

- 24.23)- Diferencias Culturales.

-Los sistemas de clasificación pueden no ser aplicables a todas las culturas.

- El DSM se basa en estudios de investigación, en su mayoría estadounidenses, y se ha dicho para tener una perspectiva americana; lo que significa que los trastornos o conceptos de la enfermedad de otras culturas; lo que conlleva a las explicaciones personalistas, en lugar de naturalistas; que son diferentes; por lo que puede ser despreciado o falsificado; mientras que los fenómenos culturales de Occidente, pueden considerarse universales.³⁵

- Los síndromes ligados a la cultura que se hipotetiza, que son específicos de ciertas culturas: por lo general las culturas no occidentales o no convencionales; mientras que algunos se enumeran en un apéndice del DSM-IV, que no son detallados; y allí permanecen preguntas abiertas, acerca de la relación entre las categorías occidentales y no occidentales de diagnóstico, y los factores socioculturales, que se abordan desde diferentes direcciones, por ejemplo, entre las culturas, para la psiquiatría o la antropología.

- 24.24)- Desarrollo Histórico.

- 24.24.1)- Antigüedad.

-Se acredita a [Hipócrates](#) y sus seguidores, de la antigua Grecia, el primer sistema de clasificación de enfermedades mentales, incluyendo la [manía](#), la melancolía, la [paranoia](#), las [fobias](#) y enfermedades escitas ([travestismo](#)).

- Ellos sostuvieron, que eran debido a los diferentes tipos de desequilibrio en los [cuatro humores](#).

- 24.24.2)- Edad Media Hasta el Renacimiento.

-Una clasificación elaborada de los trastornos mentales, se desarrolló en el siglo X, por el psicólogo de Arabia: Najab ud-din Unhammad. Su nosología incluye nueve categorías principales de los trastornos mentales, con 30 enfermedades mentales diferentes en total.

- Algunas de las categorías que se describen, se parecían a los: [trastornos obsesivo-compulsivos](#), trastornos delirantes, [enfermedades degenerativas](#), melancolía envolvente, y los estados de excitación anormal.³⁶

- [Avicena](#) (980-1037 dC), en el Canon de la medicina, enumeró una serie de trastornos mentales, incluyendo "la homosexualidad masculina pasiva"; y las leyes distinguían generalmente, entre los "idiotas" y "locos".

- [Thomas Sydenham](#) (1624-1689), el "Hipócrates inglés", enfatizó cuidadosamente la observación clínica y el diagnóstico, y desarrolló el concepto de un síndrome: un grupo de síntomas asociados, que tienen una línea de acción común, lo que más tarde influyó en la clasificación psiquiátrica.

- 24.24.3)- Siglo XVIII .

- La evolución en los conceptos científicos de la [psicopatología](#) : que se refiere a las enfermedades de la mente, se afianzó en los siglos XVIII y XIX, en los años siguientes al Renacimiento y la Ilustración.

- Comportamientos individuales que habían sido ampliamente reconocidos llegaron a agruparse en síndromes.

- LIBROS SOBRE NEUROENDOCRINOLOGÍA- PROF. DR. ENRIQUE BARMAIMON- 4 TOMOS- AÑO 2019.1- TOMO III-

- Boissier de Sauvages, desarrolló una muy extensa clasificación psiquiátrica, en la mitad del siglo 18, influenciado por la nosología médica de Thomas Sydenham, y la taxonomía biológica de Carl Linnaeus. Fue sólo una parte de su clasificación de 2400 sobre las enfermedades médicas. Estas fueron divididas en 10 "clases", uno de los cuales constituían la mayor parte de las enfermedades mentales, dividido en cuatro "órdenes" y 23 "géneros". Un género, la melancolía, se subdividió en 14 "especies".
 - William Cullen, avanzó una influyente nosología médica, que incluyó cuatro clases de neurosis: coma, adinamias, espasmos y vesanias. Los vesanias incluyen: la amentia, la melancolía, la manía y la oneirodinia.
 - Hacia finales del siglo XVIII e inicios del XIX, [Pinel](#), influenciado por el esquema de Cullen, desarrolló su propia nosología, empleando la terminología de géneros y especies. Su revisión simplificada, redujo todas las enfermedades mentales a cuatro tipos básicos. Argumentó que los trastornos mentales no son entidades separadas, pero se derivan de una sola enfermedad, que él llama "la alienación mental». Se intentó fusionar el antiguo concepto de delirio, con el de locura; donde este último, a veces es descrito como el delirio sin fiebre. Por otro lado, Pinel había comenzado una tendencia para el diagnóstico, de las variaciones de la locura 'sin delirio': alucinaciones o delirio significado, con un concepto de locura parcial.
 - También se intentó distinguir esto, de la locura total, en criterios tales como la intensidad, y el contenido o la generalización de los delirios.³⁷.
- 24.24.4) - Siglo XIX.
- El sucesor de Pinel, [Esquirol](#), extendió las categorías de Pinel a cinco. Ambos hicieron una clara distinción entre la demencia : incluyendo la manía y la demencia, y el retraso mental: incluyendo la idiotez e imbecilidad.
 - Esquirol desarrolló un concepto de [monomanía](#): una fijación delirante periódica o disposición indeseable en un tema, que se convirtió en un diagnóstico amplio y común, y una parte de la cultura popular, durante gran parte del siglo XIX.³⁸.
 - El diagnóstico de "demencia moral", acuñado por James Prichard, también se hizo popular; donde los que tienen esta condición, no parecían delirantes o discapacitados intelectualmente, pero parecían tener emociones o conductas desordenadas.
 - El enfoque taxonómico botánico fue abandonado en el siglo 19, a favor de un enfoque anatómico-clínico, que se hizo cada vez más descriptivo.
 - Existió un enfoque en la identificación de la facultad psicológica particular, que participa en determinadas formas de demencia, incluso a través de la frenología, aunque algunos argumentaron por una causa "unitaria", más central.³⁷.
 - La nosología psiquiátrica francesa y alemana estaba creciendo. El término "psiquiatría" ("Psychiatrie") fue acuñado por el médico alemán Johann Christian Reil en 1808, del griego "ψυχή" (*psychē*: "alma o de la mente") y "ιατρός" (*iatros*: "curador o médico").
 - El término "alienación" tomó un significado psiquiátrico en Francia, más tarde adoptado en la medicina inglesa.
 - Los términos de [psicosis](#) y [neurosis](#), entraron en uso, el primer acercamiento psicológico y el último neurológico.³⁷.
 - En la segunda mitad del siglo, Karl Kahlbaum y Ewald Hecker, desarrollaron un categorización descriptiva de los síndromes, empleando términos como: [distimia](#), [ciclotimia](#), [catatonía](#), paranoia, y hebefrenia.
 - [Wilhelm Griesinger](#) (1817-1869), progresó un esquema unitario ,basado en un concepto de la patología cerebral.
 - Los psiquiatras franceses, Jules Baillarger describió "folie à double forme"; y Jean-Pierre Falret, mencionó "la folie circulaire" : manía y depresión alternante.

- LIBROS SOBRE NEUROENDOCRINOLOGÍA- PROF. DR. ENRIQUE BARMAIMON- 4 TOMOS- AÑO 2019.1- TOMO III-

- El concepto de locura adolescente o la locura desarrollada fue descrito por el psiquiatra escocés Thomas Coulston en 1873, que describió una condición psicótica, que generalmente afecta a mayores de 18-24 años, en particular a los varones, y en el 30% de los casos avanza a "una demencia secundaria".³⁹
- El concepto de [histeria](#) : matriz errante, ya había sido utilizado, probablemente desde el antiguo Egipto, y más tarde fue adoptado por Freud. Descripciones de un síndrome específico conocido ahora como el trastorno de somatización, fueron desarrolladas por primera vez por el médico francés, Paul Briquet en 1859.
- Un médico estadounidense, Beard, describió la "neurastenia" en 1869.
- El neurólogo alemán Westphal, acuñó el término "neurosis obsesiva", ahora llamado trastorno obsesivo-compulsivo, y la agorafobia.
- Los alienistas crearon una nueva serie de diagnósticos, que destacó el comportamiento individual, impulsivo, tales como: la [cleptomanía](#), [dipsomanía](#), [piromanía](#), y la [ninfomanía](#).
- El diagnóstico de [drapetomanía](#), la supuesta enfermedad mental, que padecían los esclavos negros del siglo XIX, que según el médico Samuel A. Cartwright, consistía en unas "ansias de libertad" o expresión de sentimientos, en contra de la esclavitud. Desde entonces ha sido desmentida como pseudociencia, y como parte de la estructura del racismo científico, que también se desarrolló en el sur de los Estados Unidos, para explicar la irracionalidad percibida de los esclavos negros, que tratan de escapar de lo que se pensaba que era un papel adecuado.
- El estudio de la [homosexualidad](#), comenzó en el siglo XIX, visto informalmente como un trastorno o como algo natural. Kraepelin lo consideró un trastorno, en su Compendio de Psiquiatría, que fue publicado en ediciones sucesivas desde 1883.⁴⁰
- A finales del Siglo XIX, Koch se refirió a la "inferioridad psicopática", como un nuevo término para la locura moral.
- En el siglo XX, el término llegó a ser conocido como "psicopatía" o "[sociopatía](#)", relacionado específicamente con la conducta antisocial. Por estudios relacionados, surgió la categoría del DSM-III, del trastorno de personalidad antisocial.



"Psychiatrists of Europe! Protect your sanctified diagnoses!" Cartoon by Emil Kraepelin, 1896.

- 24.24.5)- Siglo XX.

- Debido a la influencia del enfoque de Kahlbaum y otros, el desarrollo de sus conceptos en las publicaciones, que abarcan el cambio de siglo, el psiquiatra alemán Emil Kraepelin , desarrolló un nuevo sistema. Agrupó diagnósticos existentes, que parecía que todos se deterioraban con el tiempo, tales como el síndrome de hebefrenia y de demencia paranoide, bajo otro término usado: "[demencia precoz](#)" , que significa "la senilidad precoz", que más tarde, fue llamado esquizofrenia.

- LIBROS SOBRE NEUROENDOCRINOLOGÍA- PROF. DR. ENRIQUE BARMAIMON- 4 TOMOS- AÑO 2019.1- TOMO III-

- También, otros diagnósticos, que parecían tener un curso periódico y un mejor resultado, se agruparon en la categoría de la locura maníaco-depresiva : trastorno del estado de ánimo.
- También propuso una tercera categoría de psicosis, llamada paranoia, que implica delirios, pero no los déficits más generales y de curso pobre, ya que se atribuían a la demencia precoz.
- Propuso 15 categorías, incluyendo también: la neurosis psicógena, la personalidad psicopática, y los síndromes del desarrollo deficiente mental : retraso mental.
- Con el tiempo, así mismo, se incluyó la homosexualidad, en la categoría de "condiciones mentales de origen constitucional".
- Las neurosis posteriormente fueron divididas en trastornos de ansiedad y otros trastornos.
- Freud escribió extensamente sobre la histeria y también acuñó el término "neurosis de angustia", que apareció en el DSM-I y DSM-II.
- La lista de verificación de criterios, resultó en estudios usados para definir el trastorno de pánico para DSM-III.
- Esquemas de principios del siglo XX, en Europa y los Estados Unidos, reflejaban un modelo de enfermedad cerebral o degeneración, que había surgido durante el siglo XIX, así como algunas ideas de la teoría de la evolución de [Darwin](#) y/o las teorías psicoanalíticas de [Freud](#).
- La teoría psicoanalítica no se quedó atrás, en la clasificación de los diferentes trastornos, pero también continuo el análisis de conflictos inconscientes, y sus manifestaciones dentro de la vida de un individuo. Trataba con neurosis, psicosis y perversión. El concepto de trastorno de personalidad al límite y otros diagnósticos de trastornos de personalidad , se formalizan después de tales teorías psicoanalíticas, aunque tales líneas de desarrollo de la psicología, basadas en el ego, divergían sustancialmente de los caminos tomados en otros lugares, dentro del psicoanálisis.
- El filósofo y psiquiatra [Karl Jaspers](#), usó influencialmente el "método biográfico", y sugirió formas de diagnosticar, con base en la forma y no del contenido de las creencias o percepciones.
- En lo que se refiere a la clasificación en general,, que proféticamente fue comentado que: "Cuando diseñamos un esquema de diagnóstico, sólo podemos hacerlo si renunciamos a algo desde el principio... y en la cara de los hechos, tenemos que trazar la línea donde no lo hay... por tanto, una clasificación sólo tiene un valor provisional. Es mentira que dará de baja su función. si prueba ser el más apto para el tiempo ". ³³.
- Adolph Meyer avanzó un esquema mixto biosocial, que hizo hincapié en las reacciones y adaptaciones de todo el organismo a las experiencias de vida.
- En 1945, William C. Menninger , desarrolló un esquema de clasificación para el ejército de los Estados Unidos, denominado Medicina 203, donde sintetizó las ideas de la época en cinco grupos principales. Este sistema fue adoptado por la Administración de Veteranos en los Estados Unidos, e influyó fuertemente en el DSM.
- El término [estrés](#), habiendo surgido del trabajo [endocrinológico](#) en la década de 1930, fue popularizado con un cada vez más amplio sentido biopsicosocial; y fue cada vez más vinculado a los trastornos mentales. El diagnóstico de trastorno de [estrés postraumático](#), fue creado más tarde.⁴¹ .
- Los trastornos mentales se incluyeron por primera vez, en la sexta revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-6) en 1949.⁴².
- Tres años más tarde, en 1952, la Asociación Americana de Psiquiatría, creó su propio sistema de clasificación, el DSM-I.⁴² .
- El grupo Criterios Feighner: describió catorce principales trastornos psiquiátricos, para los que los estudios de investigación cuidadosos estaban disponibles, incluyendo la homosexualidad. Estos fueron desarrollados como los criterios de diagnósticos de

- LIBROS SOBRE NEUROENDOCRINOLOGÍA- PROF. DR. ENRIQUE BARMAIMON- 4 TOMOS- AÑO 2019.1- TOMO III-

investigación, adoptado y desarrollado aún más por el DSM-III.

- El DSM y CIE desarrollaron, parte en sincronía, en el contexto común de la investigación psiquiátrica y la teoría. Los debates continuaron y se desarrollaron, sobre la definición de: enfermedad mental; del modelo médico; categórica vs enfoques dimensionales; y de si y cómo se incluyen criterios de sufrimiento y pérdida de valor.⁴³.

- Hubo un intento de construir nuevos esquemas, por ejemplo, desde una perspectiva de unión, donde los patrones de síntomas, son interpretados como evidencia de patrones específicos de unión alterada, junto con tipos específicos de trauma posterior.

- 24.24.6)- Siglo XXI.

-La CIE-11 y DSM-5 fueron desarrolladas a inicios del siglo XXI.

-Cualquier avance radical nuevo en la clasificación, se cree que son más propensos a ser introducidos por la APA, que por la OMS; sobre todo porque el primero, sólo tiene que convencer a su propio consejo de administración; mientras que el segundo tiene que convencer a los representantes de más de 200 diferentes países,, en una conferencia formal de revisión.

- Además, mientras que el DSM, es una publicación más vendida, que obtiene grandes ganancias para la APA, la OMS incurre en gastos importantes en la determinación de consenso internacional, para las revisiones de la CIE.

- Aunque hay un intento continuo, para reducir las diferencias triviales o accidentales entre el DSM y la CIE; se piensa que la APA y la OMS, son propensos a seguir produciendo nuevas versiones de sus manuales y, en algunos aspectos, para competir entre sí.³³.

- 24.25)- Críticas.

- Existen bastantes dudas científicas, respecto a la validez de construcción y la fiabilidad de las categorías diagnósticas psiquiátricas y sus criterios.⁴⁴⁴⁵⁴⁶; a pesar de que se han normalizado cada vez más, para mejorar la concordancia entre los calificadores en la investigación controlada.

- En los Estados Unidos, ha habido pedidos y refrendos hacia la audiencia del Congreso, para explorar la naturaleza y el alcance del daño potencial causado, por esta "empresa mínimamente investigada".⁴⁷⁴⁸.

- Otras críticas específicas de los esquemas actuales son: intentos de demostrar los límites naturales entre los síndromes relacionados, o entre un síndrome común y normalidad, que han fracasado; los trastornos de la clasificación actual, que son fenómenos que pueden tener muchas causas diferentes que interactúan, sin embargo "el simple hecho de que un concepto de diagnóstico, aparezca en la nomenclatura oficial, y con una definición operativa precisa, tiende a animarnos a suponer, que se trata de un entidad de cuasi-enfermedad, que puede ser usada para explicar los síntomas del paciente"; y que los manuales de diagnóstico han dado lugar a un descenso involuntario, de una cuidadosa evaluación de las experiencias de cada persona individual y el contexto social.³³.

- Los esquemas psicodinámicos, tradicionalmente han dado a aspecto fenomenológico siguientes más consideración, pero en términos psicoanalíticos, que han criticado desde hace tiempo, por numerosos motivos.

- Algunos han argumentado, que la dependencia de las exigencias de definición operacional, que los conceptos intuitivos, como la depresión, necesitan ser definido operacionalmente ,antes de que sean susceptibles de investigación científica.

- Donde: Si bien, John Stuart Mill,, señaló los peligros de creer todo a lo que se le pudiera dar nombre, lo que era una cosa; y de que Stephen Jay Gould y otros, han criticado, a los

- LIBROS SOBRE NEUROENDOCRINOLOGÍA- PROF. DR. ENRIQUE BARMAIMON- 4 TOMOS- AÑO 2019.1- TOMO III-

psicólogos, por hacer precisamente eso.

- Un crítico afirma, que "En lugar de sustituir los términos" metafísico ", como " deseo " y " propósito ", lo utilizaron para legitimar, dándoles las definiciones operacionales. Así, en la psicología, como en la economía, las ideas operacionalista bastante radicales iniciales; finalmente, llegaron a servir como poco más, que un 'fetichismo de tranquilidad' (según Koch en 1992, 275), para la práctica metodológica, corriente principal. ⁴⁹ ; y de acuerdo con Tadafumi Kato, y desde la época de Kraepelin, los psiquiatras han estado tratando de diferenciar los trastornos mentales, mediante entrevistas clínicas. Kato argumenta que ha habido pocos avances en el último siglo, y que sólo modestas mejoras son posibles de esta manera; él sugiere que sólo los estudios neurobiológicos, que utilizan la tecnología moderna, podrían constituir la base para una nueva clasificación. ⁵⁰ .

- De acuerdo con Heinz Katsching, los comités de expertos han combinado criterios fenomenológicos, en formas variables, en categorías de trastornos mentales, que definen y redefinen,, en repetidas ocasiones durante el último medio siglo.

- Las categorías de diagnóstico se denominan "trastornos" y, sin embargo, a pesar de no ser validado por criterios biológicos, como la mayoría de las enfermedades médicas son, están enmarcados como enfermedades médicas, identificadas por los diagnósticos médicos.

- Los describe como sistemas de clasificación de arriba hacia abajo, similares a las clasificaciones botánicas de plantas en los siglos XVII y XVIII, cuando los expertos decidieron a priori qué aspectos visibles de las plantas eran pertinentes.

- Katsching señala que si bien los fenómenos psicopatológicos son sin duda observados, y experimentados, la base conceptual de las categorías de diagnóstico psiquiátrico, es cuestionada desde diferentes perspectivas ideológicas. ⁴² .

- El psiquiatra Joel París, argumenta que la psiquiatría es a veces susceptible a las modas de diagnóstico. Algunos se han basado en la teoría : exceso de diagnóstico de la esquizofrenia, algunas basadas en conceptos etiológicos : causalidad (sobrediagnóstico del trastorno de estrés postraumático); y algunos basados en el desarrollo de tratamientos. París señala que a los psiquiatras, les gusta diagnosticar enfermedades que pueden tratar, y da ejemplos de lo que ve como los patrones de prescripción, paralela a las tendencias de diagnóstico, por ejemplo, un aumento en el diagnóstico bipolar, una vez de que el litio entró en uso; y escenarios similares con el uso de: la terapia electroconvulsiva, los [neurolepticos](#), los [antidepresivos tricíclicos](#), y los [ISRS](#).

- Se observa que hubo un tiempo, en que cada paciente parecía tener "esquizofrenia latente", y que todo en psiquiatría parecía ser "depresión enmascarada", y teme que los límites del concepto de espectro bipolar, incluyendo en su aplicación a los niños, se estén expandiendo igualmente. ⁵¹ .

- Allen Frances, ha sugerido tendencias de moda de diagnóstico, en relación con el trastorno de autismo, y de atención con hiperactividad del déficit. ⁵² .

- Desde la década de 1980, la psicóloga Paula Caplan, ha tenido preocupaciones sobre el diagnóstico psiquiátrico, y las personas que son arbitrariamente "abofeteadas con una etiqueta psiquiátrica". Caplan, dice que los diagnósticos psiquiátricos no están regulados, por lo que los médicos no están obligados a pasar mucho tiempo entendiendo las situaciones de los pacientes, o de buscar la opinión de otro médico.

- Los criterios para la asignación de etiquetas psiquiátricas, están contenidas en el Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, que pueden "dar lugar a un terapeuta, para centrarse en las listas de comprobación de síntomas estrechas, con poca consideración por lo que está causando el sufrimiento del paciente". Así, de acuerdo con Caplan, obtener un diagnóstico psiquiátrico, y la etiqueta que a menudo dificulta la recuperación. ⁵³ .

El enfoque del DSM y CIE , sigue siendo objeto de ataques, tanto por el modelo de causalidad implícita , ⁵⁴ y debido a que algunos investigadores creen, que es mejor apuntar a

- LIBROS SOBRE NEUROENDOCRINOLOGÍA- PROF. DR. ENRIQUE BARMAIMON- 4 TOMOS- AÑO 2019.1- TOMO III-

las diferencias subyacentes en el cerebro, que puede preceder a los síntomas por muchos años.⁵⁵⁵⁶.

- 24.26)- Véase También.

- Dalal PK, Sivakumar T. (2009) [Moving towards ICD-11 and DSM-V: Concept and evolution of psychiatric classification](#). Indian Journal of Psychiatry, Volume 51, Issue 4, Page 310-319.
- King LJ (March 1999). «[A brief history of psychiatry: millennia past and present](#)». *Ann Clin Psychiatry* 11 (1): 3-12. PMID 10383169. doi:10.3109/10401239909147041.

- 24.27)- Referencias.

1. [↑](#) Robin Murray (Md, M Phil; Murray, Robin (28 de octubre de 1997). [The essentials of postgraduate psychiatry](#). ISBN 978-0-521-57801-1.
2. [↑](#) Berrios G E (April 1999). «[Classifications in psychiatry: a conceptual history](#)». *Aust N Z J Psychiatry* 33 (2): 145-60. PMID 10336212. doi:10.1046/j.1440-1614.1999.00555.x.
3. [↑](#) Perring, C. (2005) [Mental Illness](#) Stanford Encyclopedia of Philosophy
4. [↑](#) Giosan C, Glovsky V, Haslam N; Glovsky; Haslam (2001). «[The Lay Concept of 'Mental Disorder': A Cross-Cultural Study](#)». *Transcultural Psychiatry* 38 (3): 317-32. doi:10.1177/136346150103800303.
5. [↑](#) [Saltar a:](#) ^a ^b ^c ^d World Health Organization (2005). [WHO Resource Book on Mental Health: Human rights and legislation](#) (PDF). ISBN 92-4-156282-X. Archivado desde [el original](#) el 25 de octubre de 2013.
6. [|](#)archiveurl= y [|](#)urlarchivo= redundantes ([ayuda](#)); [|](#)archivedate= y [|](#)fechaarchivo= redundantes ([ayuda](#))
7. [↑](#) Peck MC, Scheffler RM; Scheffler (September 2002). «[An analysis of the definitions of mental illness used in state parity laws](#)». *Psychiatr Serv* 53 (9): 1089-95. PMID 12221306. doi:10.1176/appi.ps.53.9.1089.
8. [↑](#) Widiger TA, Sankis LM; Sankis (2000). «[Adult psychopathology: issues and controversies](#)». *Annu Rev Psychol* 51: 377-404. PMID 10751976. doi:10.1146/annurev.psych.51.1.377. PDF
9. [↑](#) Office of the Surgeon General and various United States Government agencies (1999) [Mental Health: A report of the Surgeon General](#)
10. [↑](#) US Department of Health and Human Sciences (2007) [Mental Health & Mental Disorders: Terminology](#)
 - [Archivado](#) el 20 de agosto de 2007 en la [Wayback Machine](#).
11. [↑](#) Parabiaghi A, Bonetto C, Ruggeri M, Lasalvia A, Leese M; Bonetto; Ruggeri; Lasalvia; Leese (June 2006). «[Severe and persistent mental illness: a useful definition for prioritizing community-based mental health service interventions](#)». *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 41 (6): 457-63. PMID 16565917. doi:10.1007/s00127-006-0048-0.
12. [↑](#) Economic and Social Research Council [Mental Health and Mental Illness in the UK](#) ([enlace roto](#) disponible en [Internet Archive](#); véase el [historial](#) y la [última versión](#)).
13. [↑](#) http://www.who.int/mental_health/evidence/en/
14. [↑](#) «[Versiones provisionales del capítulo de la CIE-11 sobre los trastornos mentales](#)». *psiquiatria.com*. 7 de abril de 2017.
15. [↑](#) [eCIE10ES. Edición electrónica de la CIE-10-ES. 2ª Edición-Enero 2018](#). Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Dirección General de Salud

- LIBROS SOBRE NEUROENDOCRINOLOGÍA- PROF. DR. ENRIQUE BARMAIMON- 4 TOMOS- AÑO 2019.1- TOMO III-

- Pública, Calidad e Innovación. Subdirección General de Información Sanitaria y Evaluación. Enero de 2018.
16. [↑](#) Berganza CE, Mezzich JE, Jorge MR; Mezzich; Jorge (2002). [«Latin American Guide for Psychiatric Diagnosis \(GLDP\)»](#). *Psychopathology* 35 (2–3): 185-90. PMID 12145508. doi:10.1159/000065143.
 17. [↑](#) Zero to Three. (1994). Diagnostic classification: 0–3: Diagnostic classification of mental health and developmental disorders in infancy and early childhood. Washington, DC.
 18. [↑](#) [Zero to Three overview of the DC:0-3](#)
 19. [↑](#) Task Force on Research Diagnostic Criteria: Infancy Preschool (December 2003). [«Research diagnostic criteria for infants and preschool children: the process and empirical support»](#). *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 42 (12): 1504-12. PMID 14627886. doi:10.1097/00004583-200312000-00018. PMID 14627886. doi:10.1097/00004583-200312000-00018.
 20. [↑](#) [RDC-PA Online \(PDF\)](#)
 - [Archivado](#) el 30 de septiembre de 2007 en la [Wayback Machine](#).
 21. [↑](#) Mises R, Quemada N, Botbol M (2002). [«French classification for child and adolescent mental disorders»](#). *Psychopathology* 35 (2–3): 176-80. PMID 12145506. doi:10.1159/000065141.
 22. [↑](#) Mezzich JE (2002). [«International surveys on the use of ICD-10 and related diagnostic systems»](#). *Psychopathology* 35 (2–3): 72-5. PMID 12145487. doi:10.1159/000065122.
 23. [↑](#) Jenkins R, Goldberg D, Kiima D (2002). [«Classification in primary care: experience with current diagnostic systems»](#). *Psychopathology* 35 (2–3): 127-31. PMID 12145497. doi:10.1159/000065132.
 24. [↑](#) López-Muñoz F, García-García P, Sáiz-Ruiz J (2008). [«A bibliometric study of the use of the classification and diagnostic systems in psychiatry over the last 25 years»](#). *Psychopathology* 41 (4): 214-25. PMID 18408417. doi:10.1159/000125555.
 25. [↑](#) Nakane Y, Nakane H; Nakane (2002). [«Classification systems for psychiatric diseases currently used in Japan»](#). *Psychopathology* 35 (2–3): 191-4. PMID 12145509. doi:10.1159/000065144.
 26. [↑](#) Rogler LH (March 1997). «Making sense of historical changes in the Diagnostic and statistical manual of mental disorders: five propositions». *J Health Soc Behav* 38 (1): 9-20. JSTOR 2955358. PMID 9097505. doi:10.2307/2955358.
 27. [↑](#) James J. Hudziak; Helzer, John E. (2002). [«Defining Psychopathology in the 21st Century: Dsm-V and Beyond»](#). American Psychopathological Association Series (1st edición). Washington, DC: American Psychiatric Association. ISBN 1-58562-063-7.
 28. [↑](#) Cosgrove L, Krinsky S, Vijayaraghavan M, Schneider L; Krinsky; Vijayaraghavan; Schneider (2006). [«Financial ties between DSM-IV panel members and the pharmaceutical industry»](#). *Psychother Psychosom* 75 (3): 154-60. PMID 16636630. doi:10.1159/000091772.
 29. [↑](#) Craddock, N., Owen, M. (2007) [«Rethinking psychosis: the disadvantages of a dichotomous classification now outweigh the advantages»](#) World Psychiatry v.6(2); Jun
 30. [↑](#) Maser JD, Akiskal HS; Akiskal (December 2002). [«Spectrum concepts in major mental disorders»](#). *Psychiatr. Clin. North Am.* 25 (4): xi-xiii. PMID 12462854. doi:10.1016/S0193-953X(02)00034-5.
 31. [↑](#) Krueger RF, Watson D, Barlow DH (November 2005). [«Introduction to the Special Section: Toward a Dimensionally Based Taxonomy of Psychopathology»](#). *Journal of Abnormal Psychology* 114 (4): 491-3. PMC 2242426. PMID 16351372. doi:10.1037/0021-843X.114.4.491.

**- LIBROS SOBRE NEUROENDOCRINOLOGÍA- PROF. DR.
ENRIQUE BARMAIMON- 4 TOMOS- AÑO 2019.1- TOMO III-**

32. [↑](#) Widiger TA, Simonsen E, Krueger R, Livesley WJ, Verheul R; Simonsen; Krueger; Livesley; Verheul (June 2005). [«PERSONALITY DISORDER RESEARCH AGENDA FOR THE DSM-V»](#). *J. Pers. Disord.* 19 (3): 315-38. [PMC 2242427](#). [PMID 16175740](#). [doi:10.1521/pedi.2005.19.3.315](#).
33. [↑](#) [Saltar a: ^a ^b ^c ^d](#) Dalal PK, Sivakumar T. (2009) [Moving towards ICD-11 and DSM-V: Concept and evolution of psychiatric classification](#). *Indian Journal of Psychiatry*, Volume 51, Issue 4, Page 310-319.
34. [↑](#) Bentall R (2006). [«Madness explained: why we must reject the Kraepelinian paradigm and replace it with a 'complaint-orientated' approach to understanding mental illness»](#). *Med. Hypotheses* 66 (2): 220-33. [PMID 16300903](#). [doi:10.1016/j.mehy.2005.09.026](#).
35. [↑](#) Munro, Alistair; Bhugra, Dinesh (1997). *Troublesome disguises: underdiagnosed psychiatric syndromes*. Oxford: Blackwell Science. [ISBN 0-86542-674-0](#).
36. [↑](#) Millon, Theodore (2004). *Masters of the Mind: Exploring the Story of Mental Illness from Ancient Times to the New Millennium*. [John Wiley & Sons](#). p. 38. [ISBN 978-0-471-46985-8](#).
37. [↑](#) [Saltar a: ^a ^b ^c](#) Berrios GE (July 1987). [«Historical aspects of psychoses: 19th century issues»](#). *Br. Med. Bull.* 43 (3): 484-98. [PMID 3322481](#).
38. [↑](#) Bolme, A (1991). [«Portraying Monomaniacs to Service the Alienist's Monomania: Gericault and Georget»](#). *Oxford Art Journal* 14 (1): 79-91. [JSTOR 1360279](#). [doi:10.1093/oxartj/14.1.79](#).
39. [↑](#) O'Connell P, Woodruff PW, Wright I, Jones P, Murray RM; Woodruff; Wright; Jones; Murray (February 1997). [«Developmental insanity or dementia praecox: was the wrong concept adopted?»](#). *Schizophr. Res.* 23 (2): 97-106. [PMID 9061806](#). [doi:10.1016/S0920-9964\(96\)00110-7](#).
40. [↑](#) Mendelson G (December 2003). [«Homosexuality and psychiatric nosology»](#). *Aust N Z J Psychiatry* 37 (6): 678-83. [PMID 14636381](#). [doi:10.1111/j.1440-1614.2003.01273.x](#).
41. [↑](#) Viner R (June 1999). [«Putting Stress in Life: Hans Selye and the Making of Stress Theory»](#). *Social Studies of Science* 29 (3): 391-410. [JSTOR 285410](#). [doi:10.1177/030631299029003003](#).
42. [↑](#) [Saltar a: ^a ^b ^c](#) Katsching, Heinz (February 2010). [«Are psychiatrists an endangered species? Observations on internal and external challenges to the profession»](#). *World Psychiatry (World Psychiatric Association)* 9 (1): 21-28. [PMC 2816922](#). [PMID 20148149](#). [doi:10.1002/j.2051-5545.2010.tb00257.x](#).
43. [↑](#) Masten AS, Curtis WJ; Curtis (2000). [«Integrating competence and psychopathology: pathways toward a comprehensive science of adaptation in development»](#). *Dev. Psychopathol.* 12 (3): 529-50. [PMID 11014751](#). [doi:10.1017/S095457940000314X](#).
44. [↑](#) Kendell, R.; Jablensky, A. (January 2003). [«Distinguishing between the validity and utility of psychiatric diagnoses»](#). *Am J Psychiatry* 160 (1): 4-12. [PMID 12505793](#). [doi:10.1176/appi.ajp.160.1.4](#).
45. [↑](#) Baca-Garcia, E. *et al.* (March 2007). [«Diagnostic stability of psychiatric disorders in clinical practice»](#). *Br J Psychiatry* 190 (3): 210-6. [PMID 17329740](#). [doi:10.1192/bjp.bp.106.024026](#).
46. [↑](#) Pincus, H. A. *et al.* (1998). [«"Clinical Significance" and DSM-IV»](#). *Arch Gen Psychiatry* 55 (12): 1145; author reply 1147-8. [PMID 9862559](#). [doi:10.1001/archpsyc.55.12.1145](#). Archivado desde [el original](#) el 29 de septiembre de 2007.

- LIBROS SOBRE NEUROENDOCRINOLOGÍA- PROF. DR. ENRIQUE BARMAIMON- 4 TOMOS- AÑO 2019.1- TOMO III-

47. [↑ http://www.psychdiagnosis.net/letter.html](http://www.psychdiagnosis.net/letter.html)
48. [↑ http://www.psychdiagnosis.net/endorsers.html](http://www.psychdiagnosis.net/endorsers.html)
49. [↑ DW Hands \(2004\) On Operationalisms and Economics Journal of Economic Issues](#)
50. [↑ Kato, Tadafumi \(October 2011\). «A renovation of psychiatry is needed». World Psychiatry \(World Psychiatric Association\) 10 \(3\): 198-199. \[PMC 3188773\]\(#\). \[PMID 21991278\]\(#\). \[doi:10.1002/j.2051-5545.2011.tb00056.x\]\(#\).](#)
51. [↑ Joel Paris, MD \(2004\) Psychiatric Diagnosis and the Bipolar Spectrum CPA Bulletin; 36\[3\]:3\)](#)
52. [↑ Psychiatric Fads and Overdiagnosis: Normality is an endangered species. Published on June 2, 2010 by Allen J. Frances, M.D. in DSM5 in Distress](#)
53. [↑ Paula J. Caplan \(28 de abril de 2012\). «Psychiatry's bible, the DSM, is doing more harm than good». *Washington Post*.](#)
54. [↑ Doward, Jamie \(12 de mayo de 2013\). «Medicine's big new battleground: does mental illness really exist?». *The Guardian* \(London\).](#)
55. [↑ National_Institute_of_Mental_Health](#)
56. [↑ «Copia archivada». Archivado desde \[el original\]\(#\) el 7 de mayo de 2013.](#)

- 57- Nº 78 a 81:- :-  -Barmaimon, Enrique- LIBROS SOBRE NEUROENDOCRINOLOGÍA- 4 TOMOS-AÑO 2019- Montevideo, Uruguay-
- TOMO I: Neurotransmisores; Receptor Celular; Neurohormonas; Ejes; S.Endócrino; Hipotálamo; Hipófisis.
- TOMO II: Enfermedad; Morbilidad; Comorbilidad; L.C.R.; Imagen Médica; Psicología Cognitiva; Clasificaciones I..
- TOMO III: Clasificaciones; S. Nervioso; S. Límbico; Motivación; Trastornos Sueño.
- TOMO IV: Sensibilización Central; Dolor; Alodinia; S. R. C.; Estrés; S. Piernas Inquietas; Sueño; Cansancio; Ansiedad; Depresión; Ejercicio Físico; Técnicas Relajación; Meditación; Espasmo Muscular; Frío; 81 Libros Publicados; Curricula. -
www.bvssmu.org.uy [libros], [barmaimon]).(OR) .(buscar);(Elegir libro entre 81 : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra).
58- www.bvssmu.org.uy [libros], [barmaimon]).(OR) .(buscar);(Elegir libro entre 81 : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra).
59- - [Biblioteca Virtual en Salud](#) (BVS)- (S.M.U.)-

- 24.28)- Enlaces Externos.

Obtenido de

«[https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Clasificación de trastornos mentales&oldid=112044572](https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Clasificación_de_trastornos_mentales&oldid=112044572)»

Categorías:

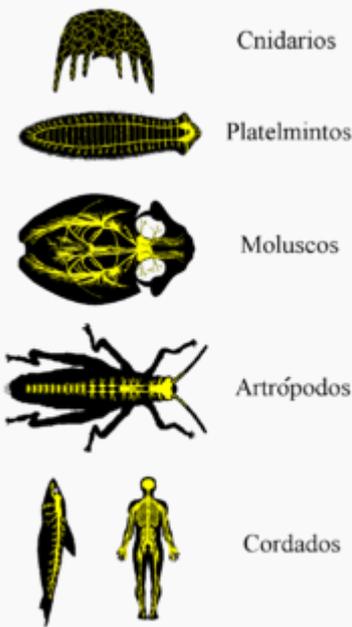
- [Psicopatología](#)
- [Trastornos mentales](#)
- Esta página se editó por última vez el 16 noviembre 2018, a las 12:05.

0 0 0 0 0 0 0 0.

- CAPÍTULO XXV : -25)- SISTEMA NERVIOSO-

- De Wikipedia, la enciclopedia libre.

Sistema nervioso



Sistema nervioso de distintos filos animales

Latín *[TA]: systema nervosum*

TA [A14.0.00.000](#)

TH [H3.11.00.0.00001](#)

Función Coordinación rápida y efectiva de todas las funciones corporales para responder de

- LIBROS SOBRE NEUROENDOCRINOLOGÍA- PROF. DR. ENRIQUE BARMAIMON- 4 TOMOS- AÑO 2019.1- TOMO III-

forma apropiada a los cambiantes estímulos del medio ambiente¹

Estructuras básicas

- Histológicas
 - [Neurona](#)
 - [Neuroglía](#)
- Por la función refleja²
 - [Sistema aferente](#)
 - Sistema de asociación
 - Sistema eferente
- Anatómicas²
 - [SN central](#)
 - [SN periférico](#)
- Según su [función](#)²
 - [SN autónomo](#)
 - [SN somático](#)

- El sistema nervioso es un conjunto organizado de [células](#) especializadas en la conducción de señales bioquímicoeléctricas. El sistema nervioso está formado por [neuronas](#) y [células gliales](#). Las neuronas tienen la función de coordinar las acciones de los [animales](#) por medio de señales químicas y eléctricas enviadas de un lugar a otro del organismo.³⁴

- La mayor parte de los animales pluricelulares, tienen sistemas nerviosos con características básicas similares, aunque con grado de complejidad muy variable. Únicamente carecen de él los animales, que no tienen tejidos y órganos bien diferenciados, como: los [poríferos](#); esponjas, [placozoos](#): placozoas, y [mesozoos](#).⁵⁶⁷⁸⁹¹⁰

-El sistema nervioso capta estímulos del entorno : estímulos externos, o señales del mismo organismo : estímulos internos, procesa la información, y genera respuestas diferentes según la situación.

- A modo de ejemplo podemos considerar un animal que a través de las células sensibles a la luz de la [retina](#), capta la proximidad de otro ser vivo. Esta información es transmitida mediante el [nervio óptico](#) al cerebro, que la procesa y emite una señal nerviosa que a través de los nervios motores, provoca la contracción de ciertos [músculos](#), con el objetivo de desplazarse en dirección contraria al peligro potencial.¹

- Al estudio científico del sistema nervioso se le denomina [neurociencia](#).

-ÍNDICE.

- CAPÍTULO XXV : -25)- SISTEMA NERVIOSO-

-25.1)- [Divisiones del Sistema Nervioso](#).

-25.2)- [Células](#)

-25.2.1)- [Neuronas](#).

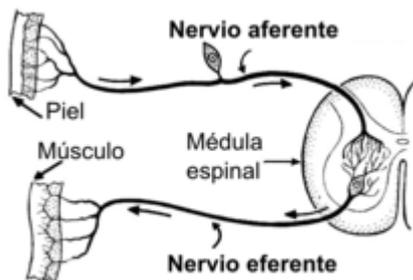
-25.2.1.1)- [Clasificación Morfológica](#).

- LIBROS SOBRE NEUROENDOCRINOLOGÍA- PROF. DR. ENRIQUE BARMAIMON- 4 TOMOS- AÑO 2019.1- TOMO III-

- 25.[2.1.2](#))- [Clasificación Fisiológica](#).
- 25.[2.1.3](#))- [Impulsos Nerviosos](#).
- 25.[2.1.4](#))- [Sinapsis](#).
- 25.[2.1.5](#))- [Neurotransmisores](#).
- 25.[2.2](#))- [Células gliales](#)
- 25.[2.2.1](#))- [Clasificación Topográfica](#).
- 25.[2.2.2](#))- [Clasificación Morfo-funcional](#).
- 25.[3](#))- [Sistema Nervioso Humano](#).
- 25.[3.1](#))- [Desarrollo Embrionario](#).
- 25.[3.2](#))- [Sistema Nervioso Central](#).
- 25.[3.3](#))- [Sistema Nervioso Periférico](#).
- 25.[3.4](#))- [Sistema Nervioso Autónomo](#).
- 25.[3.5](#))- [Enfermedades](#).
- 25.[4](#))- [Sistema Nervioso en los Animales](#).
- 25.[4.1](#))- [Redundancia](#).
- 25.[4.2](#))- [Mielinización](#).
- 25.[4.3](#))- [Metamerización](#).
- 25.[4.4](#))- [Centralización](#).
- 25.[4.5](#))- [Cefalización](#).
- 25.[4.6](#))- [Animales Diblásticos](#).
- 25.[4.7](#))- [Animales Triblásticos](#).
- 25.[4.7.1](#))- [Animales Protóstomos](#).
- 25.[4.7.2](#))- [Animales Deuteróstomos](#).
- 25.[4.8](#))- [Sistema Nervioso Por Filo](#).
- 25.[4.8.1](#))- [Cnidarios](#).
- 25.[4.8.2](#))- [Platelmintos](#)
- 25.[4.8.3](#))- [Anélidos](#).
- 25.[4.8.4](#))- [Moluscos](#).
- 25.[4.8.5](#))- [Artrópodos](#)
- 25.[4.8.6](#))- [Equinodermos](#).
- 25.[4.8.7](#))- [Vertebrados](#).
- 25.[5](#))- [Véase También](#).
- 25. [6](#))- [Notas](#).
- 25.[7](#))- [Referencias](#)
- 25.[8](#))- [Enlaces Externos](#).

- 25.1)- [Divisiones del Sistema Nervioso](#).

- LIBROS SOBRE NEUROENDOCRINOLOGÍA- PROF. DR. ENRIQUE BARMAIMON- 4 TOMOS- AÑO 2019.1- TOMO III-



-Diagrama explicativo del recorrido aferente y eferente:

- Para su estudio desde el punto de vista anatómico, el sistema nervioso se ha dividido en central y periférico.
 - El sistema nervioso central corresponde al encéfalo y la médula espinal, mientras que el sistema nervioso periférico comprende el conjunto de nervios, que conectan el sistema nervioso central con el resto del organismo.
 - Dentro del sistema nervioso periférico se diferencia un sistema nervioso sensitivo o aferente, encargado de incorporar la información desde los receptores, y un sistema motor o eferente, que lleva la información de salida hacia los efectores.².
- Desde el punto de vista funcional, suele distinguirse entre somático y autónomo.
 - El sistema nervioso somático está formado por el conjunto de neuronas, que hacen posible las acciones voluntarias; mientras que el sistema nervioso autónomo o vegetativo, es el encargado de realizar funciones, que son controladas de forma involuntaria; dentro de este último, se incluyen el sistema nervioso simpático, el parasimpático y el sistema nervioso entérico, que se encuentra únicamente en la pared del tubo digestivo.².
- Otra manera de estudiarlo, y desde un punto de vista más incluyente, que abarca la mayoría de los animales, es seguir la estructura funcional de los reflejos, que establece 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.

-25.2)- Células.

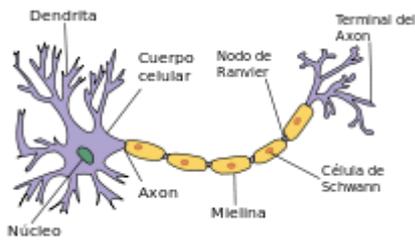
- Las neuronas son las células, que constituyen la unidad fundamental básica del sistema nervioso, se encuentran conectadas entre sí, de manera compleja, y tienen la propiedad de generar, propagar, codificar y conducir señales, por medio de gradientes bioelectroquímicos : electrolitos, a nivel de la membrana axonal y de los neurotransmisores, a nivel de la sinapsis y los receptores.

- Los tejidos de sostén o mantenimiento, están formado por las células gliales : neuroglia, y un sistema vascular especializado.¹¹⁸ .

-25.2.1)- Neuronas.

:- Neuronas.

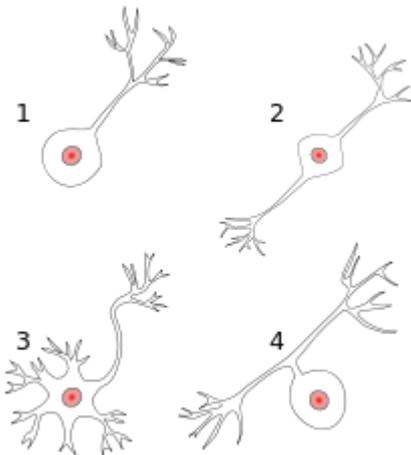
- LIBROS SOBRE NEUROENDOCRINOLOGÍA- PROF. DR. ENRIQUE BARMAIMON- 4 TOMOS- AÑO 2019.1- TOMO III-



- Diagrama básico de una neurona

- La neurona al igual que todas las células, dispone de un [citoplasma](#) en el que existe un [núcleo](#), y diversos orgánulos como las [mitocondrias](#) y el [aparato de Golgi](#).
- Su particularidad está, en que del cuerpo celular arrancan diversas prolongaciones ramificadas, que se llaman [dendritas](#), y otra única que recibe el nombre de [axón](#).
- Las dendritas reciben la señal nerviosa en dirección al cuerpo celular; mientras que el axón la emite desde el cuerpo celular a otra neurona, o a una célula muscular.
- El axón puede dividirse en miles de ramas, cada una de las cuales, lleva a la información a una célula diferente.
- La estructura básica del sistema nervioso, está formada por redes de neuronas interconectadas por sus dendritas y axones.
- La zona de conexión entre dos neuronas recibe el nombre de [sinapsis](#).¹²¹³ .

- 25.2.1.1)- Clasificación Morfológica.



1. Neurona unipolar
2. Neurona bipolar
3. Neurona multipolar
4. Neurona pseudounipolar.

- Con base en la división morfológica entre las distintas partes anatómicas de las neuronas,, y sus diversas 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.
- **Multipolares:** Son neuronas con múltiples proyecciones dendríticas, y una sola proyección axonal, que son características de las neuronas motoras.

- LIBROS SOBRE NEUROENDOCRINOLOGÍA- PROF. DR. ENRIQUE BARMAIMON- 4 TOMOS- AÑO 2019.1- TOMO III-

- **Seudounipolares:** Con una sola proyección, pero que se subdivide posteriormente en una rama periférica y otra central, que son características en la mayor parte de células de los ganglios sensitivos humanos.

- 25.2.1.2)- Clasificación Fisiológica.

-: [Receptor sensorial](#).

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

- **Sensitivas o aferentes:** Localizadas normalmente en el [sistema nervioso periférico](#), estando 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:¹⁴:
 - **Nocicepción:** Terminaciones libres encargadas de recoger la información de daño tisular.
 - **Termorreceptores:** Sensibles a la temperatura.
 - **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.
 - **Propioceptores:** Son receptores internos situados en los husos musculares, y terminaciones nerviosas, que se encargan de recoger información para el organismo, sobre la posición de los músculos y tendones.
- **Motoras o eferentes:** Localizadas normalmente en el [sistema nervioso central](#), que 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.

- 25.2.1.3)- Impulsos Nerviosos.

- Las neuronas se pueden comunicar entre sí, gracias a impulsos eléctricos, que circulan a través de sus prolongaciones. El impulso se denomina [potencial de acción](#), y es unidireccional, desde el cuerpo celular al axón.

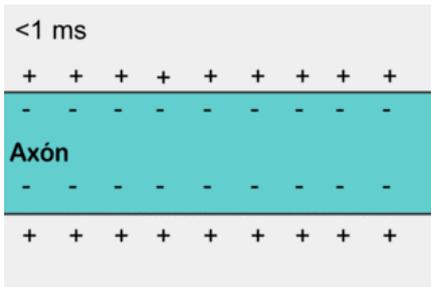
- En estado de reposo, existe una diferencia de potencial entre el interior y el exterior de la neurona, ya que ambos espacios están separados por la membrana celular, a dicha diferencia de potencial se la denomina potencial de membrana en reposo.

- Cuando se genera un potencial de acción o impulso nervioso, se producen dos fenómenos consecutivos, que afectan a la membrana celular, que alteran su permeabilidad a los iones Na⁺ y K⁺, y modifican el potencial de membrana en reposo.

- En primer lugar se abren los canales, que facilitan la entrada de Na⁺ a la célula: [despolarización](#); posteriormente se abren los canales de la membrana, que hacen posible la salida de K⁺ de la célula : [repolarización](#).

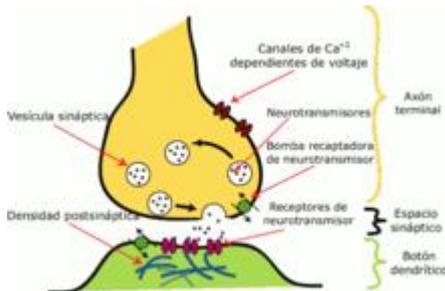
- El potencial de acción así generado, se transmite unidireccionalmente a través del axón, hasta alcanzar la siguiente conexión : [sinapsis](#).

- LIBROS SOBRE NEUROENDOCRINOLOGÍA- PROF. DR. ENRIQUE BARMAIMON- 4 TOMOS- AÑO 2019.1- TOMO III-

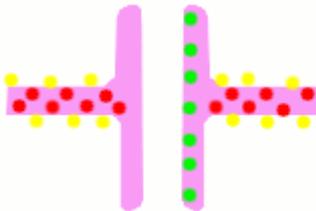


- Impulso nervioso neuronal unidireccional por el cambio de potencial transmembrana

- 25.2.1.4)- Sinapsis.



- Esquema con los principales elementos en una sinapsis química.



- Esquema del funcionamiento de una sinapsis

1. Amarillo: Moléculas de sodio
2. Rojo: Moléculas de potasio
3. Verde: Vesículas de neurotransmisores

- Se llama sinapsis a la comunicación funcional que se establece entre dos neuronas, o entre una neurona y una célula muscular; mediante la sinapsis el impulso nervioso puede circular a través de varias neuronas enlazadas.¹⁴

- La neurona de la que parte el impulso se llama presináptica, y la que lo recibe se denomina postsináptica. Entre ambas existe un espacio, que recibe el nombre de espacio sináptico, el cual separa las membranas de las dos células aledañas.

- Pueden distinguirse dos tipos de sinapsis:

- **Sinápsis Químicas:** Este tipo de sinapsis son predominantes en los animales vertebrados, el extremo presináptico está cargado de vesículas, que contienen sustancias químicas llamadas neurotransmisores.
 - Para que un impulso nervioso se transmita, la primera neurona debe liberar el neurotransmisor al espacio sináptico.¹⁴; y la segunda neurona capta el neurotransmisor, mediante receptores específicos, que una vez activados generan un nuevo potencial de acción.
- **Sinápsis Eléctricas:** En este tipo de sinapsis, no existen neurotransmisores; el impulso nervioso pasa directamente de la neurona presináptica a la postsináptica.

- LIBROS SOBRE NEUROENDOCRINOLOGÍA- PROF. DR. ENRIQUE BARMAIMON- 4 TOMOS- AÑO 2019.1- TOMO III-

- 25.2.1.5)- Neurotransmisores.

- Un [neurotransmisor](#) es una sustancia química producida por las neuronas, que se libera al espacio sináptico de una [sinapsis](#) química por la acción de un impulso nervioso o [potencial de acción](#).

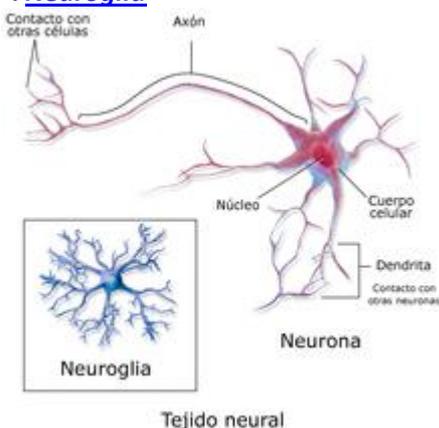
- Interacciona con un receptor específico en la neurona postsináptica, donde produce una determinada respuesta, que puede ser excitatoria o inhibitoria. Los neurotransmisores son un aspecto fundamental en la transmisión del impulso nervioso, y resultan de gran interés en [farmacología](#), pues muchos de los medicamentos, que tienen alguna acción sobre el sistema nervioso, actúan sobre ellos.

- Existen diferentes sustancias, que actúan como neurotransmisores, algunas de las más importantes son las siguientes:

- [GABA](#), acrónimo de ácido g-aminobutírico.
- [Serotonina](#), también llamada 5-hidroxitriptamina.
- [Acetilcolina](#).
- [Dopamina](#).
- [Noradrenalina](#).
- [Endorfina](#).

- 25.2.2)- Células Gliales.

:- [Neuroglia](#)



- Representación de una neurona y una célula glial : [astrocito](#).

- Las células gliales : conocidas también genéricamente como glía o neuroglía, son células 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](#). Las neuronas no pueden funcionar en ausencia de las células gliales.¹¹ .

- 25.2.2.1)- Clasificación Topográfica.

- Según su ubicación dentro del sistema nervioso, ya sea central o periférico, las células gliales, se clasifican en dos grandes grupos.

- LIBROS SOBRE NEUROENDOCRINOLOGÍA- PROF. DR. ENRIQUE BARMAIMON- 4 TOMOS- AÑO 2019.1- TOMO III-

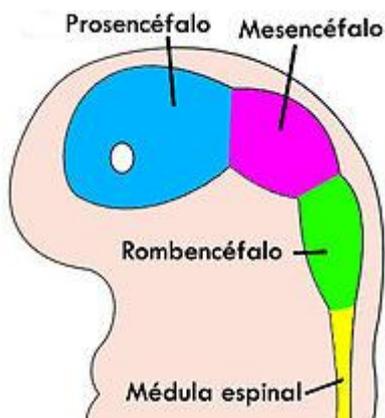
- Las células que constituyen la glía central, son los: [astrocitos](#), [oligodendrocitos](#), [células endimarias](#); y las células de la [microglía](#), que suelen encontrarse en el: [cerebro](#), [cerebelo](#), [tronco cerebral](#) y [médula espinal](#).

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

- 25.2.2.2)- 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.

- 25.3)- Sistema Nervioso Humano.



- Esquema del encéfalo en un embrión humano de 4 semanas

- Puede dividirse en dos partes bien diferenciadas para facilitar su estudio: el [sistema nervioso central](#), que está compuesto por el [encéfalo](#) y la [médula espinal](#); y el [sistema nervioso periférico](#), que incluye todos los nervios periféricos, tanto los nervios motores como los nervios sensitivos.¹⁵¹⁶ .

- 25.3.1)- Desarrollo Embrionario.

- Durante el desarrollo del embrión, el [tubo neural](#) primitivo da origen a la formación de tres vesículas encefálicas, que se denominan: [prosencefalo](#), [mesencefalo](#) y [rombencefalo](#).

- Posteriormente el prosencéfalo, se divide y da origen al: [telencefalo](#) y el [dienecefalo](#); mientras que el rombencefalo, da origen al [metencefalo](#) y el [mielencefalo](#).

- El mesencefalo permanece sin dividirse.

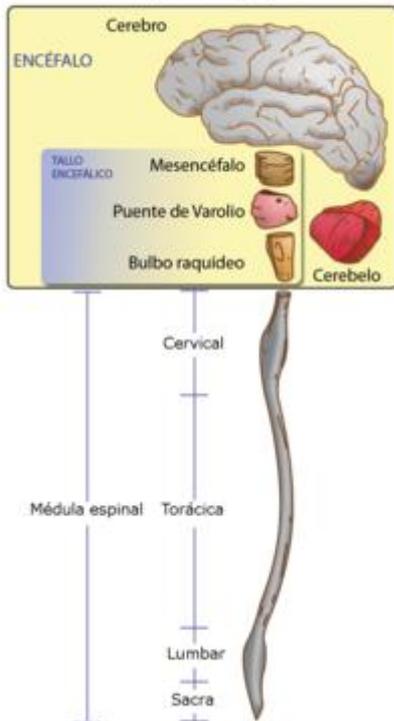
- De esta forma se constituyen las cinco porciones, de las que surgen todas las partes del encéfalo totalmente desarrollado.¹⁷ .

- 25.3.2)- Sistema Nervioso Central.

-: [Sistema nervioso central](#).

- LIBROS SOBRE NEUROENDOCRINOLOGÍA- PROF. DR. ENRIQUE BARMAIMON- 4 TOMOS- AÑO 2019.1- TOMO III-

SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (humano)



- Esquema del Sistema Nervioso Central humano. Se compone de dos partes: encéfalo: cerebro, cerebelo, tallo encefálico; y médula espinal.¹⁸ Los colores son con fines didácticos.

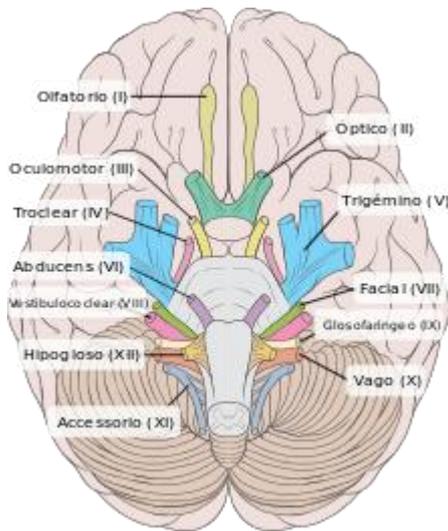
- El [sistema nervioso central](#) está formado por el [encéfalo](#) y la [médula espinal](#), se encuentra protegido por tres membranas, las [meninges](#). En su interior existe un sistema de cavidades conocidas como ventrículos, por las cuales circula el [líquido cefalorraquídeo](#).¹⁵.

- 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](#).¹⁵.
 - El [cerebro](#): Es la parte más voluminosa, que está dividido en dos [hemisferios](#): uno derecho y otro izquierdo; separados por la [cisura interhemisférica](#), y comunicados mediante el [cuerpo caloso](#).
 - La superficie se denomina [corteza cerebral](#) y está formada por plegamientos, denominados circunvoluciones, constituidas de [sustancia gris](#).
 - 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](#) y el [hipotálamo](#).¹⁵.
 - Cada hemisferio cerebral posee varias cisuras,, que dividen la corteza cerebral en lóbulos:
 - [Lóbulo frontal](#). Se localiza en posición anterior.
 - [Lóbulo temporal](#). Se localiza en una posición lateral, detrás del lóbulo frontal.
 - [Lóbulo parietal](#). Se extiende en la cara externa del hemisferio, debajo del lóbulo temporal.
 - [Lóbulo occipital](#). Se sitúa en la parte posterior del cerebro.
 - El [cerebelo](#) está en la parte inferior y posterior del encéfalo, alojado en la fosa cerebral posterior, junto al tronco del encéfalo.¹⁵

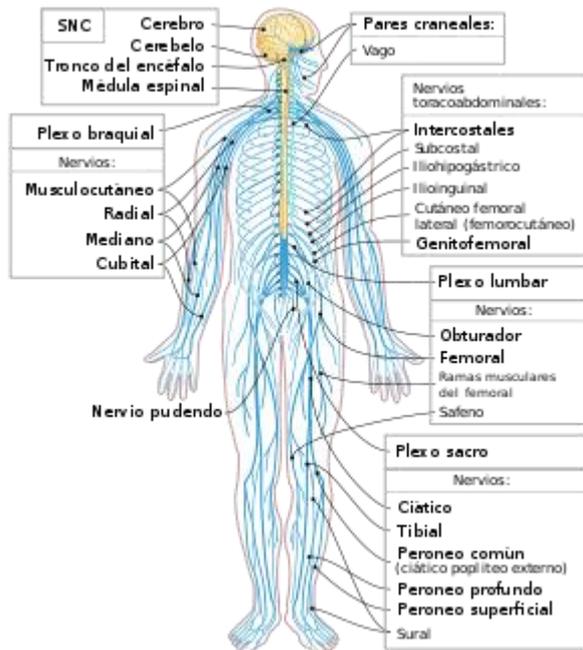
- LIBROS SOBRE NEUROENDOCRINOLOGÍA- PROF. DR. ENRIQUE BARMAIMON- 4 TOMOS- AÑO 2019.1- TOMO III-

- El **tallo cerebral**: Compuesto por: el **mesencéfalo**, la **protuberancia anular** y el **bulbo raquídeo**, que conecta el cerebro con la **médula espinal**.¹⁵
- 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.¹⁵

- **Cerebro** .
- **Encéfalo -Cerebelo** .
- **Tallo cerebral**
- **Médula espinal** .
- **Sistema nervioso central** .



- Vista inferior del encéfalo humano con los nervios craneales etiquetados



- El sistema nervioso humano.

- 25.3.3). Sistema Nervioso Periférico.

-: **Sistema nervioso periférico**.

- LIBROS SOBRE NEUROENDOCRINOLOGÍA- PROF. DR. ENRIQUE BARMAIMON- 4 TOMOS- AÑO 2019.1- TOMO III-

- El [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](#).¹⁶.

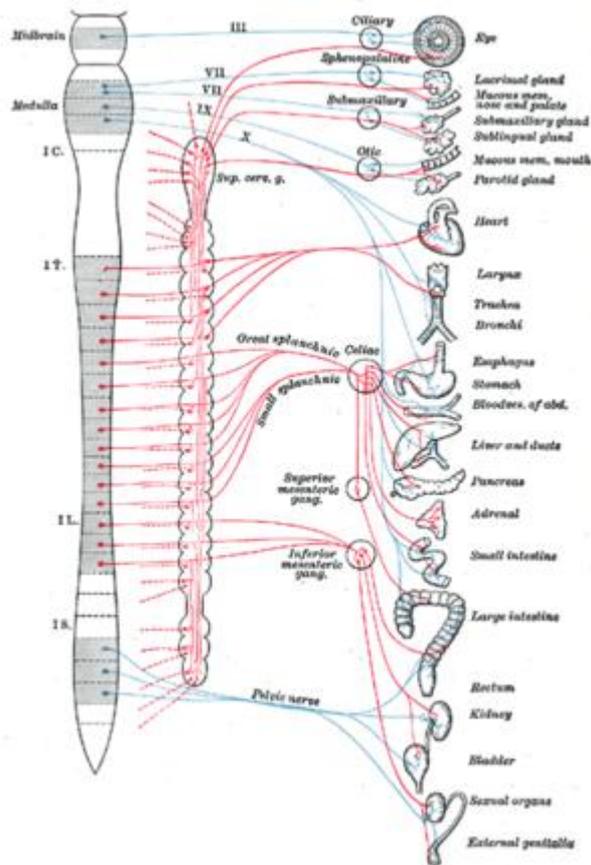
- - Los [nervios craneales](#): Son 12 pares que envían información sensorial procedente del [cuello](#) y la [cabeza](#), hacia el sistema nervioso central. Reciben órdenes motoras para el control de la musculatura esquelética del cuello y la cabeza.¹⁶.
 - Estos tractos nerviosos son:
 - Par I. [Nervio 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*, del *estado* de la musculatura y de 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.¹⁶.
 - 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)

- 25.3.4)- Sistema Nervioso Autónomo.

-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 estas recorren parte del sistema nervioso central o el periférico:

- LIBROS SOBRE NEUROENDOCRINOLOGÍA- PROF. DR. ENRIQUE BARMAIMON- 4 TOMOS- AÑO 2019.1- TOMO III-

- El [sistema nervioso somático](#), También llamado *sistema nervioso de la vida de relación*, que 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 la 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

- LIBROS SOBRE NEUROENDOCRINOLOGÍA- PROF. DR. ENRIQUE BARMAIMON- 4 TOMOS- AÑO 2019.1- TOMO III-

disminución de la frecuencia, como de la fuerza de la contracción cardiaca.

- 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 cardiaca, 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, inervando la mayor parte del cuerpo, incluyendo a la cabeza, por medio de los segmentos medulares T1 a L2.

- [Sistema Nervioso Entérico](#): El sistema nervioso entérico, está formado por un conjunto de neuronas localizadas en la pared del tubo digestivo. Tiene una importante función en el control de motilidad gastrointestinal. Consta de dos plexos nerviosos: [submucoso de Meissner](#) y [mientérico de Auerbach](#), los cuales generan los patrones, que provocan la motilidad gastrointestinal.
- Al tratarse de un mecanismo automático ajeno a la voluntad, el sistema nervioso entérico, se incluye dentro del sistema nervioso autónomo, pero se considera una entidad independiente del simpático y el parasimpático.¹⁹.

- [Sistema nervioso autónomo](#) -[Sistema nervioso simpático](#) .
-[Sistema nervioso parasimpático](#)
-[Sistema nervioso entérico](#) .

- 25.3.5)- Enfermedades.

- El sistema nervioso puede sufrir numerosas enfermedades de diferente origen: infecciosas, hereditarias, degenerativas, cerebrovasculares : por afectación de los vasos sanguíneos, desmielinizantes o tumorales.²⁰ :

- Infecciosas. Pueden estar producidas por bacterias, virus o parásitos. Algunas de las más frecuentes son: la [meningitis](#) y el [absceso cerebral](#).

- LIBROS SOBRE NEUROENDOCRINOLOGÍA- PROF. DR. ENRIQUE BARMAIMON- 4 TOMOS- AÑO 2019.1- TOMO III-

- Hereditarias. Entre las enfermedades hereditarias, que afectan al funcionamiento del sistema nervioso, se encuentra la [enfermedad de Huntington](#).
- Degenerativas. En este grupo se incluyen la [enfermedad de Parkinson](#) y la [enfermedad de Alzheimer](#).
- Vasculares. La afectación de los vasos sanguíneos que aportan sangre al sistema nervioso, puede provocar daños graves en las estructuras nerviosas, si estas permanecen varios minutos sin recibir aporte de oxígeno. Este mecanismo se produce en la [embolia cerebral](#) y en el [infarto cerebral](#).
- Desmielinizantes. La [esclerosis múltiple](#) se produce por afectación de la [vaina de mielina](#), que rodea los axones que parten de las neuronas.
- Tumoraes. Diferentes tipos de cáncer, pueden afectar al sistema nervioso de manera primaria, entre ellos: el [astrocitoma](#), el [oligodendroglioma](#) y el [meningioma](#).
- Otras. [Epilepsia](#), [traumatismo craneal](#).

-25.4)- Sistema Nervioso en los Animales.

-: [Anatomía comparada del sistema nervioso](#).

- Se cree que la primera neurona surgió hace 600 millones de años, durante el [período Ediacárico](#), en animales diblásticos, como los cnidarios.

- El [acto reflejo](#): Es la unidad básica de la actividad nerviosa integrada²¹, 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 diblásticos²², a dos tipos de neuronas en el resto de los animales, llamadas [aférentes](#) 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.

-25.4.1)- Redundancia.

- 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 daños que puedan ocurrir.

-25.4.2)- Mielinización.

- La [mielinización](#) de los [axones](#) en la mayoría de los vertebrados, y en algunos invertebrados como [anélidos](#) y [crustáceos](#), es otra medida de optimización. Este tipo de recubrimiento incrementa la rapidez de las señales, y disminuye el calibre de los axones, ahorrando espacio y energía.

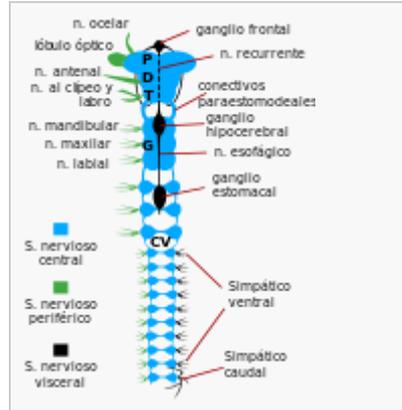
-25.4.3)- Metamerización.

- 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

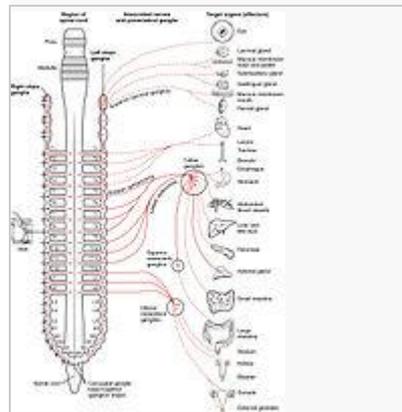
- LIBROS SOBRE NEUROENDOCRINOLOGÍA- PROF. DR. ENRIQUE BARMAIMON- 4 TOMOS- AÑO 2019.1- TOMO III-

unidades que se repiten, con características determinadas. Los tres grupos que principalmente muestran esta cualidad son los [artrópodos](#), [anélidos](#) y [cordados](#).²³ .

- Dos ejemplos de metamerización:



- Serie de ganglios que se repiten unidos por un cordón ventral en insectos



-Médula espinal y [sistema nervioso simpático](#) en humanos con una serie de ganglios conectados

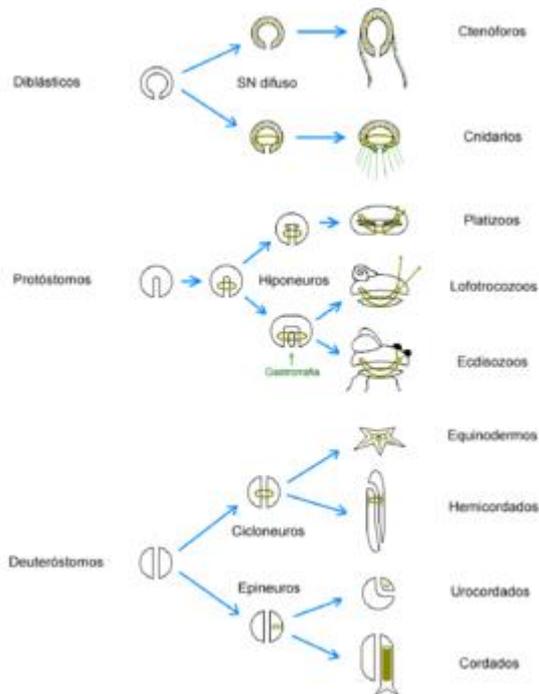
- 25.4.4)- Centralización.

- La centralización hace referencia a la tendencia evolutiva de las neuronas, a agruparse en centros localizados de integración, en los que existen numerosas células, que interactúan entre sí, para procesar los estímulos y realizar acciones cada vez más complejas.
- Esta centralización progresiva es la que acabó por originar un sistema nervioso central y un encéfalo. Entre los animales actuales, que no poseen centralización se encuentran las [medusas](#), cuyo sistema nervioso es una red difusa de neuronas interconectadas, sin que existe ningún punto central de control.⁷ .

- LIBROS SOBRE NEUROENDOCRINOLOGÍA- PROF. DR. ENRIQUE BARMAIMON- 4 TOMOS- AÑO 2019.1- TOMO III-

- 25.4.5)- Cefalización.

- La cefalización hace referencia a la tendencia evolutiva del tejido nervioso, a agruparse en el área de la cabeza. Este proceso se ha visto favorecido por la existencia de órganos de los sentidos en el polo cefálico. La cefalización ya está presente en los [platelmintos](#), que contienen ganglios cefálicos, que hacen las funciones de cerebro, y puede observarse en los artrópodos, los cefalópodos y por supuesto en todos los vertebrados.⁷.



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

- 25.4.6)- Animales Doblásticos.

- Los animales [doblásticos](#) 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.

- 25.4.7)- Animales Triblásticos.

- 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: [cicloneuros](#), [hiponeuros](#) y [epineuros](#).²⁴²⁵²⁶.

- 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.

- LIBROS SOBRE NEUROENDOCRINOLOGÍA- PROF. DR. ENRIQUE BARMAIMON- 4 TOMOS- AÑO 2019.1- TOMO III-

- Animales Cicloneuros: El sistema nervioso está dispuesto en una forma más o menos circular como en los equinodermos.
- Animales Hiponeuros: El sistema nervioso está dispuesto ventralmente respecto al [sistema digestivo](#). Se da en los moluscos, artrópodos y anélidos.
- Animales Epineuros: El sistema nervioso está dispuesto dorsalmente, respecto al sistema digestivo. Se da en los [cordados](#), que incluyen los vertebrados, y todos los [mamíferos](#), entre ellos el hombre..

- 25.4.7.1)- 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.²⁵

- 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](#).²⁴

- 25.4.7.2)- 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](#).²⁶

- 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.²⁶ 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.²⁴

- 25.4.8)- Sistema Nervioso Por Filo.

- 25.4.8.1)- Cnidarios.

- El filo de los [cnidarios](#), incluyen entre otros organismos las hidras y [medusas](#). Presentan la forma más simple y primitiva de sistema nervioso, que recibe el nombre de red nerviosa.

- En una red nerviosa las neuronas, están dispersas sin una organización estructura compleja y no existe encéfalo.

- 25.4.8.2)- Platelmintos.

- El filo de los [platelmintos](#), incluye unas 20. 000 especies, entre las que se incluyen algunas de vida parasitaria, como la [taenia solium](#) o solitaria, que vive en el intestino humano.

- Su sistema nervioso, presenta inicios de cefalización y 2 cordones nerviosos longitudinales, que pueden considerarse un sistema nervioso central primitivo.

- Por otra parte el tejido nervioso, contiene ya numerosas interneuronas, es decir neuronas de conexión entre las sensitivas y las motoras, que aumentan la complejidad de los circuitos.

- LIBROS SOBRE NEUROENDOCRINOLOGÍA- PROF. DR. ENRIQUE BARMAIMON- 4 TOMOS- AÑO 2019.1- TOMO III-

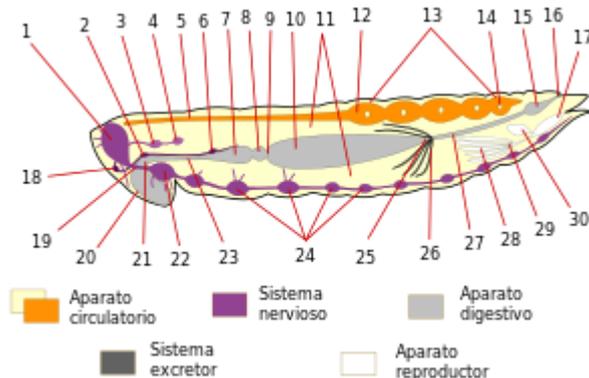
-25.4.8.3)- Anélidos.

- El grupo de los anélidos incluye numerosas especies, siendo una de las más características la [lombriz de tierra](#). Estos animales cuentan con un sistema nervioso, formado por un cordón nervioso ventral doble, y dos ganglios situados en cada [metámero](#). Poseen un cerebro que está formado por la unión de dos ganglios dorsales, que se comunican mediante [conectivos](#) al cordón nervioso ventral.

- 25.4.8.4)-Moluscos.

- Dentro del grupo de los [moluscos](#), se encuentran los [cefalópodos](#) : calamares y pulpos.
- Estos tienen un cerebro y sistema sensorial, que ha alcanzado gran desarrollo. El cerebro es comparativamente de tamaño muy grande, en relación al de otros invertebrados, por lo que los cefalópodos alcanzan elevadas capacidades de memoria y aprendizaje.²

- El grupo de los [bivalvos](#), que incluye las almejas y mejillones, tiene un sistema nervioso menos desarrollado, que el de los cefalópodos, probablemente por su vida sedentaria.
- Carecen de encéfalo, pero dispones de varios ganglios, que controlan diversas funciones, entre ellos dos ganglios cerebro-pleurales, a ambos lados del esófago, que controlan los órganos sensoriales y la cavidad del [manto \(moluscos\)](#).².



- El sistema nervioso de los insectos es de tipo hiponeuro, ya que está dispuesto ventralmente respecto al sistema digestivo.

-25.4.8.5)- Artrópodos. [

- Los artrópodos son los animales más abundantes y variados de la tierra, incluyen los [insectos](#), [arácnidos](#) y crustáceos.
- Poseen un sistema nervioso bien desarrollado, que les permite tener un comportamiento complejo y coordinado. Su sistema nervioso central es de tipo ganglionar, y consiste en una cadena de ganglios segmentarios unidos , mediante un cordón nervioso ventral, algunos ganglios se fusionan en la región cefálica, y dan lugar a un cerebro.².

- 25.4.8.6)- Equinodermos.

- El grupo de los [equinodermos](#), incluye la [estrella de mar](#) y el [erizo de mar](#). Estos animales poseen sistema nervioso, pero no cuentan con un encéfalo, que centralice la actividad.
- Disponen de tres anillos nerviosos, situados en planos diferentes alrededor del tubo digestivo.²⁷.

- LIBROS SOBRE NEUROENDOCRINOLOGÍA- PROF. DR. ENRIQUE BARMAIMON- 4 TOMOS- AÑO 2019.1- TOMO III-

- 25.4.8.7)- Vertebrados.

- El sistema nervioso de los vertebrados, consta de un cerebro bien desarrollado y una médula espinal. El sistema nervioso periférico está formado por diferentes nervios, que se conectan con el sistema nervioso central.

- Estos nervios son de tipo aferente : transportan información sensorial hacia el sistema nervioso central, o eferentes : transportan órdenes motoras desde el cerebro hasta los órganos.

- Existen asimismo ganglios periféricos, que son agrupaciones de neuronas enlazadas a algunos de los nervios, pero no deben confundirse con el sistema ganglionar de los artrópodos. ⁷.

- 25.5)- Véase También.

- [Sistema nervioso \(insectos\)](#)
- [Nervio](#)
- [Tejido nervioso](#)
- [Inervación del corazón](#)
- [Neurociencia](#)
- [Placa neural](#)
- [Principio de Dale](#)
- [Neurofarmacología](#)
- [Psicofármacos](#)

- 25.6)- Notas.

1. [↑](#) 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. El grado de plasticidad, centralización y cefalización, van de la mano con el grado de complejidad , que adquiere el sistema de asociación.

- 25.7)- Referencias.

1. [↑](#) [Saltar a:](#) ^a ^b Zaidett Barrientos Llosa (2003). *Zoología general* (1 edición). Editorial Universidad Estatal a Distancia. p. 93. [ISBN 9968311901](#). [OCLC 728008264](#). «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 ^f Teresa Pagés Costas; Josefina Blasco Mínguez; Luis Palacios Raufast; V. Alfaro ([2005]). *Fisiología animal*. Universitat de Barcelona. p. 47-48. [ISBN 8447530108](#). [OCLC 433435358](#).
3. [↑](#) Alan F. Schatzberg; Charles S. Nemeroff (2006). *Tratado de psicofarmacología*. Elsevier. p. 104. [ISBN 8445814265](#). [OCLC 85459558](#).
4. [↑](#) Natalia López Moratalla ([2008]). *Biología y geología : 1 bachillerato*. Editex. p. 278. [ISBN 8497714091](#). [OCLC 444849744](#).
5. [↑](#) John N. A. Hooper; Rob W. M. Soest; Philippe Willenz (2002). *Systema Porifera : a Guide to the Classification of Sponges*. Springer US. [ISBN 9781461507475](#). [OCLC 840283503](#).
6. [↑](#) Onur Sakarya; Kathryn A. Armstrong; Maja Adamska; Marcin Adamski; I-Fan Wang; Bruce Tidor; Bernard M. Degnan; Todd H. Oakley *et al.* (6 de junio de

- LIBROS SOBRE NEUROENDOCRINOLOGÍA- PROF. DR. ENRIQUE BARMAIMON- 4 TOMOS- AÑO 2019.1- TOMO III-

- 2007). [«A Post-Synaptic Scaffold at the Origin of the Animal Kingdom»](#). *PLOS ONE* (en inglés). pp. e506. doi:[10.1371/journal.pone.0000506](#). Consultado el 17 de junio de 2018.
7. ↑ [Saltar a: ^a ^b ^c ^d ^e ^f ^g](#) Richard W. Hill; Gordon A. Wyse; Margaret Anderson ([2006]). *Fisiología animal*. Médica Panamericana. ISBN [8479039906](#). OCLC [642372805](#).
 8. ↑ [Saltar a: ^a ^b](#) Víctor Smith Agreda; Elvira Ferrés Torres; Manuel Montesinos Castro-Girona ([1992]). *Manual de embriología y anatomía general*. Universitat de València, Servei de Publicacions, DL. p. 45. ISBN [8437010063](#). OCLC [802699132](#).
 9. ↑ Keith L. Moore; T. V. N. Persaud; Mark G. Torchia ([2008]). *Embriología clínica* (8 edición). Elsevier. p. 62. ISBN [9788480863377](#). OCLC [433997976](#).
 10. ↑ Frank H. Netter; Regina V. Dingle (1987). *Sistema nervioso. Parte 1, Anatomía y fisiología*. Salvat. p. 131. ISBN [8434514427](#). OCLC [629724307](#).
 11. ↑ [Saltar a: ^a ^b](#) Cecie Starr; Ralph Taggart; Christine A Evers; Lisa Starr; Juan Gabriel Rivera Martínez (2008). *Biología : la unidad y la diversidad de la vida* (11{487} edición). Thomson cop. ISBN [9706867775](#). OCLC [629775342](#).
 12. ↑ Daniel P. Cardinali (2000). *Manual de neurofisiología*. Ediciones Díaz de Santos. ISBN [9788479780050](#). OCLC [928635830](#). Consultado el 11 de marzo de 2018.
 13. ↑ Ernesto Bustamante Zuleta (2007). *El sistema nervioso : desde las neuronas hasta el cerebro humano*. Editorial Universidad de Antioquia. ISBN [9789587140736](#). OCLC [777680945](#). Consultado el 13 de marzo de 2018.
 14. ↑ [Saltar a: ^a ^b ^c](#) Arthur C. Guyton; John Edward Hall (2011). *Tratado de fisiología médica* (12 edición). Elsevier. ISBN [9788480868198](#). OCLC [991751746](#). Consultado el 14 de marzo de 2018.
 15. ↑ [Saltar a: ^a ^b ^c ^d ^e ^f ^g](#) L. Testut; A. Latarjet (1969). *Tratado de anatomía humana. Vol.2, Angiología-Sistema nervioso central* (9ª edición). Salvat. ISBN [8434511444](#). OCLC [1024600298](#).
 16. ↑ [Saltar a: ^a ^b ^c ^d](#) L. Testut; A. Latarjet (1969). *Tratado de anatomía humana. Vol. 3, Meninges ; Sistema nervioso periférico ; Órganos de los sentidos ; Aparato de la respiración y de la fonación ; Glándulas de secreción interna* (9ª edición). Salvat. ISBN [8434511444](#). OCLC [644617480](#).
 17. ↑ Ángel Rodríguez; Susana Domínguez; Mario Cantín; Mariana Rojas (2015). *«Embriología del Sistema Nervioso»*. *International Journal of Medical and Surgical Sciences*.
 18. ↑ Richard S. Snell (2003). *Neuroanatomía clínica* (5 edición). Médica Panamericana. ISBN [9500620499](#). OCLC [61391911](#).
 19. ↑ Romero-Trujillo, Jorge Oswaldo; Frank-Márquez, Nadine; Cervantes-Bustamante, Roberto (9 de julio de 2014). *«Sistema nervioso entérico y motilidad gastrointestinal»*. *Acta Pediátrica de México* 33 (4): 207-214. ISSN [2395-8235](#). doi:[10.18233/APM33No4pp207-214](#). Consultado el 16 de marzo de 2018.
 20. ↑ Cheryl Chrisman; Carlos Morales (2003). *Manual de neurología práctica*. Multimédica. ISBN [849328114X](#). OCLC [55515356](#).
 21. ↑ William F. Ganong (2000). *Fisiología médica* (17 edición). Manual moderno. ISBN [9684268548](#). OCLC [44854928](#).
 22. ↑ Olaf Breidbach; Wolfram Kutsch (1995). *The nervous systems of invertebrates: an evolutionary and comparative approach*. EXS (Experientia supplementum) 72. Birkhäuser. p. 448. ISBN [3764350768](#). OCLC [31074856](#). «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.»

- LIBROS SOBRE NEUROENDOCRINOLOGÍA- PROF. DR. ENRIQUE BARMAIMON- 4 TOMOS- AÑO 2019.1- TOMO III-

23. [↑](#) Shull, Aaron Franklin; Larue, George Roger; Ruthven, Alexander Grant; Gregory, D.; Paredes, A.; Pirko, Istvan; Seroogy, Kim B.; Johnson, Aaron J. (1920). [Principles of animal biology](#) (en english). McGraw-Hill Book Co. p. 108. [OCLC 594838138](#). [doi:10.4049/jimmunol.0902773](#).
24. [↑](#) [Saltar 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
25. [↑](#) [Saltar 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, quinorrincos, priapuloides, nematodos, nematomorfos, y acantocéfalos».
26. [↑](#) [Saltar 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».
27. [↑](#) Amelia Ocaña Martín; Ángel Pérez Ruzafa. [«EQUINODERMOS – El Litoral de Granada»](#). [litoraldegranada.ugr.es](#).
28. -Nº1:-  - Barmaimon Enrique, Tratado de Neuroanatomía Funcional. 3 volúmenes :
.Tomo I: Presentación, Índice, Prólogo, Bases Neuroanatómicas Funcionales, Bases Funcionales Organización Humana, La Célula, Embriología S.N., Meninges, Sistema Ventricular, Líquido Cefalorraquídeo e Irrigación Sanguínea, Sistematización General, Organización Estructural Anatómica;
.Tomo II: Organización Funcional: Los Sistemas Funcionales de Integración, Organización Anatomofuncional, Reglas para el Estudio e Interpretación del Sistema Nervioso, Medio Interno; y
.Tomo III: Neurona y Sinapsis, Potenciales Neuronales e Integración Interneuronal, Los Neurotransmisores, Los Conjuntos Neuronales, Envejecimiento, y Los Límites entre la Vida y la Muerte.) . -Ed. EDUSMP.(1984) .Lima, Perú. B.V.S.
29- Nº4: -  - Barmaimon Enrique . Envejecimiento. Cambios Anatomofuncionales, Psíquicos, Sociales, Económicos y Ambientales. Urgencias, Comorbilidad, Manejos-Ed. Virtual. (2011).1ªEd. Montevideo Uruguay. B.V.S.
- 30- Nº 78 a 81:- :-  -Barmaimon, Enrique- LIBROS SOBRE NEUROENDOCRINOLOGÍA- 4 TOMOS-AÑO 2019- Montevideo, Uruguay-
- TOMO I: Neurotransmisores; Receptor Celular; Neurohormonas; Ejes; S.Endócrino; Hipotálamo; Hipófisis.
- TOMO II: Enfermedad; Morbilidad; Comorbilidad; L.C.R.; Imagen Médica; Psicología Cognitiva; Clasificaciones I..
- TOMO III: Clasificaciones; S. Nervioso; S. Límbico; Motivación; Trastornos Sueño.
- TOMO IV: Sensibilización Central; Dolor; Alodinia; S. R. C.; Estrés; S. Piernas Inquietas; Sueño; Cansancio; Ansiedad; Depresión; Ejercicio Físico; Técnicas Relajación;

- LIBROS SOBRE NEUROENDOCRINOLOGÍA- PROF. DR. ENRIQUE BARMAIMON- 4 TOMOS- AÑO 2019.1- TOMO III-

Meditación; Espasmo Muscular; Frío; 81 Libros Publicados; Curricula. - www.bvssmu@org.uy [libros], [barmaimon]).(OR) .(buscar);(Elegir libro entre 81 : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra).

31- www.bvssmu@org.uy [libros], [barmaimon]).(OR) .(buscar);(Elegir libro entre 81 : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra).

32-  [Biblioteca Virtual en Salud](#) (BVS)- (S.M.U.)-

- 25.8)- Enlaces Externos.

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

Obtenido de

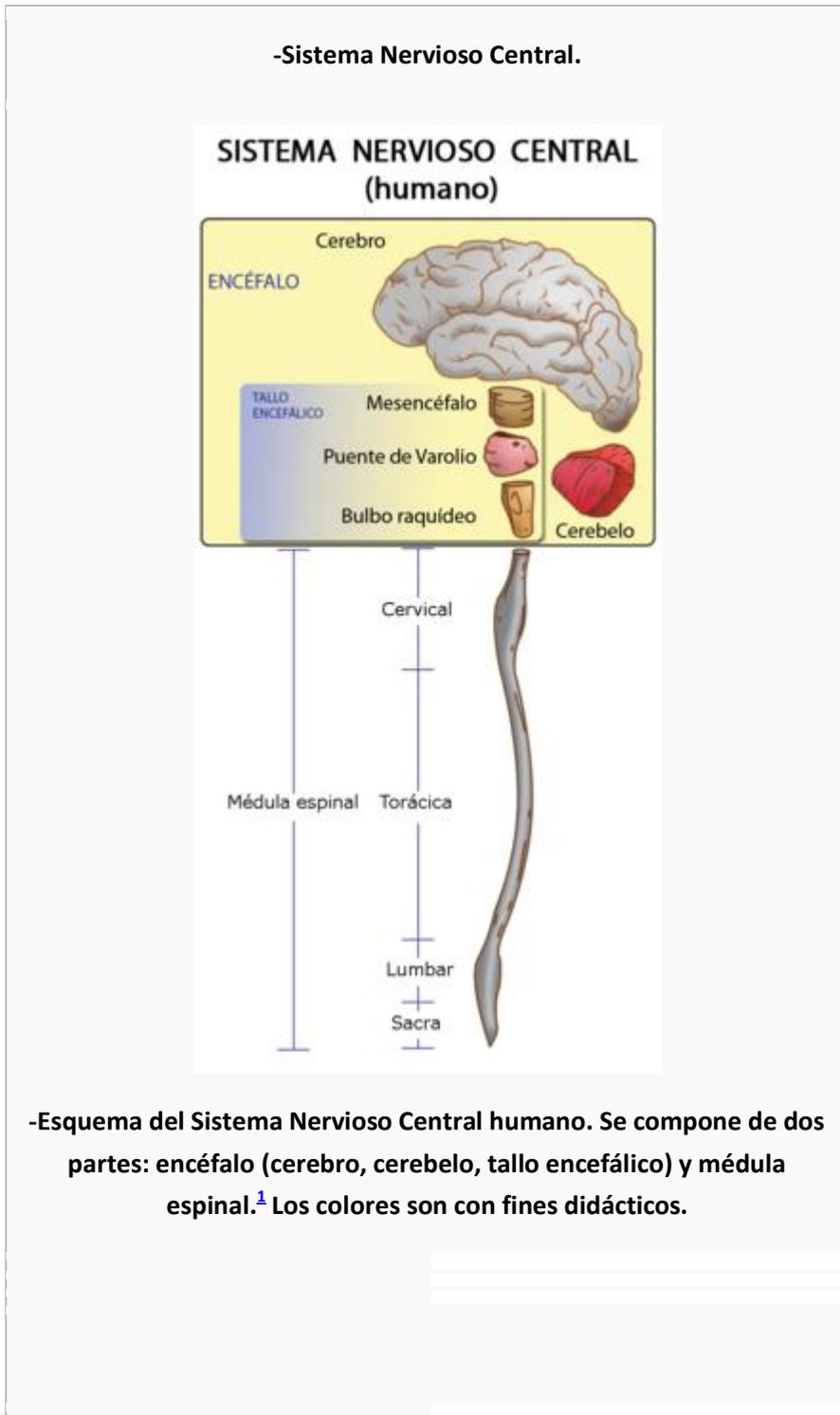
«https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Sistema_nervioso&oldid=112535589»

Categorías:

- [Sistema nervioso](#)
- [Términos zoológicos](#)
- Esta página se editó por última vez el 8 diciembre 2018, a las 14:27.

0 0 0 0 0 0 0 0.

- CAPÍTULO XXVI: -26)- SISTEMA NERVIOSO CENTRAL HUMANO.-



-Esquema del Sistema Nervioso Central humano. Se compone de dos partes: encéfalo (cerebro, cerebelo, tallo encefálico) y médula espinal.¹ Los colores son con fines didácticos.

- LIBROS SOBRE NEUROENDOCRINOLOGÍA- PROF. DR. ENRIQUE BARMAIMON- 4 TOMOS- AÑO 2019.1- TOMO III-



- El sistema nervioso central Humano es una de las porciones en que se divide el [sistema nervioso](#).
- En los [vertebrados](#) Humanos está constituido por el [encéfalo](#) y la [médula espinal](#), se encuentra revestido por tres membranas: [duramadre](#) : membrana externa; [aracnoides](#): intermedia, y [piamadre](#) : membrana interna; denominadas genéricamente [meninges](#); protegido por envolturas óseas, que son el [cráneo](#) y la [columna vertebral](#), respectivamente.
- Se trata de un sistema muy complejo, que se encarga de percibir estímulos procedentes del mundo exterior, procesar la información, y transmitir los impulsos a [nervios](#) y [músculos](#).
- El sistema nervioso de los animales vertebrados, incluyendo los [mamíferos](#) y el hombre, puede dividirse en 2 partes bien diferenciadas, el sistema nervioso central, constituido por el encéfalo y la médula espinal; y el [sistema nervioso periférico](#) que está formado por los nervios sensitivos y motores, que enlazan el sistema nervioso central con el resto del organismo.²

-ÍNDICE.

- CAPÍTULO XXVI: -26)- SISTEMA NERVIOSO CENTRAL HUMANO.-

- 26.[1](#))- [Estructura](#).
- 26.[1.1](#))- [Áreas de Brodmann](#).
- 26.[1.2](#))- [Lóbulo Frontal](#).
- 26.[1.3](#))- [Lóbulo Parietal](#).
- 26.[1.4](#))- [Lóbulo Temporal](#).
- 26.[1.5](#))- [Lóbulo Occipital](#).
- 26.[1.6](#))- [Cuerpo Calloso](#).
- 26.[1.7](#))- [Cápsula Interna](#).
- 26.[1.8](#))- [Tálamo](#).
- 26.[1.9](#))- [Hipotálamo](#).
- 26.[1.10](#))- [Ganglios Basales](#).
- 26.[2](#))- [Sustancia Gris y Sustancia Blanca](#).
- 26.[3](#))- [Líquido Cefalorraquídeo](#).
- 26.[4](#))- [Desarrollo Embrionario](#).
- 26.[5](#))- [Enfermedades](#).
- 26.[5.1](#))- [Infecciones](#).
- 26.[5.1.1](#))- [Encefalitis y Mielitis](#).
- 26.[5.1.2](#))- [Meningitis](#).
- 26.[5.2](#))- [Enfermedades Neurodegenerativas](#).
- 26.[5.3](#))- [Tumores del Sistema Nervioso Central](#).
- 26.[5.3.1](#))- [Tumores Neuroepiteliales](#).
- 26.[5.3.2](#))- [Tumores No-neuroepiteliales](#).
- 26.[6](#))- [Véase También](#).
- 26.[7](#))- [Referencias](#).
- 26.[8](#))- [Enlaces Externos](#).

-26.1)- Estructura.

- El sistema nervioso central está formado por el [encéfalo](#) y la [médula espinal](#):

- LIBROS SOBRE NEUROENDOCRINOLOGÍA- PROF. DR. ENRIQUE BARMAIMON- 4 TOMOS- AÑO 2019.1- TOMO III-

- El **encéfalo** es la parte del sistema nervioso central que está protegida por los **huesos** del **cráneo**, que está formado por: el **cerebro**, el **cerebelo** y el **tallo cerebral**.³

- El **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 **cuerno calloso**.

- La superficie se denomina **corteza cerebral** y está formada por plegamientos denominados **circunvoluciones** constituidas de **sustancia gris**.

- 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** y el **hipotálamo**.³

- Cada hemisferio cerebral posee varias **cisuras** que dividen la corteza cerebral en **lóbulos**:

- **Lóbulo frontal**. Se localiza en posición anterior.

- **Lóbulo temporal**. Se localiza en una posición lateral detrás del lóbulo frontal.

- **Lóbulo parietal**. Se extiende en la cara externa del hemisferio, debajo del lóbulo temporal.

- **Lóbulo occipital**. Se sitúa en la parte posterior del cerebro.

- El **cerebelo** está en la parte inferior y posterior del encéfalo, alojado en la fosa cerebral posterior junto al tronco del encéfalo.³

- El **tallo cerebral** compuesto por el **mesencéfalo**, la **protuberancia anular** y el **bulbo raquídeo**.

- Conecta el cerebro con la **médula espinal**.³:

- 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.³

- **Cerebro**

- Sistema nervioso central - **Encéfalo** - **Cerebelo**

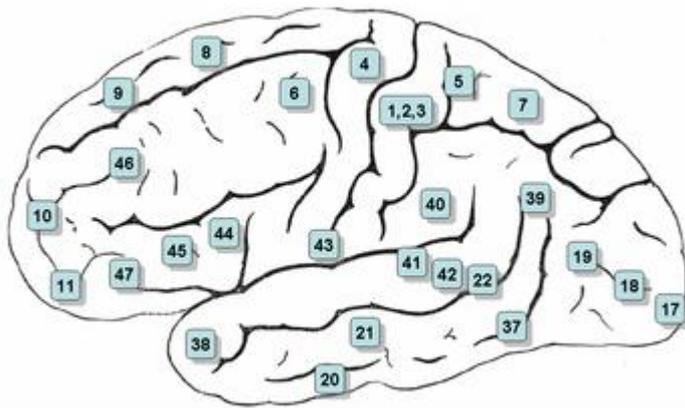
- **Tallo cerebral**

- **Médula espinal**

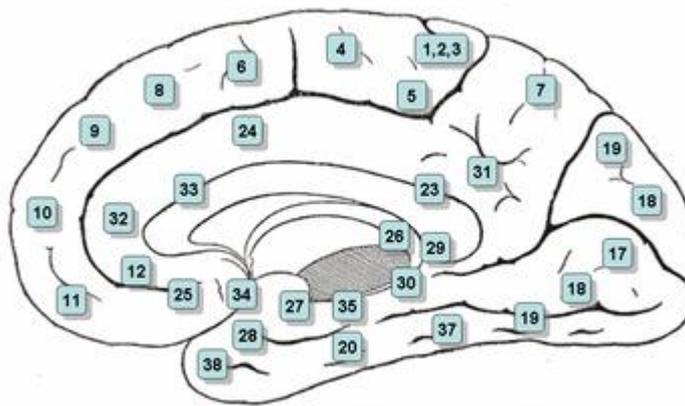
-26.1.1)- Áreas de Brodmann.

- En el año 1878, **Korbinian Brodmann**, realizó un estudio de la corteza cerebral, y la dividió en 52 áreas diferentes según su localización. Se ha comprobado que muchas de estas áreas tienen una función específica; por ejemplo el área 17, situada en el **lóbulo occipital** corresponde a la corteza visual primaria, y es donde se procesan los impulsos nerviosos procedentes del **nervio óptico**; las áreas 44 y 45 se llaman **área de Broca**, y están relacionadas con el lenguaje.⁴

- **Áreas de Brodmann:**

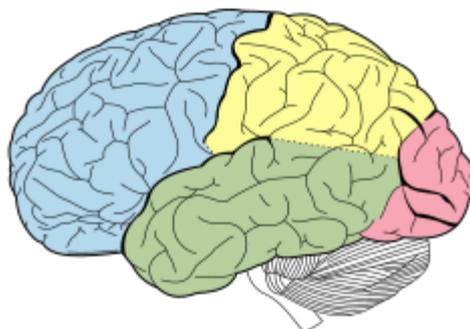


- Superficie externa del hemisferio cerebral izquierdo, visión lateral.



- Superficie interna del hemisferio cerebral derecho, visión lateral.

- 26.1.2)- Lóbulo Frontal.



- [Lóbulo frontal](#)
- [Lóbulo temporal](#)
- [Lóbulo parietal](#)
- [Lóbulo occipital](#)

- LIBROS SOBRE NEUROENDOCRINOLOGÍA- PROF. DR. ENRIQUE BARMAIMON- 4 TOMOS- AÑO 2019.1- TOMO III-

- Visión lateral de los [lóbulos cerebrales](#).

:- [Lóbulo frontal](#)

- Se encuentra en la parte anterior del cerebro, su tamaño corresponde aproximadamente un tercio de la [corteza cerebral](#). Evolutivamente es una de las partes del cerebro más modernas, y está muy desarrollado en la especie humana.

- La [cisura de Rolando](#) separa al lóbulo frontal del [lóbulo Parietal](#) situado detrás, mientras que la [cisura de Silvio](#), sirve de límite con el [lóbulo Temporal](#), ubicado debajo.

- Sus funciones son de gran importancia, dentro del lóbulo frontal, se encuentra el área motora primaria, que está encargada de emitir órdenes para realizar los movimientos de todos los músculos voluntarios, y el [área de Broca](#): relacionada con la producción del lenguaje.

- Sus circuitos neuronales están muy relacionados con la capacidad de razonamiento, la solución de problemas complejos, y el pensamiento abstracto. ⁵.

- 26.1.3)- Lóbulo Parietal.

:- [Lóbulo parietal](#).

- El lóbulo parietal forma parte de la corteza cerebral, está situado detrás del lóbulo frontal, separado de este por la [cisura de Rolando](#). En su porción posterior entra en contacto con el [lóbulo occipital](#), mientras que la cisura de Silvio, lo separa del [lóbulo temporal](#) situado debajo. ⁶

-En el lóbulo parietal se encuentra el área somatosensitiva, que capta y procesa las sensaciones de tacto, dolor y temperatura de todo el cuerpo. ⁶.

- Cuando existen lesiones que afectan al lóbulo parietal, puede producirse un síntoma que se llama [asomatognosia](#), que consiste en que el paciente no es capaz de reconocer partes de su cuerpo, como una extremidad inferior o superior, lo cual puede ser causa de gran inquietud y preocupación. ⁷.

-26.1.4)- Lóbulo Temporal.

- En este lóbulo se localiza el área auditiva primaria, que recibe y procesa la información procedente del [oído](#). Por ello una lesión en el lóbulo temporal, puede provocar sordera parcial aunque el oído y el [nervio auditivo](#), no estén dañados.

- Próxima a la anterior se encuentra el área auditiva secundaria y de asociación, en la que está incluida el [área de Wernicke](#), muy importante en la función lingüística y la comprensión de las palabras. ⁶.

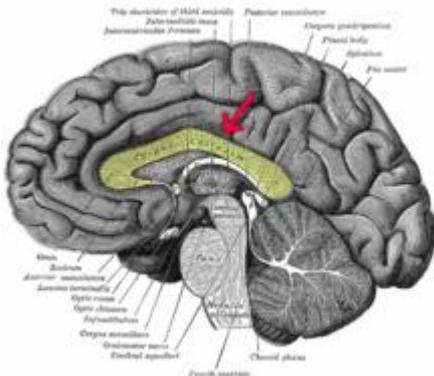
- 26.1.5)- Lóbulo Occipital.

- El [lóbulo occipital](#) es más pequeño que los anteriores, y está situado en la región posterior del cerebro, separado del cerebelo por la duramadre. Contiene la corteza visual primaria que recibe la información proveniente de la [retina](#), a través del [nervio óptico](#). Las neuronas de la corteza visual primaria son las encargadas de procesar los estímulos visuales, e interpretar las formas, el movimiento y otros aspectos de la visión.

- Por ello cuando existen lesiones que afectan al lóbulo occipital, puede producirse [ceguera cortical](#), que se caracteriza por que la persona no puede ver, aunque el [ojo](#) no presenta ningún daño aparente. ⁶.

- LIBROS SOBRE NEUROENDOCRINOLOGÍA- PROF. DR. ENRIQUE BARMAIMON- 4 TOMOS- AÑO 2019.1- TOMO III-

- 26.1.6)- Cuerpo Calloso.



- Visión lateral del cerebro. La flecha roja indica la situación del cuerpo calloso (corpus callosum), que sirve de comunicación entre el hemisferio cerebral derecho e izquierdo.

- El [cuerpo calloso](#) es una importante estructura del cerebro, que está formada por fibras que actúan como vía de comunicación, entre el [hemisferio cerebral](#) derecho y el izquierdo, con la finalidad de que ambos funcionen de forma conjunta y complementaria.⁸

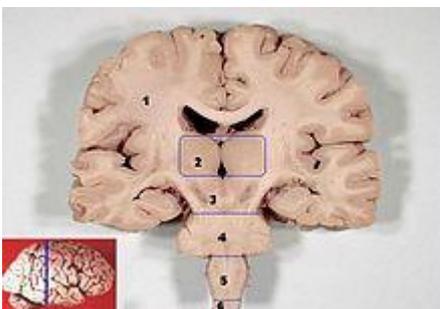
- 26.1.7)- Cápsula Interna.

- La [cápsula interna](#) es un grueso conjunto de fibras nerviosas tanto ascendentes como descendentes, que comunican la corteza con las regiones inferiores del sistema nervioso central, las fibras son de origen diverso, pero muchas de ellas transportan información motora o sensitiva.

- En su trayecto pasan cerca de la región del tálamo y los [ganglios basales](#).

- La cápsula interna es una región muy sensible, cualquier lesión en esta zona daña numerosas fibras nerviosas y provoca en consecuencia déficits neurológicos graves.

-26.1.8)- Tálamo.



- Corte frontal del cerebro. El número 2 indica la posición del Tálamo.

- El [tálamo](#) es una porción del cerebro situada por encima del [tronco del encéfalo](#), casi en el centro del cerebro. Mide alrededor de 3 cm de largo y está formado por materia gris, es decir el soma de células neuronales. Cumple la función de estación de relevo de las señales nerviosas, y centro de integración donde se procesan los impulsos sensoriales, antes de continuar su recorrido hasta la corteza cerebral.

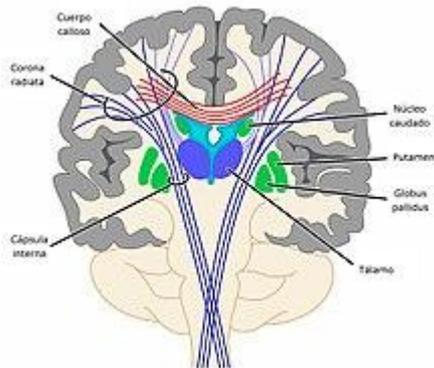
- También recibe señales que siguen la dirección opuesta, y llegan al tálamo procedente de la corteza cerebral.⁶

- LIBROS SOBRE NEUROENDOCRINOLOGÍA- PROF. DR. ENRIQUE BARMAIMON- 4 TOMOS- AÑO 2019.1- TOMO III-

- 26.1.9)- Hipotálamo.

- El [hipotálamo](#) es una pequeña región del cerebro formada por sustancia gris. Está situado inmediatamente debajo del tálamo. Tiene el tamaño aproximado de una almendra, y desempeña importantes funciones, entre ellas enlazar el sistema nervioso con el [sistema endocrino](#), a través de la [hipófisis](#).⁶

-26.1.10)- Ganglios Basales.



- Esquema con la ubicación de los ganglios basales.

- Los ganglios basales en realidad deberían llamarse núcleos basales, pues no son auténticos ganglios. Son estructuras cerebrales, formadas por cuerpos neuronales : sustancia gris, situadas en la base del cerebro. Están constituidos por diferentes núcleos: [núcleo caudado](#), [putamen](#), [globo pálido](#), [núcleo accumbens](#), [núcleo lenticular](#), [cuerpo estriado](#), [amígdala cerebral](#) y [sustancia negra](#).

- Durante muchos años se ha considerado, que la función de los ganglios basales es únicamente el control de la motilidad corporal; sin embargo se ha comprobado que juegan un importante papel en otras funciones, como: el aprendizaje y la memoria.

- La alteración funcional de los ganglios basales, causa la [enfermedad de Parkinson](#).

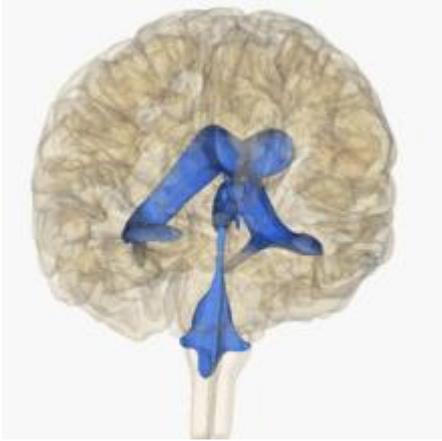
- 26.2)- Sustancia Gris y Sustancia Blanca.

- Las [células](#) que forman el sistema nervioso central se disponen de tal manera, que dan lugar a dos formaciones muy características:

- [Sustancia gris](#), constituida por el soma de las neuronas y sus dendritas, además por fibras amielínicas
- [Sustancia blanca](#), formada principalmente por las prolongaciones [nerviosas mielinizadas \(axones\)](#), cuya función es conducir la información, mediante [impulsos nerviosos](#) a otras neuronas. El color de la sustancia blanca se debe a la mielina de los axones.

-26.3)- Líquido Cefalorraquídeo.

- LIBROS SOBRE NEUROENDOCRINOLOGÍA- PROF. DR. ENRIQUE BARMAIMON- 4 TOMOS- AÑO 2019.1- TOMO III-



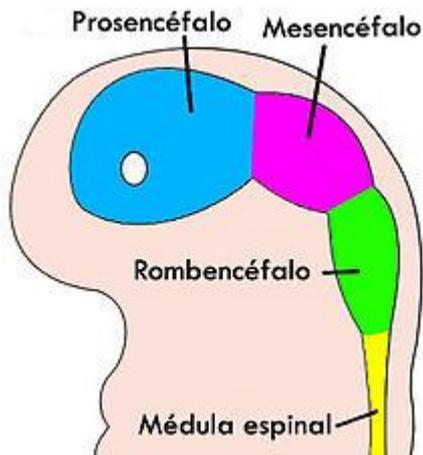
- En color azul se representan los ventrículos cerebrales. Son cuatro cavidades situadas en el interior del cerebro, que están llenas de líquido cefalorraquídeo.

- El sistema nervioso central dispone de unas cavidades, que se llaman [ventrículos cerebrales](#) en el encéfalo y [conducto ependimario](#) en la médula espinal. Estos espacios están llenos de un líquido incoloro y transparente, que recibe el nombre de [líquido cefalorraquídeo](#).

- Sus funciones son muy variadas: sirve como medio de intercambio de determinadas sustancias, como sistema de eliminación de productos residuales, para mantener el equilibrio iónico adecuado, y como sistema amortiguador mecánico.

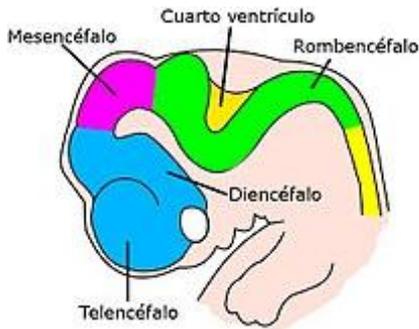
- El sistema de ventrículos cerebrales está formado por dos [ventrículos laterales](#), que se sitúan de forma simétrica, y están conectados con el [tercer ventrículo](#), el cual a través del [acueducto de Silvio](#), se comunica con el [cuarto ventrículo](#).

- 26.4)- Desarrollo Embrionario.



- Esquema del encéfalo en un embrión humano de 4 semanas

- LIBROS SOBRE NEUROENDOCRINOLOGÍA- PROF. DR. ENRIQUE BARMAIMON- 4 TOMOS- AÑO 2019.1- TOMO III-



- Esquema del encéfalo en un embrión humano de 6 semanas.

- El desarrollo embrionario del encéfalo tiene lugar a partir de tres vesículas primitivas, que se denominan [prosencefalo](#) (cerebro anterior), [mesencefalo](#) (cerebro medio) y [rombencéfalo](#) (cerebro posterior).

- Posteriormente estas tres vesículas se transforman en cinco, al dividirse el procencéfalo en [diencefalo](#) y [telencéfalo](#) y el rombencéfalo en [metencefalo](#) y [mielencéfalo](#). Estas 5 vesículas primitivas dan origen a todas las porciones del encéfalo adulto, según el siguiente esquema.⁶

- [Telencéfalo](#) [Rinencéfalo](#), [amígdala](#), [hipocampo](#), [neocórtex](#), [ventrículos laterales](#)
- [Prosencefalo](#)
- [Diencefalo](#) [Epitálamo](#), [tálamo](#), [hipotálamo](#), [subtálamo](#), [pituitaria](#), [pineal](#), [tercer ventrículo](#)
- [Mesencefalo](#) [Téctum](#), [pedúnculo cerebral](#), [pretegmentum](#), [acuoducto de Silvio](#)
- [Metencefalo](#) [Puente troncoencefálico](#), [cerebelo](#)
- [Rombencéfalo](#) [Mielencéfalo](#) [Bulbo raquídeo](#)

- 26.5)- Enfermedades.

-26.5.1)- Infecciones.

- El sistema nervioso central puede ser blanco de infecciones, provenientes de cuatro vías de entrada principales, la diseminación por la [sangre](#) que es la vía más frecuente, la implantación directa del germen por traumatismos o causas iatrogénicas, la extensión local secundaria a una infección local, y el propio [sistema nervioso periférico](#), como ocurre en la [rabia](#).

- 26.5.1.1)- Encefalitis y Mielitis.

- La [encefalitis](#) es un proceso inflamatorio difuso agudo, que produce muerte neuronal, generalmente de origen infeccioso. Aunque existen muchas causas posibles, una de las más frecuentes es el virus del herpes ([encefalitis herpética](#)).

- 26.5.1.2)- Meningitis.

- La [meningitis](#) es una inflamación o infección de las [meninges](#), bien sea leptomeningitis que es centrada en el espacio subaracnoideo, o paquimeningitis que es centrada en la [duramadre](#).

- La meningitis [piógena](#) es causada por bacterias, sobre todo . [Haemophilus influenzae](#), [Neisseria meningitidis](#), y [neumococo](#).

- LIBROS SOBRE NEUROENDOCRINOLOGÍA- PROF. DR. ENRIQUE BARMAIMON- 4 TOMOS- AÑO 2019.1- TOMO III-

- 26.5.2)- Enfermedades Neurodegenerativas.

:- Enfermedad neurodegenerativa.

- Esclerosis múltiple: Trastorno caracterizado por episodios de déficit neurológico recurrentes con desmielinización, por mecanismos autoinmunes o inmunitarios.
- Aparece a cualquier edad, aunque es rara en la infancia o después de los 50 años, afectando a mujeres en una proporción 2.1, en relación a los hombres.
- Enfermedad de Alzheimer: Es la más frecuente de las enfermedades neurodegenerativas y la primera causa de demencia, de aparición esporádica, aunque entre un 5-10% son de carácter familiar, y la incidencia aumenta con la edad, haciéndose mayor en personas de más de 85 años de edad. Se caracteriza por una falta de memoria progresiva, por degeneración de la corteza, de asociación temporal y parietal, causando también trastornos afectivos.
- Enfermedad de Parkinson: Afectan a los ganglios basales, produciendo un trastorno del movimiento, apreciándose rigidez y lentitud en los movimientos voluntarios (bradicinesia) y temblor de reposo.
- Enfermedad de Huntington: Un trastorno de movimientos de tipo coreiforme y demencia, en pacientes entre 20-50 años, con un factor genético de herencia autosómico dominante, por un gen causante, localizado en el brazo corto del cromosoma 4.

- 26.5.3)- Tumores del Sistema Nervioso Central.

:- Tumor cerebral

- En general, la frecuencia de tumores intracraneales, está entre 10 y 17 por cada 100 000 habitantes. Aproximadamente la mitad son tumores primarios, y el resto son metastásicos, afectando principalmente a personas jóvenes, representando cerca del 10% de las muertes de personas entre 15 y 35 años de edad.

- Los tumores del sistema nervioso central, derivan de diversos tejidos, por lo que se dividen en neuroepiteliales y no neuroepiteliales .

- 26.5.3.1)- Tumores Neuroepiteliales.

- Son un grupo de tumores encefálicos primarios llamados gliomas. Derivan de los astrocitos, oligodendrocitos, epéndimo, plexos coroides, neuronas y células embrionarias, y por lo general, infiltran difusamente el encéfalo adyacente, haciendo difícil su resección quirúrgica.

- Astrocitoma: Constituyen un 80 % de los tumores cerebrales primarios del adulto, en especial en la edad media avanzada. Cursa con convulsiones, cefalea y cierto déficit neurológico focal. Se tratan con resección quirúrgica, quimioterapia y radioterapia.⁹.
- Oligodendroglioma: Constituyen 5-15% de los gliomas, frecuentes en la edad media, que afectan los hemisferios cerebrales,⁹ en especial la sustancia blanca, con un buen pronóstico. Producen crisis convulsivas.
- Ependimoma, Tumor de las dos primeras décadas de la vida, constituye un 5-10 % de los tumores cerebrales primarios, en este grupo etario.
- Neuroblastoma: Tumor muy agresivo, que suele aparecer en la infancia.
- Meduloblastoma: Son tumores embrionarios, que constituyen un 20% de los tumores encefálicos, localizado en la línea media del cerebelo, y en el adulto son de localización lateral con diseminación por el LCR. Son tumores altamente malignos.

- LIBROS SOBRE NEUROENDOCRINOLOGÍA- PROF. DR. ENRIQUE BARMAIMON- 4 TOMOS- AÑO 2019.1- TOMO III-

- 26.5.3.2)- Tumores No-neuroepiteliales.

- [Linfoma cerebral primario](#): En aumento por asociación con [SIDA](#). La mayoría de las lesiones son [células B](#). Son lesiones agresivas con mala respuesta a [quimioterapia](#).
- [Tumor de células germinales](#): Aparecen a lo largo de la línea media, cerca de la [glándula pineal](#) y el [hipotálamo](#). Son más frecuentes en adolescentes y adultos jóvenes.
- [Meningiomas](#): Predominantemente benignos, derivan de células meningoteliales de la [aracnoides](#), con predominio en mujeres con relación 3:2.
- [Schwannoma](#): Derivan de las [células de Schwann](#), también llamados neurinomas, como el [neurinoma del acústico](#).

- 26.6)- Véase También.

- [Sistema nervioso \(insectos\)](#)
- [Anexo: Sistema nervioso central](#)

-26.7)- Referencias.

1. [↑](#) Snell, R. S. (2003) *Neuroanatomía clínica*. Panamericana. 554 p.
2. [↑](#) Maton, Anthea; Jean Hopkins; Charles William McLaughlin; Susan Johnson; Maryanna Quon Warner; David LaHart; Jill D. Wright (1993). *Human Biology and Health*. Englewood Cliffs, New Jersey, USA: Prentice Hall. pp. 132-144. [ISBN 0-13-981176-1](#).
3. [↑](#) [Saltar a:](#) ^a ^b ^c ^d ^e L. Testut, A. Latarjet; Tratado de anatomía humana, Tomo II Angiología - Sistema Nervioso Central, Salvat Editores. Barcelona, España
4. [↑](#) [Resumen del libro: Teoría de la localización comparativa de la corteza cerebral expuesta en sus principios en base a la estructura celular](#). Rev Argent Neuroc 2010; 24: S1.
5. [↑](#) Manual de la afasia y de terapia de la afasia. Autores: Nancy Helm- Estabrooks, Martin L. Albert. Editorial Médica Panamericana, 2005.
6. [↑](#) [Saltar a:](#) ^a ^b ^c ^d ^e ^f ^g Tortora-Derrickson: *Principios de anatomía y fisiología*.
7. [↑](#) [Asomatognosia en cáncer: síntoma de lesión en lóbulo parietal generado por un tumor maligno](#). Revisión de la literatura. Gaceta mexicana de oncología, 2012.
8. [↑](#) Ortega, Francisco Villarejo (1998). [Tratamiento de la epilepsia](#). Ediciones Díaz de Santos. [ISBN 9788479783259](#). .
9. [↑](#) [Saltar a:](#) ^a ^b Harrison Principios de Medicina Interna 16a edición (2006). [«Tumores cerebrales primarios»](#). *Harrison en línea en español*. [McGraw-Hill](#). Archivado desde [el original](#) el 27 de octubre de 2008. Consultado el 17 de julio de 2008.
10. -Los 81 LIBROS PUBLICADOS DEL PROF. DR. ENRIQUE BARMAIMON: -. Alcance Gratuito , de 81 libros en la Biblioteca Virtual de Salud del S.M.U. que son: LIBROS PROF. DR. ENRIQUE BARMAIMON. ([www.bvssmu@org.uy](#) [libros], [barmaimon]). .(buscar);(Elegir libro entre 81 : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra).
11. -Nº1:-  - Barmaimon Enrique, Tratado de Neuroanatomía Funcional. 3 volúmenes :
.Tomo I: Presentación, Índice, Prólogo, Bases Neuroanatómicas Funcionales, Bases Funcionales Organización Humana, La Célula, Embriología S.N., Meninges, Sistema Ventricular, Líquido Cefalorraquídeo e Irrigación Sanguínea, Sistematización General,

- LIBROS SOBRE NEUROENDOCRINOLOGÍA- PROF. DR. ENRIQUE BARMAIMON- 4 TOMOS- AÑO 2019.1- TOMO III-

Organización Estructural Anatómica;

.Tomo II: Organización Funcional: Los Sistemas Funcionales de Integración, Organización Anatomofuncional, Reglas para el Estudio e Interpretación del Sistema Nervioso, Medio Interno; y

.Tomo III: Neurona y Sinapsis, Potenciales Neuronales e Integración Interneuronal, Los Neurotransmisores, Los Conjuntos Neuronales, Envejecimiento, y Los Límites entre la Vida y la Muerte.) . -Ed. EDUSMP.(1984) .Lima, Perú. B.V.S.

12. - Nº4: -  - Barmaimon Enrique . Envejecimiento. Cambios Anatomofuncionales, Psíquicos, Sociales, Económicos y Ambientales. Urgencias, Comorbilidad, Manejos-Ed. Virtual. (2011).1ªEd. Montevideo Uruguay. B.V.S.

13. -Nº 76 y 77:-  -Barmaimon, Enrique- LIBROS SOBRE FIBROMIALGIAS- 2 TOMOS-AÑO 2018- Montevideo, Uruguay- - Prólogo; Introducción; Generalidades; Fibromialgia; Aparato Locomotor; Alodinia; S.N.C.; Reumatología; Psiquiatría; Enfermedad; Somatización; Fenómeno Psicósomático; Trastorno Somatomorfo; Enf. Eponimas; Nosología ; Terapia Conducta; Psicoterapia; Sist. Endócrino; Sist. Enzimas; Sist. Inmunitario; Sensibilidad A Gluten No Celíaco; Enf. Autoinmune; Sindr. Fatiga Crónica; Sistemas Integración; Ciencias Cognitivas; Tasa Mortalidad.81 Libros Publicados. Curricula.

- www.bvssmu.org.uy [libros], [barmaimon]).(OR) .(buscar);(Elegir libro entre 81 : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra).

- 14- Nº 78 a 81:- :-  -Barmaimon, Enrique- LIBROS SOBRE NEUROENDOCRINOLOGÍA- 4 TOMOS-AÑO 2019- Montevideo, Uruguay- - TOMO I: Neurotransmisores; Receptor Celular; Neurohormonas; Ejes; S.Endócrino; Hipotálamo; Hipófisis.

- TOMO II: Enfermedad; Morbilidad; Comorbilidad; L.C.R.; Imagen Médica; Psicología Cognitiva; Clasificaciones I..

- TOMO III: Clasificaciones; S. Nervioso; S. Límbico; Motivación; Trastornos Sueño.

- TOMO IV: Sensibilización Central; Dolor; Alodinia; S. R. C.; Estrés; S. Piernas Inquietas; Sueño; Cansancio; Ansiedad; Depresión; Ejercicio Físico; Técnicas Relajación; Meditación; Espasmo Muscular; Frío; 81 Libros Publicados; Curricula. -

www.bvssmu.org.uy [libros], [barmaimon]).(OR) .(buscar);(Elegir libro entre 81 : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra).

- 15- www.bvssmu.org.uy [libros], [barmaimon]).(OR) .(buscar);(Elegir libro entre 81 : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra).

-  - [Biblioteca Virtual en Salud](http://BibliotecaVirtualenSalud.org) (BVS)- (S.M.U.)-

- 26.8)- Enlaces Externos.

Obtenido de

«https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Sistema_nervioso_central&oldid=112313395»

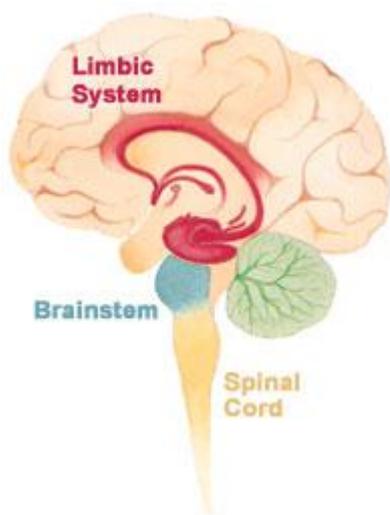
Categoría:

- [Sistema nervioso central](#)
- Se editó por última vez el 28 noviembre 2018 , a las 11:46.

0 0 0 0 0 0 0 0.

- CAPÍTULO XXVII: - 27)- SISTEMA LÍMBICO.

-De Wikipedia, la enciclopedia libre



- El sistema Límbico (rojo).

-El Sistema Límbico es un sistema formado por varias estructuras [cerebrales](#), que regulan las respuestas [fisiológicas](#), frente a determinados estímulos.

- Es decir, en él se encuentran los [instintos](#) humanos, donde entre estos instintos , se encuentra: la [memoria](#) involuntaria, el hambre, la [atención](#), los instintos sexuales, las [emociones](#) : por ejemplo: [placer](#), [miedo](#), [agresividad](#), la [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](#) y el [sistema nervioso periférico](#).

- Anatómicamente el lóbulo límbico bordea por debajo del [giro cingulado](#), y por encima del [cuerpo calloso](#).

- Va desde el lóbulo frontal hasta el parietal, y también incluye el [giro parahipocampal](#), formando un semicírculo.

-ÍNDICE.

- CAPÍTULO XXVII: - 27)- SISTEMA LÍMBICO.

-27.1)- [Etimología](#).

-27.2)- [Historia](#).

-27.2.1)- [PULSION](#).

-27.3)- [Evolución, filogenia](#).

- LIBROS SOBRE NEUROENDOCRINOLOGÍA- PROF. DR. ENRIQUE BARMAIMON- 4 TOMOS- AÑO 2019.1- TOMO III-

-27.4)- [Esbozo Desde la Perspectiva Fisiológica](#).

-27.5)- [Partes](#).

-27.5.1)- [Hipotálamo](#).

-27.5.2)- [Hipocampo](#).

-27.5.3)- [Amígdala Cerebral](#).

-27.5.4)- [Zonas Relacionadas](#).

-27.6)- [Véase También](#).

-27.7)- [Referencias](#).

- 27.1)- Etimología.

- La palabra límbico tiene raíz etimológica en el [latín](#) *limbus* y significa «borde», «límite».

- 27.2)- 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 el [gyrus cinguli](#) o [giro cingulado](#) (*cingulus* en latín significa cinturón), y la parte inferior a la circunvolución del hipocampo; y 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](#)¹, en 1949), como [Christofredo Jakob](#), que habló 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: especialmente por los integrantes de la Escuela Reflexológica.

- 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](#); pero pronto se descubrió que tal diferenciación tan taxativa, era 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 seis capas de la mayor parte del [neocórtex](#), y son clasificadas como [alocórtex](#) y [arqueocórtex](#), al ser [filogenéticamente](#) más primitivas.

-En diversas escuelas de la Neurociencias, de la Neurología y la Psicología, durante el siglo XX, se ha considerado que el Sistema Límbico, correspondía a la localización del llamado [subconsciente](#); mientras que las áreas filogenéticamente más modernas del córtex o corteza

- LIBROS SOBRE NEUROENDOCRINOLOGÍA- PROF. DR. ENRIQUE BARMAIMON- 4 TOMOS- AÑO 2019.1- TOMO III-

cerebral, eran las correspondientes a la [consciencia](#).

- Aunque tal pretensión de localización es parcialmente cierta, más cierto es, que las actividades del [pensar](#) humano, casi siempre o quizás siempre, impliquen la actividad de todo el [sistema nervioso central](#).

- Aunque ciertamente, el procesado más elaborado : 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.

- 27.2.1) - PULSIÓN.

- Del francés *pulsion*, que a su vez proviene del latín *pulsio* y *pulsum*, derivados del verbo *pulsare*: pujar, impeler; es un término que se utiliza en psicoanálisis y en la Escuela Reflexológica, para designar aquel tipo de impulso psíquico, característico de los sujetos de la especie humana, que tiene su fuente en una excitación interna : un estado de tensión percibida como corporal, y que se dirige a un único fin preciso: suprimir o calmar ese estado de tensión. Para lograr este fin, la pulsión se sirve de un objeto, el que sin embargo no es uno preciso, ni está predeterminado.

- Luis López Ballesteros, tal como la mayoría de los traductores al inglés de la obra de Sigmund Freud, tradujo la palabra alemana *Trieb*, de manera poco precisa como "instinto".

- Los traductores franceses posteriores a Lacan, como asimismo el argentino José Luis Etcheverry, quien tradujo las obras completas de Freud, directamente desde el alemán, enmendaron este error inicial, y prefirieron el término *pulsión*. En efecto, se trata de conceptos diferentes, y también existe la palabra *Instinkt* en alemán, palabra que también utilizó Freud, pero cuando quería referirse al concepto estrictamente biológico.

- Mientras la pulsión, es una noción dinámica, en la que influye la propia experiencia del sujeto y su historia ontogenética, vale decir, la referida al desarrollo de este, el instinto sería un concepto más estático y netamente congénito, heredado genéticamente.

- El instinto es típico de los animales no racionales. Mientras que el instinto posee objetos precisos e inamovibles para su satisfacción; las pulsiones carecen de objetos fijos, y predeterminados.

- Freud utilizó el término *Trieb*, a partir de 1905, en sus escritos; y pronto se transformó en uno de los conceptos técnicos fundamentales, en los que se apoya el conjunto de la teoría psicoanalítica. Con él se designa la carga de energía que está en el origen, tanto del movimiento del organismo y su actividad, como de su funcionamiento psíquico inconsciente.

- Se denominan así pulsiones, a las fuerzas derivadas de las tensiones somáticas en el ser humano, y las necesidades del ello; en este sentido las pulsiones se ubican entre el nivel somático y el nivel psíquico. Así como las pulsiones, carecen de objetos predeterminados y definitivos; también tienen diferentes fuentes, y por ello formas de manifestación, entre ellas: Pulsión de vida o Eros, pulsión de muerte o Tánatos, pulsiones sexuales, pulsión de saber, etc..

-27.2.1.1)- Momentos y Dimensiones de las Pulsiones. [editar]

-Freud distinguió a partir de 1915 diversos momentos y "dimensiones" de una pulsión:

-La fuente, que tiene su origen en lo somático y que se traduce por una tensión, una suerte de impulso (en alemán: *Drang*).

- El *Drang* (Esfuerzo) mismo, es decir la tensión interior que se traduciría en *Trieb* (pulsión).

- LIBROS SOBRE NEUROENDOCRINOLOGÍA- PROF. DR. ENRIQUE BARMAIMON- 4 TOMOS- AÑO 2019.1- TOMO III-

- La meta que se puede encontrar en un estado pasivo o activo.
- El objeto de la pulsión, que en lo real es un medio bastante accesorio ya que sólo sirve para disminuir temporalmente la tensión inherente a la pulsión.

- 27.2.1.2)- Fases Pulsionales.

-En la teoría "clásica" freudiana, originalmente todas las pulsiones, se concebían como derivadas de una pulsión basal : casi totalmente instintiva,, que era la Pulsión de vida, cuyo objeto es la autoconservación del individuo , y luego, se verá, que el mismo Freud evolucionó y modificó tal opinión.

- La posibilidad de que ocurran los estadios o fases pulsionales, son uno de los factores genéticos involucrados en las pulsiones, en efecto, se dan por etapas, según va madurando el sistema nervioso de cada individuo; en cada etapa se produce un desarrollo neurológico específico, en áreas que formarán partes focales del conjunto de las zonas erógenas.

- Derivada de la pulsión de vida, es la pulsión por nutrirse, sin embargo las derivaciones más complejas e interesantes, son las que aparecen en fases o estadios, y estas son las siguientes:

-1.Fase oral: Ocurre entre el nacimiento y los 18 meses; la zona erógena casi exclusiva es la boca : el neonato recién comienza a "centrar" su psiquismo en un objetivo: nutrirse. 5

-2.Fase anal: Entre los 18 y los 36 meses. Debido al desarrollo del control de los esfínteres anales, el o la infante, experimenta sensaciones placenteras, al poder tener un cierto primer control de su cuerpo, el de poder retener o expulsar los excrementos.6.

-3.Fase fálica o uretral: Ocurre entre los 3 a 6 años, el niño o la niña, pueden en esta etapa controlar sus esfínteres uretrales y será un esbozo anticipatorio de la fase genital. Freud nota que en la fase fálica, se da la constitución definitiva , aunque no su terminación, ya que el edipo, existe activamente durante toda la vida del sujeto o sea del edipo de cada sujeto. El Complejo de castración y sepultación del complejo de Edipo: donde en este momento se produce un quiebre, o puede no darse. Por esto es un momento crucial en la evolución del aparato psíquico. Pero esta no es una fase o un período, sino un proceso mediante el cual, se produce una reorganización de las experiencias y de la posición subjetiva. Esta reorganización es fundamental para la organización de las pulsiones.

-4.Período de latencia: entre los 6 años y la pubertad,, donde existe una fuerte sublimación espontánea de los sentimientos libidinales, el período de latencia: por razones evolutivas, existe para facilitar una integración cultural del sujeto.

-5.Fase genital: Desde la pubertad en adelante, cuando se encuentra ya configurado el edipo; en esta fase se desarrollan y devienen en cada sujeto, los intereses sexuales ya determinados : "inclinaciones sexuales", etc.. Posteriormente, Jacques Lacan observó dos pulsiones más, tal cual las expresa a partir de su Seminario XI.78, que son la:

-5.1. Pulsión escópica: Centrada en la mirada, relacionada primordialmente a lo Imaginario, donde la pulsión escópica se configura a partir del estadio del espejo, cuando el sujeto posee la capacidad de percibir imágenes -y sobre todo- percibirse a "sí mismo", como una unidad. (No confundir este sí mismo ,con el self de la psicología y psicoanálisis anglosajón. Es la base de la capacidad estética de cada sujeto.).

-5.2.Pulsión invocante: Asociada al momento de suficiente desarrollo de las áreas cerebrales del lenguaje y de síntesis, que es la pulsión dirigida a la voz de palabra inteligible, de este modo el deseo del Otro llega al sujeto principalmente mediante el soporte de la voz.9.

-27.2.1.3)- Nosología.

- LIBROS SOBRE NEUROENDOCRINOLOGÍA- PROF. DR. ENRIQUE BARMAIMON- 4 TOMOS- AÑO 2019.1- TOMO III-

- Los estadios o fases antes reseñados, son perfectamente verificables empíricamente; más difícil es aseverar que una fijación o un [estasis](#) de la actividad psíquica inconsciente de cada sujeto en determinado estadio, dará por resultado "automáticamente", un determinado [carácter](#) o -en casos graves- una *determinada* nosología, un determinado cuadro patológico.

-A lo sumo puede decirse que la fijación edípica de un sujeto, en un determinado estadio pulsional, tiende a incidir en su actividad psíquica; por ejemplo una fijación en la pulsión oral, puede estar relacionada con ciertas actitudes adictivas (aunque difícilmente sea el origen de una adicción). Se da el ejemplo del fumar, beber, la bulimia, o el caer en actitudes pasivas : tal cual el neonato es "pasivo", cuando está lactando. Del mismo modo puede ser opinable el supuesto, según el cual una fijación en la pulsión anal, genera conductas de avaricia, ya que el avaro estaría inconscientemente haciendo una reminiscencia de la retención placentera de las heces, tal cual ocurre en los niños pequeños, al retener en su adultez las riquezas (que le metaforizarían a las heces), o que la fijación en la pulsión anal genera conductas [sodomasoquistas](#), etc. Lo cierto es que las fijaciones inconscientes en ciertos estadios pulsionales, resultan en cuadros bastante más variables y complejos, menos puerilmente esquemáticos.

- 27.2.1.4)- El Destino de las Pulsiones.

- El psicoanálisis "clásico" ha considerado que muchas de las afecciones psíquicas, se deben a una "fijación" del [edipo](#), en un determinado estadio pulsional, *antes del período de latencia*; si esto es cierto, también es cierto que resulta algo esquemático. Lacan postula una dinámica de las pulsiones: toda pulsión es originada a partir de una "falta original" (de objeto instintivo), falta que es representada por el [objeto a](#). Desde tal momento de "falta", el deseo se traduce en pulsiones;; cada pulsión se dirige a una momentánea meta (o *goal*), que está gravitada por el *objeto a*, de este modo la pulsión intenta alcanzar al *objeto a*, pero sólo hace un rodeo en el cual, puede acceder a objetos momentáneos de satisfacción momentánea, luego la pulsión, siempre insatisfecha, vuelve a iniciar el proceso recién descrito.

- Por su parte Freud, hacia [1920](#), abandona el llamado "optimismo pulsional", y recoge los aportes de una discípula : [Sabina Spielrein](#), que le habla de pulsión de muerte, como contrapeso de la pulsión de vida. Y es a partir de su obra *Jenseits der Lustprinzips* (traducida como: [Más allá del principio de placer](#)), que replantea los destinos pulsionales: a la pulsión de vida (o [Eros](#)), que propende a la unidad, la organización de sistemas complejos y asociaciones proactivas, se opondría una pulsión de muerte, que tiende: a la disgregación, la [disipación](#), el retorno a lo inanimado; pero, si la *pulsión de muerte* es (como luego lo postula Lacan), una distorsión de la *pulsión de vida*, en cuanto tal distorsión tiene connotaciones de [violencia](#); es el mismo Freud quien hipotetiza una salida a tal derivación violenta de lo pulsional, aunque esta salida tampoco es optimista en última instancia, cuando piensa Freud en los últimos años de su vida, mientras padece la agonía, lo que parecería resolverse en un [principio de nirvana](#), en algo que pareciera paradójal: "el deseo de cesar de desear", aunque la paradoja se resuelve, si se entiende que el principio de nirvana postulado por Freud, es el deseo de dejar de estar adherido al placer o goce, en una disipación ([nirvāna](#)), ya exenta de conflictos, y por ende, de sufrimientos.

- 27.2.1.5)- Críticas.

- La diferencia entre instinto, impulso y pulsión, es materia de discusión, puesto que muchos psicólogos, y cognitivistas, consideran que instinto o impulso, y pulsión, serían conceptos equivalentes. La explicación es que los conceptos son creaciones del lenguaje, y no entidades

- LIBROS SOBRE NEUROENDOCRINOLOGÍA- PROF. DR. ENRIQUE BARMAIMON- 4 TOMOS- AÑO 2019.1- TOMO III-

con existencia propia.

-Las diferencias serían de [semántica](#) e interpretación, no [ontológicas](#). Estas diferencias semánticas han sido establecidas no por Freud, sino por sus seguidores, al traducir los textos y comentarlos.

- Los instintos también tienen las características de la pulsión. Por un lado, tienen los cuatro componentes, que se atribuyen a la pulsión. Por otro lado los objetos en los animales no humanos,, no son predeterminados y definitivos, por eso se los puede entrenar, y por eso se pueden domesticar muchas especies animales.

- En [etología](#) (comportamiento de animales) se sabe que se puede lograr que ciertos animales copulen con objetos, si estos objetos son diseñados con las características adecuadas. Al mismo tiempo los animales no humanos, también aprenden de la experiencia y por lo tanto los instintos son muy flexibles, igual que el concepto de pulsión.

-No es posible afirmar que las pulsiones no se satisfacen y que el instinto se satisface. En efecto, las pulsiones, tienen una satisfacción temporal, pues de lo contrario la conducta quedaría paralizada. El individuo ante una pulsión *que siempre tiene origen somático*, busca satisfacerla y puede lograrlo por un cierto tiempo, hasta que la pulsión nuevamente exija nueva satisfacción. La pulsión sería la alarma o indicador psíquico, de una necesidad somática.

-Si las células del cuerpo necesitan [agua: H2O](#), el aparato psíquico recibe una señal equivalente a las sensaciones de *sed*. Ante dicha *sed*, el organismo recurre a su experiencia, para intentar saciar dicha *sed*, y lo logrará por ejemplo, bebiendo de una fuente de agua. - Pero esto, sucede exactamente igual, con los instintos o impulsos biológicos: aparece un impulso instintivo, como ser *hambre* y el organismo actuará para *obtener alimento, y comer* de modo tal, que la necesidad quede satisfecha; hasta que *nuevamente* se repita esta necesidad en un momento posterior.

- Como se puede ver, un instinto o impulso, es temporalmente satisfecho, del mismo modo que el postulado para las pulsiones.

- También hay que recordar que muchas especies pueden aprender a realizar conductas, al escuchar órdenes emitidas verbalmente por humanos, o bien mediante mensajes sonoros, visuales o de otro tipo. Esto implica que su conducta, puede ser modificada por el lenguaje y por la cultura, en principio la cultura humana.

-Se afirma que los animales *no racionales*, tienen instinto, pero no pulsión, y que el instinto es un reflejo automático del tipo estímulo-respuesta, pero que la pulsión no tiene dicha característica. El problema de la racionalidad no puede ser invocada puesto que es materia de debate.

- En principio, se podría afirmar que los humanos son los únicos animales con lenguaje hablado. Comunicarse se comunican todos los organismos vivos, e incluso las máquinas, pero se afirma que el humano es el único que se comunica mediante el lenguaje hablado, y que el lenguaje hablado tiene la característica de la [polisemia](#) (cuando una palabra tiene varias acepciones). Esta característica de la polisemia, se acompaña de la capacidad [imaginativa](#), por lo cual es posible todo tipo de [tropos](#) y modificaciones.

-Esto implica que cualquier palabra que un individuo, mediante asociaciones semánticas o fonéticas o visuales, logre vincular con alguna sensación, dicha palabra quedará asociada a la sensación. La [publicidad](#) y el [marketing](#), se valen de esta característica, y la [semiótica](#) y [semiología](#), estudian estas cualidades de los [signos](#). De este modo, entre el estímulo y la respuesta, existiría un intermediario, que es el lenguaje, o mejor dicho:

- . 1). las reglas y mandatos sociales que han sido fijados en la memoria del individuo;
- .2). lo que el individuo cree o imagina que la sociedad espera de él; y

- LIBROS SOBRE NEUROENDOCRINOLOGÍA- PROF. DR. ENRIQUE BARMAIMON- 4 TOMOS- AÑO 2019.1- TOMO III-

.3). las sensaciones de placer o displacer, que el individuo asocie con dicho estímulo y las posibles respuestas.

-Una excitación sexual de origen químico, puede asociarse a una palabra y evocar en la memoria, el objeto que dicha palabra denota o connota : por ejemplo el rostro de una persona, o una palabra puede desencadenar por asociación, una excitación sexual química.

- Esto significa que ante un estímulo, la respuesta va a ser variable, dependiendo de los factores mencionados. Aparece la toma de decisión, que precede a la respuesta, y por lo tanto la respuesta ya no sería automática, sino que está mediada por una elección ante distintas alternativas. Si no hubiese elección posible, entonces estaríamos frente a un estímulo-respuesta automático.

-Pero esto conduce a la paradoja, de que estas asociaciones de que se valen la publicidad y el marketing, desencadenan respuestas, por lo tanto estamos nuevamente ante un estímulo-respuesta. Lo que sucede es que la respuesta ha cambiado, pero no deja de ser una respuesta ante un estímulo. Este es el principio fundamental de las terapias conductistas, la capacidad de lograr que un estímulo-respuesta, pueda ser creado o modificado por la experiencia.

-Lo que se conceptualiza como sublimación es la modificación de la respuesta que desencadena un estímulo.

Al mismo tiempo, pulsión de vida y pulsión de muerte, lo tienen todos los organismos vivos, tal cual Freud mismo lo postuló en sus trabajos, por ejemplo en uno de los últimos: [Esquema del psicoanálisis](#) (1938). Esto es una lucha de la materia propiamente viva en su organización, y no una característica de los humanos. Específicamente nos dice, que *Respecto de la pulsión de destrucción, podemos pensar que aparece como su meta última, de transportar lo vivo al estado inorgánico; por eso también la llamamos pulsión de muerte.*

- *Si se supone que lo vivo, advino más tarde que lo inerte y se generó desde esto, la pulsión de muerte responde a la fórmula consignada, a saber, que una pulsión aspira al regreso a un estado anterior (...). Esta acción conjugada y contraria de las dos pulsiones básicas, produce toda la variedad de las manifestaciones de la vida. Y más allá del reino de lo vivo, la analogía de nuestras dos pulsiones básicas, lleva a la pareja de contrarios: atracción y repulsión, que gobierna en lo inorgánico. .*

- Freud explica en Esquema del psicoanálisis: *El poder del ello expresa el genuino propósito vital del individuo. Consiste en satisfacer sus necesidades congénitas. Un propósito de mantenerse con vida, y protegerse de peligros, mediante la angustia, no se puede atribuir al ello. Esa es la tarea del yo, quien también tiene que hallar la manera más favorable y menos peligrosa de satisfacción con miramiento por el mundo exterior. Aunque el superyó pueda imponer necesidades nuevas, su principal operación sigue siendo limitar las satisfacciones.*

- *Llamamos pulsiones a las fuerzas que suponemos tras las tensiones de necesidad del ello. Representan los requerimientos, que hace el cuerpo a la vida anímica.* - Afirma que el esquema general del aparato psíquico, se considera válido también para los animales superiores, semejantes al hombre en lo anímico, y que cabe suponer un superyó, siempre que exista un período prolongado de dependencia infantil, como en el ser humano. - Freud ya planteaba estos problemas desde sus primeros escritos, como en *Proyecto de psicología para neurólogos (1895)*, donde habla de la vivencia de satisfacción, como el mecanismo neuronal necesario para que un objeto que satisface una necesidad, pueda ser posteriormente evocado de modo tal, que un organismo pueda volver a satisfacer dicha necesidad. Este mecanismo es necesario, para que cualquier organismo aprenda de la experiencia, y se oriente en el mundo, para satisfacer sus necesidades. Si los organismos vivos no tuviesen dicha vivencia, entonces no podrían aprender a diferenciar los objetos del

- LIBROS SOBRE NEUROENDOCRINOLOGÍA- PROF. DR. ENRIQUE BARMAIMON- 4 TOMOS- AÑO 2019.1- TOMO III-

mundo, que pueden ser consumidos, y no podrían diferenciar lo percibido de lo recordado. - Importa recordar también, que existen una enorme cantidad de sociedades no humanas, que incluyen tanto mamíferos como insectos.

- La [sociobiología](#) ha logrado avances enormes en el estudio de dichas sociedades. Si se postula que un organismo humano debe sublimar sus pulsiones por mandato social, no podemos afirmar que la misma situación, pero en otros animales es instinto, y en humanos es pulsión. Incluso las hormigas requieren del auxilio de otros individuos de su especie, para sobrevivir en sus tiempos de inmadurez. Existen especies animales en los que la proporción de tiempos de dependencia respecto a su tiempo de vida máximo, son superiores a la de los humanos, como en ciertos [cetáceos](#) y en [elefantes](#).

-27.2.1.6)- Véase También.

- [Sigmund Freud](#).
- [Psicoanálisis](#).
- [Jacques Lacan](#).
- [Psicología del Yo](#).
- [Etología](#).
- [Sociobiología](#).

-27.2.1.7)- Referencias.

1. ↑ [Saltar a:](#) ^a [Roudinesco, Elisabeth](#); Plon, Michel (2008) [1997]. *Diccionario de Psicoanálisis [Dictionnaire de la Psychanalyse]*. Traducción de Jorge Piatigorsky y Gabriela Villalba. Buenos Aires: Paidós. pp. 902-903. [ISBN 978-950-12-7399-1](#).
2. ↑ [Laplanche, Jean](#); [Pontalis, Jean-Bertrand](#) (1996). *Diccionario de Psicoanálisis*. Traducción Fernando Gimeno Cervantes. Paidós. pp. 324 — 327. [ISBN 84-493-0255-2](#), [ISBN 84-493-0256-0](#).
3. ↑ Aunque muy distanciado (casi opuesto) a la teoría psicoanalítica, el célebre [etólogo Konrad Lorenz\(1930\)](#) tras sus trabajos empíricos observa que en muchos mamíferos se encuentran mociones psíquicas que trascienden al sistema instintual, considerándolas un anticipo de las pulsiones humanas.
4. ↑ En todo caso es muy interesante el nexa [filológico](#) entre *Trieb* (= pulsión) y deriva, el estar a la deriva del [deseo](#) según la teoría lacaniana. Como ocurre con otros términos, el de *Trieb* (pronunc. "trib") fue ya utilizado con alguna sistematicidad previamente a Freud, se lo encuentra -dentro de un contexto [romanticista](#)- en obras de [Göthe](#). Y ya con un criterio científico -pero aún [vitalista](#)- en los estudios y trabajos de [Hermann Ludwig von Helmholtz](#) y de [Ernst Wilhelm von Brücke](#).
5. ↑ Estudios realizados en la segunda mitad del s. XX han demostrado que existe una tendencia congénita en el [feto](#) de llevarse el dedo a la boca, esto es, el [reflejo de succión](#) resulta la base [neurológica](#) para que luego se desarrolle *sobre ésta* una pulsión oral.
6. ↑ Los infantes y niños pequeños creen que los excrementos son una parte de su cuerpo (no tienen noción de excreciones); esto explica que los niños o niñas pequeños en muchas ocasiones presenten sus excrementos como *regalitos* a los padres, a su modo creen que están donando algo de su cuerpo al cual identifican con su [sí mismo](#). Los niños al percatarse que los adultos tienen un interés particular por la defecación infantil, utilizan el excremento como objeto de intercambio y lo donan a sus seres queridos en muestra de afecto.

- LIBROS SOBRE NEUROENDOCRINOLOGÍA- PROF. DR. ENRIQUE BARMAIMON- 4 TOMOS- AÑO 2019.1- TOMO III-

7. [↑](#) Definida conceptualmente a partir del seminario llamado *La Angustia*.
8. [↑](#) Es decir en [Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis](#) (publicación: [1964](#)).
9. [↑](#) Esto explica la frase lacaniana *Desear es con-sentir el deseo del Otro*.

-27.2.1.8)- Bibliografía.

- -Los 81 LIBROS PUBLICADOS DEL PROF. DR. ENRIQUE BARMAIMON: -. Alcance Gratuito , de 81 libros en la Biblioteca Virtual de Salud del S.M.U. que son: LIBROS PROF. DR. ENRIQUE BARMAIMON. (www.bvssmu@org.uy [libros], [barmaimon]). (buscar);(Elegir libro entre 81 : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra).
 - Nº1:-  - Barmaimon Enrique, Tratado de Neuroanatomía Funcional. 3 volúmenes :
 - .Tomo I: Presentación, Índice, Prólogo, Bases Neuroanatómicas Funcionales, Bases Funcionales Organización Humana, La Célula, Embriología S.N., Meninges, Sistema Ventricular, Líquido Cefalorraquídeo e Irrigación Sanguínea, Sistematización General, Organización Estructural Anatómica;
 - .Tomo II: Organización Funcional: Los Sistemas Funcionales de Integración, Organización Anatomofuncional, Reglas para el Estudio e Interpretación del Sistema Nervioso, Medio Interno; y
 - .Tomo III: Neurona y Sinapsis, Potenciales Neuronales e Integración Interneuronal, Los Neurotransmisores, Los Conjuntos Neuronales, Envejecimiento, y Los Límites entre la Vida y la Muerte.) . -Ed. EDUSMP.(1984) .Lima, Perú. B.V.S.
 - Nº4: -  - Barmaimon Enrique . Envejecimiento. Cambios Anatomofuncionales, Psíquicos, Sociales, Económicos y Ambientales. Urgencias, Comorbilidad, Manejos- Ed. Virtual. (2011).1ªEd. Montevideo Uruguay. B.V.S.
- Nº 78 a 81:- :-  -Barmaimon, Enrique- LIBROS SOBRE NEUROENDOCRINOLOGÍA- 4 TOMOS-AÑO 2019- Montevideo, Uruguay-
 - TOMO I: Neurotransmisores; Receptor Celular; Neurohormonas; Ejes; S.Endócrino; Hipotálamo; Hipófisis.
 - TOMO II: Enfermedad; Morbilidad; Comorbilidad; L.C.R.; Imagen Médica; Psicología Cognitiva; Clasificaciones I..
 - TOMO III: Clasificaciones; S. Nervioso; S. Límbico; Motivación; Trastornos Sueño.
 - TOMO IV: Sensibilización Central; Dolor; Alodinia; S. R. C.; Estrés; S. Piernas Inquietas; Sueño; Cansancio; Ansiedad; Depresión; Ejercicio Físico; Técnicas Relajación; Meditación; Espasmo Muscular; Frío; 81 Libros Publicados; Currícula. - www.bvssmu@org.uy [libros], [barmaimon]).(OR) .(buscar);(Elegir libro entre 81 : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra).
- - www.bvssmu@org.uy [libros], [barmaimon]).(OR) .(buscar);(Elegir libro entre 81 : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra).
- -  - [Biblioteca Virtual en Salud](#) (BVS)- (S.M.U.)-
- [Freud, Sigmund. Obras Completas](#). Buenos Aires/Madrid: Amorrortu Editores/Madrid: Biblioteca Nueva.
- — (1982). *Proyecto de psicología (1895)*. En Obras Completas. Volumen I - Publicaciones prepsicoanalíticas y manuscritos inéditos en vida de Freud (1886-1899). Buenos Aires/Madrid: Amorrortu Editores. [ISBN 978-950-518-577-1](#).
- — (1979). *Pulsiones y destinos de pulsión (1915)*. En Obras Completas. Volumen XIV - Trabajos sobre metapsicología, y otras obras (1914-1916), «Contribución a la historia

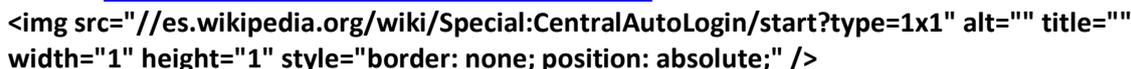
- LIBROS SOBRE NEUROENDOCRINOLOGÍA- PROF. DR. ENRIQUE BARMAIMON- 4 TOMOS- AÑO 2019.1- TOMO III-

del movimiento psicoanalítico». Buenos Aires/Madrid: Amorrortu Editores. [ISBN 978-950-518-590-0](#).

- — (1979). *Más allá del principio de placer (1920)*. En Obras Completas. Volumen XVIII - Más allá del principio de placer, Psicología de la masas y análisis del yo, y otras obras (1920-1922). Buenos Aires/Madrid: Amorrortu Editores. [ISBN 978-950-518-594-8](#).
- — (1980). *Esquema del psicoanálisis (1938)*. En Obras Completas. Volumen XXIII - Moisés y la religión monoteísta, Esquema del psicoanálisis y otras obras (1937-1939). Buenos Aires/Madrid: Amorrortu Editores. [ISBN 978-950-518-599-3](#).
- [Lacan, Jacques](#) (2005). *El seminario. Volumen 10. La angustia*. Buenos Aires: Paidós. [ISBN 978-950-12-3978-2](#).
- — (1987). *El seminario. Volumen 11. Los cuatro conceptos fundamentales del Psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós. [ISBN 978-84-7509-432-8](#).
- Laplanche, Jean & Pontalis, Jean-Bertrand (1996). *Diccionario de Psicoanálisis*. Traducción Fernando Gimeno Cervantes. Barcelona: Editorial Paidós. [ISBN 84-493-0255-2](#) / [ISBN 84-493-0256-0](#).
- Chemama, Roland & Vandermersch, Bernard (2004). *Diccionario del psicoanálisis*. Segunda edición revisada y ampliada. Buenos Aires & Madrid: Amorrortu editores. [ISBN 950-518-105-1](#).

- 27.2.1.9)- Enlaces Externos.

- [Freud: las fuerzas inconscientes de la mente y de la cultura](#)
- [Psicoanálisis: Pulsiones y destinos de Pulsión](#)

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

Obtenido de «<https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Pulsión&oldid=107695515>»

Categoría:

- [Psicoanálisis](#)

Categoría oculta:

- [Wikipedia:Páginas con enlaces mágicos de ISBN](#)
- Esta página se editó por última vez el 10 diciembre 2018 a las 12:03.

-27.3)- 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](#) : un antecedente aún más primitivo en filogenia es el [bulbo raquídeo](#). En tal caso el sistema o "cerebro límbico", es prácticamente la mayor parte del cerebro de los [tetrápodos](#) primitivos: [anfibios](#) y [reptiles](#).

- 27.4)- 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

- LIBROS SOBRE NEUROENDOCRINOLOGÍA- PROF. DR. ENRIQUE BARMAIMON- 4 TOMOS- AÑO 2019.1- TOMO III-

aprendizaje, y la tarea de integrar nuestro medio interno con el externo, antes de realizar una [conducta](#).

- 27.5)- 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 la asta de Amón, cuerpo franjeado, giro dentado y el [subículo](#)).
3. [Complejo amigdalino](#): Corteza periamigdalina, núcleo amigdalino y estría terminal.
4. [Área septal](#): Se halla frente al tálamo, al parecer posee unas neuronas que son centros del orgasmo, una para los hombres, y cuatro para las mujeres.
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](#).

- 27.5.1)- 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](#) poco 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:
- Por el sistema nervioso autónomo, lo que le confiere el control último de sus funciones.
- Por la glándula pituitaria, con la que está conectado química y biológicamente.

- 27.5.2)- 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, y 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.

- LIBROS SOBRE NEUROENDOCRINOLOGÍA- PROF. DR. ENRIQUE BARMAIMON- 4 TOMOS- AÑO 2019.1- TOMO III-

- 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, desde el punto de vista de la epilepsia del lóbulo temporal o epilepsia límbica.

- 27.5.3)- 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 cambio en la actitud motora. Ésta 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.

- 27.5.4)- 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).

- [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.

- 27.6)- Véase También.

- [Circuito de Papez](#)

-27. 7)- Referencias.

1. [↑](#) MacLean, P. D. (31 de enero de 1990). [The Triune Brain in Evolution: Role in Paleocerebral Functions](#) (en inglés). Springer Science & Business Media. ISBN 9780306431685.
2. -Los 81 LIBROS PUBLICADOS DEL PROF. DR: ENRIQUE BARMAIMON: -. Alcance Gratuito , de 81 libros en la Biblioteca Virtual de Salud del S.M.U. que son:.

- LIBROS SOBRE NEUROENDOCRINOLOGÍA- PROF. DR. ENRIQUE BARMAIMON- 4 TOMOS- AÑO 2019.1- TOMO III-

LIBROS PROF. DR. ENRIQUE BARMAIMON. (www.bvssmu.org.uy [libros], [barmaimon]). (buscar);(Elegir libro entre 81 : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra).

3. -Nº1:-  - Barmaimon Enrique, Tratado de Neuroanatomía Funcional. 3 volúmenes :
.Tomo I: Presentación, Índice, Prólogo, Bases Neuroanatómicas Funcionales, Bases Funcionales Organización Humana, La Célula, Embriología S.N., Meninges, Sistema Ventricular, Líquido Cefalorraquídeo e Irrigación Sanguínea, Sistematización General, Organización Estructural Anatómica;
.Tomo II: Organización Funcional: Los Sistemas Funcionales de Integración, Organización Anatomofuncional, Reglas para el Estudio e Interpretación del Sistema Nervioso, Medio Interno; y
.Tomo III: Neurona y Sinapsis, Potenciales Neuronales e Integración Interneuronal, Los Neurotransmisores, Los Conjuntos Neuronales, Envejecimiento, y Los Límites entre la Vida y la Muerte.) . -Ed. EDUSMP.(1984) .Lima, Perú. B.V.S.
4. - Nº4: -  - Barmaimon Enrique . Envejecimiento. Cambios Anatomofuncionales, Psíquicos, Sociales, Económicos y Ambientales. Urgencias, Comorbilidad, Manejos-Ed. Virtual. (2011).1ªEd. Montevideo Uruguay. B.V.S
5. -Nº 76 y 77:-  -Barmaimon, Enrique- LIBROS SOBRE FIBROMIALGIAS- 2 TOMOS-AÑO 2018- Montevideo, Uruguay- - Prólogo; Introducción; Generalidades; Fibromialgia; Aparato Locomotor; Alodinia; S.N.C.; Reumatología; Psiquiatría; Enfermedad; Somatización; Fenómeno Psicosomático; Trastorno Somatomorfo; Enf. Eponimas; Nosología ; Terapia Conducta; Psicoterapia; Sist. Endócrino; Sist. Enzimas; Sist. Inmunitario; Sensibilidad A Gluten No Celíaco; Enf. Autoinmune; Sindr. Fatiga Crónica; Sistemas Integración; Ciencias Cognitivas; Tasa Mortalidad.81 Libros Publicados. Curricula.
- www.bvssmu.org.uy [libros], [barmaimon]).(OR) .(buscar);(Elegir libro entre 81 : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra).
6. - Nº 78 a 81:-  -Barmaimon, Enrique- LIBROS SOBRE NEUROENDOCRINOLOGÍA- 4 TOMOS-AÑO 2019- Montevideo, Uruguay-
- TOMO I: Neurotransmisores; Receptor Celular; Neurohormonas; Ejes; S.Endócrino; Hipotálamo; Hipófisis.
- TOMO II: Enfermedad; Morbilidad; Comorbilidad; L.C.R.; Imagen Médica; Psicología Cognitiva; Clasificaciones Int.;
- TOMO III: Clasificaciones; S. Nervioso; S. Límbico; Motivación; Conducta; Trastornos Sueño; Sensibilización Central; Dolor; Alodinia; S. R. C.;
- Tomo IV: Estrés; S. Piernas Inquietas; Sueño; Cansancio; Ansiedad; Depresión. Ejercicio Físico; Técnicas Relajación; Meditación; Espasmo Muscular; Frío; 81 Libros Publicados; Curricula. - www.bvssmu.org.uy [libros], [barmaimon]).(OR) .(buscar);(Elegir libro entre 81 : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra).
7. - www.bvssmu.org.uy [libros], [barmaimon]).(OR) .(buscar);(Elegir libro entre 81 : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra).
-  - [Biblioteca Virtual en Salud](#) (BVS)- (S.M.U.)-

Obtenido de

«[https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Sistema límbico&oldid=112278915](https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Sistema_l%C3%ADmbico&oldid=112278915)»

**- LIBROS SOBRE NEUROENDOCRINOLOGÍA- PROF. DR.
ENRIQUE BARMAIMON- 4 TOMOS- AÑO 2019.1- TOMO III-**

Categorías:

- [Sistema límbico](#)
- [Motivación](#)
- Esta página se editó por última vez el 26 noviembre 2018, a las 14:46.

0 0 0 0 0 0 0 0.

- LIBROS SOBRE NEUROENDOCRINOLOGÍA- PROF. DR. ENRIQUE BARMAIMON- 4 TOMOS- AÑO 2019.1- TOMO III-

- CAPÍTULO XXVIII: -28)- MOTIVACIÓN.-

-De Wikipedia, la enciclopedia libre



- La motivación que hubiera llevado al [niño](#) a comer la [mazorca](#), pudo haber sido tanto extrínseca como intrínseca. La acción de comerlo se da, porque previamente sabía cómo hacerlo.

-La palabra motivación deriva del [latín](#) *motivus* o *motus*, que significa 'causa del movimiento'. La motivación puede definirse como "el señalamiento o énfasis, que se descubre en una persona, hacia un determinado medio de satisfacer una necesidad, creando o aumentando con ello, el impulso necesario para que ponga en obra ese medio o esa acción, o bien para que deje de hacerlo".

- Otros autores definen la motivación como "a raíz dinámica del comportamiento"; es decir, "los factores o determinantes internos,, que incitan a una acción".¹.

La motivación es un estado interno, que activa, dirige y mantiene la conducta.².

- ÍNDICE.

- CAPÍTULO XXVIII: -28)- MOTIVACIÓN.-

-28.1)-[Según la Psicología y Filosofía.](#)

-28.2)-[Tipos de Teorías y Modelos.](#)

-28.3)-[Teorías y Modelos Psicológicos.](#)

-28.3.1)-[Motivaciones Racionales.](#)

-28.3.2)-[Teorías del Incentivo: Motivación Intrínseca y Extrínseca.](#)

-28.3.2.1)-[Motivación Intrínseca.](#)

-28.3.2.2)-[Motivación Extrínseca.](#)

-28.3.2.3)-[Condicionamiento Operante.](#)

- 28.3.2.4)-[Push and pull.](#)

-28.3.4)-[Teoría del Incentivo.](#)

-28.3.5)-[Teoría de Reducción de Pulsiones.](#)

-28.3.6)-[Teoría de la Disonancia Cognitiva.](#)

-28.3.7)-[Teorías de Contenido.](#)

-28.3.7.1)-[Jerarquía de Necesidades de Maslow.](#)

-28.3.8)-[Otras Teorías sobre la Motivación.](#)

-28.4)-[La Motivación en el Trabajo.](#)

-28.5)-[Variables Motivacionales.](#)

-28.6)-[Relación del Término Con la Necesidad.](#)

- LIBROS SOBRE NEUROENDOCRINOLOGÍA- PROF. DR. ENRIQUE BARMAIMON- 4 TOMOS- AÑO 2019.1- TOMO III-

- [28.7\)- Causas de la Motivación.](#)

-[28.8\)- Desmotivación.](#)

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

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

- 28.1)- Según la Psicología y Filosofía.

- En [psicología](#) y [filosofía](#), la motivación implica estados internos, que dirigen el organismo hacia metas o fines determinados; son los impulsos que mueven a la persona a realizar determinadas acciones, y persistir en ellas para su culminación. Este término está relacionado con «[voluntad](#)» e «[interés](#)».

- 28.2)- Tipos de Teorías y Modelos.

- Las teorías de la Motivación pueden ser clasificadas en varias bases.

- [Natural vs. Racional](#): Basadas en si la teoría subyacente de la [Cognición](#) humana, se apoya en fuerzas naturales : impulsos, necesidades, deseos, o algún tipo de racionalidad : instrumentalidad, significado, autoidentidad.
- [Contenido vs. Proceso](#): Basada en si el foco está en el contenido, que motiva frente al proceso, como toma lugar la motivación.

- Las distintas escuelas de psicología, tienen diversas [teorías](#) sobre cómo se origina la motivación y su efecto en la conducta. Todas aportan, desde diferentes perspectivas, conceptos clarificadores que explican cómo se origina : para obtener éxito, culminar una expectativa, satisfacer un deseo.

- 28.3)- Teorías y Modelos Psicológicos.

- La Motivación puede concebirse como un ciclo en el cual los pensamientos influyen en los comportamientos, y estos dan lugar al desempeño, el cual impacta en los pensamientos, y el ciclo empieza de nuevo.

- Cada etapa del ciclo, se compone de muchas dimensiones, que incluyen estados, creencias, intenciones, esfuerzos, y retiradas, y todo ello puede afectar a la motivación, que un individuo experimenta.

- 28.3.1)- Motivaciones Racionales.

- La idea de que los seres humanos somos racionales, y que la conducta humana está guiada por la razón es vieja. Sin embargo, investigaciones recientes, han debilitado significativamente la idea de [homo oeconomicus](#) o de una [perfecta racionalidad](#), en favor de una [racionalidad limitada](#).

-28.3.2)- Teorías del Incentivo: Motivación Intrínseca y Extrínseca.

- La motivación puede dividirse en dos teorías diferentes, conocidas como motivación intrínseca (interna) o motivación extrínseca (externa). La primera viene del entendimiento personal del mundo y no depende de ningún incentivo externo, ya que no necesita ningún tipo de reforzamiento, ya que son motivadas por sí mismas, desde la persona; y la segunda depende de incentivos externos, y se enfoca principalmente en ayudar a la realización de una tarea como un medio para alcanzar un fin.³

-Algunos factores extrínsecos pueden ser:

- El dinero

- LIBROS SOBRE NEUROENDOCRINOLOGÍA- PROF. DR. ENRIQUE BARMAIMON- 4 TOMOS- AÑO 2019.1- TOMO III-

- El tiempo de trabajo
- Viajes
- Coches
- Cenas
- Bienes materiales

- Todos estos factores pueden incrementarse o disminuirse en el espacio alrededor del individuo; sin embargo, los factores intrínsecos dependen del significado que le dé la persona a lo que hace.

- Si bien es cierto, los llamados factores extrínsecos también dependen de esta interpretación de la persona, éstos pueden cambiarse radicalmente de forma muy rápida; mientras que los intrínsecos, requieren de un trabajo de asimilación más adecuado a la [mente](#) del individuo.

- Los factores intrínsecos tratan de los deseos de las personas de hacer cosas, por el hecho de considerarlas importantes o interesantes.

-Existen tres factores intrínsecos importantes:

- Autonomía: el impulso que dirige nuestras vidas, libertad para tener control sobre lo que hacemos.
- Maestría: el deseo de ser mejor en algo que realmente importa.
- Propósito: la intención de hacer lo que hacemos por servicio a algo más grande, que nosotros mismos.

- Véase también: [Curiosidad](#).

- 28.3.2.1)- Motivación Intrínseca.

:- [Motivación intrínseca](#).

- La motivación intrínseca ha sido estudiada desde principios de la década de 1970. La motivación intrínseca podría definirse como el autodeseo de buscar cosas nuevas y nuevos retos, para analizar la capacidad de uno mismo, observar y adquirir más conocimiento.⁵

- Está impulsada por un interés o placer por la tarea en sí misma, y reside en el individuo, en lugar de depender de presiones externas o el deseo de recompensa.

-El fenómeno de la motivación intrínseca fue reconocido por primera vez en estudios experimentales sobre la conducta animal. En estos estudios, se hizo evidente que los animales, manifestaban comportamientos impulsados por la curiosidad, en ausencia de recompensa.

- La motivación intrínseca es una tendencia motivacional natural y es un elemento fundamental en el desarrollo físico, social y cognitivo.⁶

-Los estudiantes que están motivados intrínsecamente, participan en la tarea de buen grado, y trabajan para mejorar sus habilidades, lo que incrementará, a su vez, sus capacidades.⁷

-Los estudiantes tienen más probabilidad de estar motivados intrínsecamente si:

- atribuyen sus resultados académicos a factores que están bajo su control, también conocido como autonomía o [locus de control](#)
 - creen que tienen las habilidades para ser agentes eficaces en el logro de sus objetivos deseados, también conocido como creencias de [autoeficacia](#)
 - están interesados en dominar un tema, y no solo en conseguir buenas notas.
- Que un empleado se convierta en un profesional de IT, porque quiere aprender cómo los usuarios de los ordenadores interactúan con las redes informáticas, es un ejemplo de motivación intrínseca. El empleado tiene la motivación intrínseca de adquirir más conocimiento.⁸

- LIBROS SOBRE NEUROENDOCRINOLOGÍA- PROF. DR. ENRIQUE BARMAIMON- 4 TOMOS- AÑO 2019.1- TOMO III-

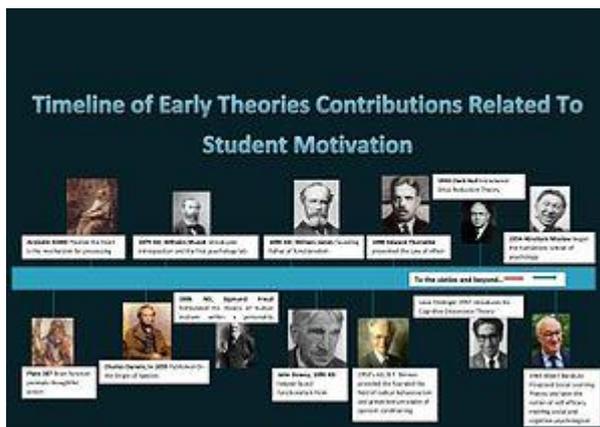
- Ventajas:

-La motivación intrínseca puede ser de larga duración y auto-sostenible. Los esfuerzos para construir este tipo de motivación también suelen ser los resultados de la promoción del aprendizaje de los estudiantes. Tales resultados se centran a menudo sobre el tema. en lugar de recompensas o castigos.

-Desventajas:

-Por otro lado, los esfuerzos para fomentar la motivación intrínseca pueden ser lentos para que afecte en el comportamiento y pueden requerir una larga preparación especial. Los estudiantes son individuos, por lo que pueden ser necesarios diferentes enfoques para motivar a cada estudiante. A menudo es útil saber lo que interesa a cada estudiante, con el fin de conectar estos intereses con el tema. Para ello es necesario conocer a cada estudiante.⁹

- Motivación intrínseca y la teoría de los 16 deseos básicos :



-Línea del tiempo de los estudiosos de la motivación.

A partir de un estudio en el que participaron más de 6.000 personas, Steven Reiss propuso una teoría que encuentra 16 deseos básicos, que guiarían prácticamente todos los comportamientos humanos.

Los 16 deseos básicos que motivan nuestras acciones y definen nuestra personalidad son:

- Aceptación, la necesidad de sentirse aprobado.
- Curiosidad, la necesidad de aprender.
- Comer, la necesidad de alimentarse.
- Familia, la necesidad de tener hijos.
- Honor, la necesidad de ser leal a los valores tradicionales de nuestro grupo étnico o clan.
- Idealismo, la necesidad de buscar justicia social.
- Independencia, la necesidad de asegurar la individualidad.
- Orden, la necesidad de tener un ambiente organizado y estable.
- Actividad física, la necesidad de hacer ejercicio.
- Poder, la necesidad de influenciar.
- Romance, la necesidad sexual.
- Ahorrar, la necesidad de guardar.
- Contacto social, la necesidad de tener amigos.
- Posición social, la necesidad de destacar socialmente.
- Tranquilidad, la necesidad de sentirse seguro.

- LIBROS SOBRE NEUROENDOCRINOLOGÍA- PROF. DR. ENRIQUE BARMAIMON- 4 TOMOS- AÑO 2019.1- TOMO III-

- Venganza, la necesidad de obtener un desquite.¹⁰

-28.3.2.2)- Motivación Extrínseca.

-La motivación extrínseca hace referencia al desarrollo de una actividad para conseguir un resultado deseado y es opuesta a la motivación intrínseca⁵

-La motivación extrínseca se genera por las influencias externas al individuo. En la motivación extrínseca, la pregunta más difícil de responder es ¿de dónde consigue la persona la motivación necesaria para llevar a cabo una tarea y seguir esforzándose con persistencia? Generalmente, la motivación extrínseca se utiliza para lograr los resultados que una persona no podría obtener de la motivación intrínseca.¹¹

- Las motivaciones extrínsecas más comunes son las recompensas (por ejemplo dinero o buenas notas) por demostrar el comportamiento deseado, y la amenaza de castigo tras una mala conducta.

- La competición es un motivador extrínseco, porque fomenta el ganar y el vencer a los demás, no solo para disfrutar de las recompensas intrínsecas de la actividad. El aplauso del público y el deseo de ganar un trofeo, también son incentivos extrínsecos.¹²

-Investigaciones en Psicología Social, han demostrado que las recompensas extrínsecas pueden llevar a un efecto de [sobrejustificación](#) y una consecuente reducción de la motivación intrínseca. En un estudio que demuestra este efecto, niños que esperaban ser recompensados con un premio concreto por hacer dibujos, en observaciones posteriores, pasaron menos tiempo jugando con los materiales de dibujo, que aquellos niños a los que no se les especificó un premio concreto.¹³

-Sin embargo, otro estudio demostró que estudiantes de tercer grado, que fueron recompensados con un libro, en el futuro mostraron más comportamientos de lectura, lo que implica que algunos premios no debilitan la motivación intrínseca.¹⁴ . Aunque las [recompensas extrínsecas](#) podrían reducir el deseo de una actividad, el uso de coacciones extrínsecas, como la amenaza de castigo, contra la realización de una actividad, en realidad, puede incrementar el interés intrínseco hacia la misma actividad. En un estudio, a unos niños se les amenazó levemente en contra de que jugaran con un determinado juguete. Se encontró que la amenaza, en realidad, sirvió para aumentar el interés de los niños en el juguete, el cual no era deseado antes de la amenaza.¹⁵

Algunos investigadores, con el paso de años, han llegado a la conclusión de que existen varias fases en la motivación extrínseca, pudiendo pasar de una puramente externa, al otro extremo. Así, podemos hablar de motivación externa (en la cual influyen los factores externos, sin que el individuo tenga control sobre ellos), introyectada (en la cual la retribución comienza a ser interna), regulada por identificación (el individuo continúa trabajando por motivos externos, pero con más autonomía) y por integración (en la cual la motivación es semejante a la intrínseca, sin embargo, no se lleva a cabo por la simple satisfacción de realizarla, como ocurre con la anterior).¹⁶

Tanto la motivación extrínseca como la intrínseca, pueden presentar un tipo de motivación positiva o negativa, dependiendo de las consecuencias. Esto es, la motivación positiva la busca la persona con la intención de recibir alguna recompensa. Sin embargo, en el caso de la motivación negativa, lo único que se busca es esquivar una consecuencia desagradable.¹⁶ .

- 28.3.2.3)- Condicionamiento Operante.

:- [Condicionamiento operante](#)

- LIBROS SOBRE NEUROENDOCRINOLOGÍA- PROF. DR. ENRIQUE BARMAIMON- 4 TOMOS- AÑO 2019.1- TOMO III-

- [Burrhus Frederic Skinner](#) creía en la idea de que la mejor manera de entender completamente el comportamiento de un individuo, es investigar las causas de una acción y sus consecuencias.

- El condicionamiento operante, la teoría por la que el Dr. Skinner es más conocido, es un método de aprendizaje ,que ocurre mediante recompensas y castigos por una conducta.

- El condicionamiento operante de Skinner, se basa en el trabajo de Edward Thorndike "Ley del Efecto",¹⁷ En 1948, Skinner llevó a cabo un experimento de condicionamiento operante mediante el uso de animales, los cuales puso en una "caja de Skinner". Los cambios en el comportamiento son el resultado de la reacción de una persona a su entorno en un ambiente. "Una respuesta produce una consecuencia como la definición de una palabra, golpear una pelota, o resolver un problema de matemáticas."¹⁸¹⁹ .

- 38.3.2.4)- Push and Pull.

-²⁰ Las motivaciones Push son aquellas en las que las personas se "empujan" hacia sus objetivos o para conseguir algo, como el deseo de evasión, el descanso y la relajación, el prestigio, la salud y la forma física, la aventura y la interacción social.²¹ .

- Sin embargo, con la motivación Push, también es fácil desanimarse cuando se presentan obstáculos en el camino. La motivación Push hace de fuerza de voluntad y la fuerza de voluntad de las personas es tan fuerte como el deseo que hay tras la fuerza de voluntad.

- Además, hay un estudio realizado sobre las redes sociales y su efecto "Push & Pull". Una cosa que se menciona es que "el arrepentimiento y la insatisfacción, corresponden a factores de empuje (push), porque ambos son factores negativos que obligan a los usuarios a abandonar su actual proveedor de servicios".²² .

- Por tanto, las motivaciones push, también pueden ser una fuerza negativa (pesar y descontento). Las motivaciones Pull son lo opuesto a las push. Es un tipo de motivación mucho más fuerte.

- La motivación pull no es tanto el deseo de alcanzar una meta como que es el objetivo quien tira de nosotros hacia él. Es más fácil ser atraído por algo que empujarse a uno mismo hacia algo que uno desea.²¹ También puede ser una alternativa cuando se compara con una fuerza negativa.

- Del mismo estudio que se mencionó anteriormente, "El arrepentimiento y la insatisfacción con un proveedor de servicios actual, puede provocar un mayor interés hacia el cambio de proveedor, pero tal motivo será más probable con la presencia de una buena alternativa. Por lo tanto, el atractivo de la alternativa puede moderar los efectos de pesar e insatisfacción con respecto a la intención de cambiar"²² y así, la motivación pull, puede generar un deseo cuando influencias negativas entran en escena.

- 28.3.3)- Autocontrol.

-: [Autocontrol \(habilidad\)](#)

- El autocontrol con respecto a la motivación, se considera cada vez más como una subcategoría de la [inteligencia emocional](#)²³ ,se sugiere que, si bien una persona puede ser clasificada como altamente inteligente , mediante [tests de inteligencia](#) tradicionales, pueden permanecer desmotivados para realizar esfuerzos intelectuales. La [teoría de la esperanza](#) de Victor Vroom, describe cómo la gente puede decidir ejercer un autocontrol en la búsqueda de un objetivo concreto.

- 28.3.4)- Teoría del Incentivo.

- LIBROS SOBRE NEUROENDOCRINOLOGÍA- PROF. DR. ENRIQUE BARMAIMON- 4 TOMOS- AÑO 2019.1- TOMO III-

La teoría del incentivo es exactamente como suena, un incentivo o motivo para hacer algo. El incentivo más común sería una [recompensa](#). Las recompensas pueden ser tangibles o intangibles, y se presentan generalmente después de la acción o comportamiento que se trata de corregir o hacer que vuelva a suceder. Se consigue mediante [asociación](#) positiva al comportamiento y/o acción. Estudios demuestran que si la persona recibe la recompensa inmediatamente, el efecto es mayor, y disminuye a medida que se retrasa.²⁴ Una acción-recompensa repetitiva puede causar que la acción (o comportamiento), se convierta en un [hábito](#).²⁵

La motivación proviene de dos fuentes: uno mismo, y las demás personas (consultar motivación intrínseca y extrínseca para más información).

- "Los reforzadores y los principios de [refuerzo](#) del comportamiento difieren del [constructo](#) hipotético de recompensa.²⁶ Un reforzador es aquello que sigue a la acción, con la intención de que la acción ocurra más frecuentemente. El Refuerzo positivo está demostrado por un incremento, en el futuro, de la frecuencia o la magnitud de la acción, debido a que en el pasado, dicha acción era seguida por un estímulo de refuerzo. El refuerzo positivo conlleva un cambio de estímulo que consiste en la incorporación o la ampliación de un estímulo positivo después de una respuesta. El Refuerzo negativo conlleva un cambio de estímulo que consiste en la eliminación del estímulo tras una respuesta. Desde esta perspectiva, el concepto de diferenciar entre las fuerzas intrínsecas y extrínsecas es irrelevante. Otro principio de refuerzo es el [refuerzo](#) intermitente. Consiste en introducir y retirar el refuerzo. Es muy eficaz para bloquear comportamientos que preceden al impedir la recompensa mediante la pérdida de su valor. El refuerzo intermitente también puede hacer que sea más difícil modificar un comportamiento después." El Dr. Skinner, de hecho, trazó programas de refuerzo en miles de estudios que muestran cómo la fuerza de refuerzo cambia en función de la frecuencia con se produjo." ²⁷

En psicología, la teoría de incentivos trata la motivación y el [comportamiento](#) de la persona, en tanto en cuanto está influido por [creencias](#), y mientras que participa en actividades que se espera que sean rentables. La teoría de incentivos es promovida por [psicólogos conductistas](#), como [BF Skinner](#). La teoría de incentivos está especialmente apoyada por Skinner en su [filosofía](#) de conductismo radical,²⁸ lo que significa que las acciones de una persona siempre tiene repercusiones [sociales](#); y si las acciones son recibidas de forma positiva, hay más probabilidades de que las personas actúen en esta forma, y al revés. La teoría de incentivos se distingue de otras teorías de la motivación, como la [pulsión](#), en el sentido de la motivación. En la teoría de incentivos, los [estímulos](#) 'atraen' a la persona hacia ellos. En términos de conductismo, la teoría de los incentivos conlleva un [reforzamiento |refuerzo positivo](#): el estímulo de refuerzo ha sido condicionado para hacer a la persona más feliz. Por el contrario, la teoría de pulsión consiste en un refuerzo negativo: un estímulo se ha asociado con la eliminación del [castigo](#) o falta de [homeostasis](#). Por ejemplo, una persona que ha llegado a saber que si come cuando tiene hambre eliminará ese sentimiento negativo de la sensación de hambre, o que si bebe cuando tienen sed, va a eliminar ese sentimiento negativo de sed.²⁵

- 28.3.5)- Teoría de Reducción de Pulsiones.

- LIBROS SOBRE NEUROENDOCRINOLOGÍA- PROF. DR. ENRIQUE BARMAIMON- 4 TOMOS- AÑO 2019.1- TOMO III-



- Clark Hull fue el conductista que desarrolló la teoría motivacional de reducción de pulsión.

- La teoría de pulsión nace de la idea de que la gente tiene ciertos impulsos biológicos, como el hambre. Conforme el tiempo pasa, la fuerza de los impulsos aumentan si no están satisfechos (en este caso comiendo). Al satisfacer el impulso, la fuerza del mismo se reduce.

-Creada por [Clark L. Hull](#) y desarrollado por Kenneth Spence, la teoría se hizo muy conocida durante las décadas de 1940 y 1950. Muchas de las teorías motivacionales que surgieron durante los años 1950 y 1960 se basaban en la teoría original de Hull o se centraron en proveer alternativas a la teoría de reducción de pulsión, incluyendo la jerarquía de las necesidades de [Abraham Maslow](#), la cual surgió como una alternativa al enfoque de Hull.²⁹

- La teoría de pulsión tiene cierta validez intuitiva o popular. Por ejemplo, cuando se prepara comida, el modelo de pulsión parece ser compatible con sensaciones de aumento de la sensación de hambre, y después de ser consumida, una disminución en el hambre subjetiva.³⁰ Sin embargo, existen varios problemas que deja la validez de esta teoría abierta al debate.

- 28.3.6)- Teoría de la Disonancia Cognitiva.

:- [Disonancia cognitiva](#).

- Sugerida por [Leon Festinger](#), la disonancia cognitiva se produce cuando un individuo experimenta algún grado de incomodidad, que resulta de una inconsistencia entre dos cogniciones: su percepción sobre el mundo que le rodea, y sus propios sentimientos y acciones personales.²⁵

- Por ejemplo, un comprador puede tratar de tranquilizar, con respecto a una compra, la sensación de que otra decisión pudo haber sido mejor. Su sensación de que otra compra habría sido mejor es incompatible con su acción de comprar el artículo.

- La diferencia entre sus sentimientos y creencias causa disonancia, por lo que tratan de tranquilizarse a sí mismo. Aunque no es una teoría de la motivación, en sí misma, la teoría de la disonancia cognitiva, propone que la gente tiene un impulso motivacional para reducir la disonancia.

- La miseria cognitiva³¹³² hace que la gente justifique las cosas de una manera sencilla, con el fin de reducir el esfuerzo cognitivo. Lo hace mediante el cambio de sus actitudes, creencias o acciones, en lugar de afrontar las inconsistencias, ya que la disonancia requiere un esfuerzo mental. La disonancia también se reduce al justificar, culpar, y negar.

-Es una de las teorías más influyentes y ampliamente estudiadas en [psicología social](#).

- 28.3.7- Teorías de Contenido.

- La teoría de contenido ha sido una de las primeras teorías de la motivación. Dado que la teoría se centra en la importancia de lo que nos motiva : necesidades, la teoría de contenido

- LIBROS SOBRE NEUROENDOCRINOLOGÍA- PROF. DR. ENRIQUE BARMAIMON- 4 TOMOS- AÑO 2019.1- TOMO III-

también hace referencia a la teoría de las necesidades. En otras palabras, trata de identificar cuáles son nuestras “necesidades” y cómo se relacionan con la motivación para satisfacerlas.

- Otra definición de Pritchard y Ashwood es el proceso utilizado para asignar la energía para maximizar la satisfacción de las necesidades.³³³⁴

- 28.3.7.1)- Jerarquía de Necesidades de Maslow.



- Pirámide de Maslow

-La teoría de Maslow es una de las teorías motivacionales más ampliamente discutidas.

- Abraham Maslow creía que el hombre es inherentemente bueno y argumentaba que los individuos poseen un impulso interno de constante crecimiento que tiene un gran potencial.

- El sistema de jerarquía de necesidades, ideado por Maslow (1954), es comúnmente usado para clasificar las motivaciones humanas.³⁵

- El psicólogo norteamericano Abraham Maslow desarrolló la jerarquía de necesidades que consiste en cinco clases jerárquicas.

- De acuerdo con Maslow, las personas están motivadas debido a necesidades insatisfechas.

- Las necesidades enumeradas desde las básicas hasta las más complejas son:

- **Fisiológicas:** [hambre](#), [sed](#), [sueño](#), etc.
- **Seguridad:** abrigo, refugio, [salud](#), etc.
- **Sociales:** [amor](#), [amistad](#), etc.
- **Autoestima:** [respeto](#), [éxito](#), [confianza](#), etc.
- **Autorrealización:** [logro](#) de todo el potencial, nunca se cumple completamente.³⁶

- 28.3.8)- Otras Teorías Sobre la Motivación.

- [Teoría de los dos factores](#)
- [Teoría X y Teoría Y](#)
- [Efecto Pigmalión](#)
- [Teorías de Clayton Alderfer](#)
- [Teoría de la esperanza](#)
- [Teoría de la equidad laboral](#)

- 28.4)- La Motivación en el Trabajo.

- Motivación de trabajo "es un conjunto de fuerzas energéticas que se originan tanto dentro como más allá de ser un individuo, para iniciar un comportamiento relacionado con el trabajo y para determinar su forma, dirección, intensidad y rendimiento".³⁷

- Mientras que la motivación a menudo puede utilizarse como una herramienta para ayudar a predecir el comportamiento, varía considerablemente entre los individuos, y a menudo debe combinarse con la capacidad y los factores ambientales para influir realmente en

- LIBROS SOBRE NEUROENDOCRINOLOGÍA- PROF. DR. ENRIQUE BARMAIMON- 4 TOMOS- AÑO 2019.1- TOMO III-

rendimiento y comportamiento. Debido a la función de motivación en que influyen en el rendimiento y comportamiento laboral, es clave para las organizaciones a comprender y estructurar el ambiente de trabajo para fomentar comportamientos productivos y desalentar a aquellos que son improductivos.³⁸³⁹

-La motivación en los colaboradores de una [compañía](#) es de vital importancia debido a que ellos darán todo de sí en pro de un objetivo personal u organizacional. La motivación laboral se da mediante la relación de recompensas y rendimiento; ya que este tipo de incentivos les da mérito o reconocimiento a labores asignadas.

-Un personal altamente motivado le aporta [ideas](#) creativas e innovadoras a la compañía que quizás podrán generarle éxito al [grupo de trabajo](#) en la organización.

- 28.5)- Variables Motivacionales.

- Documentadas por primera vez por E. Duffy en 1930, se definen las variables motivacionales como la dual índole energética y direccional con frecuencia unidas en una sola.

- Se distinguen tres categorías, que son las siguientes:

- Variables energéticas: Su función consiste en activar la conducta.
- Variables direccionales: Regulan y orientan la actividad.
- Variables mixtas (o vectoriales): que incluyen simultáneamente las dos anteriores y crean un doble efecto de intensidad y dirección sobre la conducta.¹.

- 28.6)- Relación del término con la necesidad.

- La motivación exige necesariamente que haya alguna [necesidad](#) de cualquier grado; esta puede ser absoluta, [relativa](#), de placer o de lujo. Siempre que se esté motivado a algo, se considera que ese *algo* es necesario o conveniente. La motivación es el [lazo](#) que une o lleva esa acción a satisfacer esa necesidad o conveniencia, o bien a dejar de hacerlo.

- 28.7)- Causas de la Motivación.



- La entrenadora [María Fernández](#) motivando a la gimnasta [Estela Giménez](#). La maestría es una de las motivaciones intrínsecas principales para un [deportista](#).

- Los motivos pueden agruparse en diversas categorías:

- En primer lugar figuran los motivos racionales y los emocionales.
- Los motivos pueden ser egocéntricos o altruistas.

- LIBROS SOBRE NEUROENDOCRINOLOGÍA- PROF. DR. ENRIQUE BARMAIMON- 4 TOMOS- AÑO 2019.1- TOMO III-

- Los motivos pueden ser también de atracción o de rechazo, según muevan a hacer algo en favor de los demás o a dejar de hacer algo que se está realizando o que podría hacerse.

-La [programación neurolingüística](#) sostiene por el contrario que no existe una manera de motivar al personal de toda una empresa, sino que los objetivos deben ser ajustados a cada grupo o persona de acuerdo con sus características.⁴⁰

-28.8)- Desmotivación.

- Un término opuesto a motivación es desmotivación, generalmente definido como un sentimiento de desesperanza ante los obstáculos o como un estado de [angustia](#) y pérdida de entusiasmo, disposición o energía.

-Aunque la desmotivación puede verse como una consecuencia normal en las personas cuando se ven bloqueados o limitados sus anhelos por diversas causas, tiene consecuencias que deben prevenirse.

- Para Renny Yagosessky, Ph.D en Psicología, conferencista y escritor, la desmotivación es un estado interior limitador y complejo, caracterizado por la presencia de pensamientos limitantes y sensación de desánimo, que se origina como consecuencia de la generalización de experiencias negativas, propias o ajenas, y una auto-percepción de incapacidad para generar los resultados deseados.

-Desde su [punto de vista](#), la desmotivación puede resultar claramente nociva si se convierte en una tendencia recurrente o estable, pues tiende a afectar la [salud](#), a limitar la capacidad de vinculación y a desfavorecer la productividad por cuanto afecta la confianza en uno mismo, el flujo de la [creatividad](#), la capacidad de tomar riesgos y la fuerza de [voluntad](#).

- 28.9)- Referencias.

1. ↑ [Saltar a:](#) ^a ^b [José Luis Pinillos](#) (1977). *Principios de psicología*. Madrid, España: Alianza Universal. p. 503. [ISBN 84-206-2100-5](#).
2. ↑ [Woolfolk, Anita](#) (2006). *Psicología Educativa* (Novena edición). Pearson Educación. p. 669.
3. ↑ [Pintrich & Shunck](#) (2006). *Motivación en contextos educativos. Teoría, investigación y aplicaciones*.
4. ↑ [Pink, Daniel H.](#) (2010). *Las sorprendente verdad sobre qué nos motiva* (1a ed. edición). Barcelona: Centro Libros. [ISBN 9788498750782](#).
5. ↑ [Saltar a:](#) ^a ^b [Ryan, R. M.; Deci, E. L.](#) (2000). «Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being». *American Psychologist* 55 (1): 68-78. [doi:10.1037/0003-066X.55.1.68](#).
6. ↑ [Ryan, Richard; Edward L. Deci](#) (2000). «Intrinsic and Extrinsic Motivations: Classic Definitions and New Directions». *Contemporary Educational Psychology* 25 (1): 54-67. [doi:10.1006/ceps.1999.1020](#).
7. ↑ [Wigfield, A.; Guthrie, J. T.; Tonks, S.; Perencevich, K. C.](#) (2004). «Children's motivation for reading: Domain specificity and instructional influences». *Journal of Educational Research* 97: 299-309. [doi:10.3200/joer.97.6.299-310](#).
8. ↑ [N Root III, George.](#) «[Examples of Intrinsic Workplace Motivation](#)». *Chron*. Consultado el 27 de noviembre de 2014.
9. ↑ «[Motivating Students](#)». Consultado el 3 de abril de 2015.

- LIBROS SOBRE NEUROENDOCRINOLOGÍA- PROF. DR. ENRIQUE BARMAIMON- 4 TOMOS- AÑO 2019.1- TOMO III-

10. [↑](#) Reiss, Steven (March 5, 2002). Who am I? The 16 Basic Desires that Motivate Our Actions and Define Our Personalities. Berkley Trade. [ISBN 978-0-425-18340-3](#).
11. [↑](#) Ryan, R. M.; Deci, E. L. (2000). «Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being». *American psychologist* 55 (1): 68-78. [doi:10.1037/0003-066x.55.1.68](#).
12. [↑](#) Dewani, Vijay. [«Motivation»](#). slideshare. Consultado el 17 de agosto de 2015.
13. [↑](#) Mark R. Lepper, David Greene and Richard Nisbet, "Undermining Children's Intrinsic Interest with Extrinsic Reward; A Test of 'Overjustification' Hypothesis," *Journal of Personality and Social Psychology* 28, 1973, 129-37.
14. [↑](#) Barbara A. Marinak and Linda B. Gambrell, "Intrinsic Motivation and Rewards: What Sustains Young Children's Engagement with Text?," *Literacy Research and Instruction* 47, 2008, 9-26.
15. [↑](#) Wilson, T. D.; Lassiter, G. D. (1982). «Increasing intrinsic interest with superfluous extrinsic constraints». *Journal of personality and social psychology* 42 (5): 811-819. [doi:10.1037/0022-3514.42.5.811](#).
16. [↑](#) [Saltar a: ^a ^b](#) Isabel Rovira Salvador. [«Motivación extrínseca: definición, características y efectos»](#). *Psicología y mente*. .
17. [↑](#) McLeod, Saul (2007-2015). [«Operant Conditioning»](#) (en inglés).
18. [↑](#) [«Operant Conditioning \(B.F. Skinner\)»](#). Instructional Design. Consultado el 17 de agosto de 2015.
19. [↑](#) Cherry, Kendra. [«Operant Conditioning. How Reinforcement and Punishment Modify Behavior»](#).
20. [↑](#) / [«Push and Pull Motivation»](#).
21. [↑](#) [Saltar a: ^a ^b](#) [«Testing the push and pull factors»](#).
22. [↑](#) [Saltar a: ^a ^b](#) Chang, I.; Liu, C.; Chen, K. (2014). «The push, pull and mooring effects in virtual migration for social networking sites». *Information Systems Journal* 24 (4): 323-346. [doi:10.1111/isi.12030](#).
23. [↑](#) ;Kelly, Theresa (6 de febrero de 2012). [Empathy: A Quantum Approach - The Psychical Influence of Emotion](#). p. 101. [ISBN 9781105482885](#).
24. [↑](#) Marr, Bernard (2009). [Managing and Delivering Performance](#). Routledge. p. 223. [ISBN 9780750687102](#).
25. [↑](#) [Saltar a: ^a ^b ^c](#) Rani, Rekha; Kumar-Lenka, Sameer (agosto de 2012). [«MOTIVATION AND WORK MOTIVATION: CONCEPTS, THEORIES & RESEARCHES»](#). *International Journal of Research in IT & Management* 2 (8). Archivado desde [el original](#) el 24 de setiembre de 2015.
26. [↑](#) Rani, Rekha; Kumar-Lenka, Sameer (agosto de 2012). [«MOTIVATION AND WORK MOTIVATION: CONCEPTS, THEORIES & RESEARCHES»](#). *International Journal of Research in IT & Management* 2 (8). Archivado desde [el original](#) el 24 de setiembre de 2015.
27. [↑](#) [«Principles of Reinforcement»](#). <http://www.pendletonpsych.com/>. Psychological Services of Pendleton, L.L.C.
28. [↑](#) [«Conductismo radical»](#). <http://es.psicologia.wikia.com/>.
29. [↑](#) [«http://psychology.about.com/od/motivation/a/drive-reduction-theory.htm»](#). .
30. [↑](#) Kamlesh, M. L. (Jan 12, 2011). [Psychology in Physical Education and Sport](#). Pinnacle Technology. [ISBN 9781618202482](#).

- LIBROS SOBRE NEUROENDOCRINOLOGÍA- PROF. DR. ENRIQUE BARMAIMON- 4 TOMOS- AÑO 2019.1- TOMO III-

31. [↑](#) Grignon, Lamote de (2005). *Antropología neurofilosófica: un estudio radical de la conducta humana desde los automatismos neonatales al pensar reflexivo del adulto*. Barcelona: Reverté. ISBN 9788429155570.
32. [↑](#) «[Google Books - Antropología neurofilosófica](#)».
33. [↑](#) Ashwood, Robert D. Pritchard, Elissa L. (2008). *Managing motivation: a manager's guide to diagnosing and improving motivation*. New York: Psychology Press. ISBN 9781841697895.
34. [↑](#) «[Google Books - Managing motivation: a manager's guide to diagnosing and improving motivation](#)».
35. [↑](#) Pardee, Ronald L. (Febrero de 199). «[A Literature Review of Selected Theories Dealing With Job Satisfaction and Motivation](#)» (en inglés).
36. [↑](#) «[The Content Theories of Motivation](#)».
37. [↑](#) Pinder, C. C. *Work motivation in organizational behavior* (en inglés) (2nd edition edición). New York: Psychology Press.
38. [↑](#) *Organizational Psychology*. (en inglés) (2nd edition edición). New York: Psychology Press.
39. [↑](#) *Motivation*. Handbook of Psychology. (en inglés). W.C. Borman, D.R. Ilgen, R.J. Klimoski.
40. [↑](#) «[Motivación y PNL](#)». Archivado desde [el original](#) el 14 de septiembre de 2012.

- 28.10)- Enlaces Externos.

- [Wikiquote](#) alberga frases célebres de o sobre [Motivación](#).
- El [Diccionario de la Real Academia Española](#) tiene una definición para [motivación](#).

Obtenido de «<https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Motivación&oldid=112110058>»

Categorías:

- [Catalizadores y potenciales catalizadores de cambio](#)
- [Motivación](#)
- Esta página se editó por última vez el 18 noviembre 2018 a las 13:45.

0 0 0 0 0 0 0 0.

- LIBROS SOBRE NEUROENDOCRINOLOGÍA- PROF. DR. ENRIQUE BARMAIMON- 4 TOMOS- AÑO 2019.1- TOMO III-

- CAPÍTULO XIX: -29)- CONDUCTA O COMPORTAMIENTO.

- De Wikipedia, la enciclopedia libre

En [Psicología](#), o Ciencias Cognitivas,, comportamiento o conducta, es el conjunto de respuestas, bien por presencia o por ausencia, que presenta un [ser vivo](#) en [relación](#) con su [entorno](#) o ¹mundo de [estímulos](#).

- El comportamiento puede ser [consciente](#) o [inconsciente](#), [voluntario](#) o involuntario, etc., según las circunstancias que lo afecten.

- La ciencia que estudia la conducta y el comportamiento animal, es la [etología](#), y la ciencia que estudia la conducta desde el punto de vista de la evolución es la [ecología del comportamiento](#).

La ciencia que estudia la conducta humana es la Psicología y las Ciencias Cognitivas.

-ÍNDICE.

- CAPÍTULO XIX: -29)- CONDUCTA O COMPORTAMIENTO. -

-29.1)- [Delimitación del Término](#).

-29.2)- [Comportamiento en Psicología](#).

-29.2.1)- [Conducta](#).

-29.2.2)- [Aspectos Psico-sociales](#).

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

-29.3.1) - [Agrupaciones y Sociedades](#).

-29.3.2)- [Costes y Beneficios de Vivir en Grupo](#).

-29.3.3)- [Las Adaptaciones a la Vida en Grupo](#).

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

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

-29.4)- [Comportamiento del Consumidor](#).

-29.5)- [Véase También](#).

-29.6)- [Referencias](#).

-29.7)- [Bibliografía](#).

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

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

- El comportamiento de las especies es estudiado por la [etología](#), que forma parte tanto de la [biología](#) como de la [psicología experimental](#). En psicología se hace una distinción importante entre conducta y cognición, pues si bien todos los seres vivos presentan comportamiento, no necesariamente todos presentan cognición.

-En [ciencias sociales](#): Se considera que el comportamiento se ve influido, además de aspectos psicológicos, también por aspectos [genéticos](#), [culturales](#), [sociológicos](#) y [económicos](#).

- En el habla común, no en el discurso científico, el término "comportamiento" tiene una connotación definitoria. A una persona, incluso a un grupo social, como suma de personas, se les define y clasifica por sus comportamientos, quizás más que por sus ideas, y esto ya sirve para fijar las expectativas al respecto.

- El conjunto de patrones de comportamiento más prototípico y estable de una persona, sería el núcleo de lo que usualmente se denomina personalidad.

- LIBROS SOBRE NEUROENDOCRINOLOGÍA- PROF. DR. ENRIQUE BARMAIMON- 4 TOMOS- AÑO 2019.1- TOMO III-

- El comportamiento se basa en factores biológicos así como en factores externos: nuestro entorno, experiencias, etcétera.

- 29.2)- Comportamiento en Psicología. y en Ciencias Cognitivas.

- La conducta violenta en la escuela denota algunas características propias de todo comportamiento violento presente en un contexto social cualquiera, de este modo se señala al estudiante violento/agresivo, como un sujeto cuyas conductas son desadaptativas, ya que supone el incumplimiento de normas escolares y sociales, que rigen la interacción en el centro educativo, con la expresión de diversas conductas punitivas; de esta manera se señalan una serie de factores, que inciden a que estas conductas se mantengan o desaparezcan.

- Según la teoría ecológica propuesta por Bronfenbrenner (1977), 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.

- Técnicamente, en psicología, y en Ciencias Cognitivas, 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 le llama mecanismo a los dispositivos o conjuntos de **sólidos resistentes**, que reciben una energía de entrada y, a través de un sistema de transmisión y transformación de movimientos, realizan un **trabajo**. Un mecanismo transforma el movimiento de entrada :lineal, circular, oscilante, en un patrón deseable; que por lo general desarrolla una trayectoria final de salida predecible, acorde al problema que se desea solucionar: una necesidad.

- Se engloba dentro de un rango, siendo algunos comportamientos comunes, 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 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.

- 29.2.1)- Conducta.

- La conducta de un espécimen biológico está formada por patrones de comportamiento estables, mediados por la evolución, resguardada y perpetuada por la genética. Esta conducta se manifiesta a través de sus cualidades adaptadas, dentro de un contexto o una comunidad. Es un indicador observable, físico de los procesos internos del individuo.

- LIBROS SOBRE NEUROENDOCRINOLOGÍA- PROF. DR. ENRIQUE BARMAIMON- 4 TOMOS- AÑO 2019.1- TOMO III-

- 29.2.2)- 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, las ciencias cognitivas, la sociología, la Etología, la antropología en el caso del comportamiento humano, ampliando su estudio a todo el Reino Animal.

- 29.3)- Comportamiento de los Sistemas Sociales.

- La estructura social es el patrón de relaciones, posiciones y número de personas que conforman la organización social de una población, ya sea un grupo pequeño o toda una sociedad. Las relaciones se dan siempre que las personas se implican en patrones de interacción continuada relativamente estables.

- Las posiciones (**estatus social**) consisten en lugares reconocidos en la red de relaciones sociales, que llevan aparejadas expectativas de comportamiento, llamadas roles.

- Normas y reglas son impuestas para garantizar que se viva a la altura de las expectativas del **rol social**, y se imponen sanciones positivas y negativas, para asegurar que se cumplan.

- Las normas y reglas son la expresión observable de los valores de un sistema social particular. Los roles, normas y valores deben integrarse en un sistema para que éste sea completamente funcional.

- 29.3.1)- Agrupaciones y Sociedades.

- Dentro de la mayoría de los grupos de animales, hay diversas especies cuyo único objetivo, es juntarse o conseguirse parejas, con la finalidad de reproducirse; mientras otros forman agrupaciones relativamente estables.

- Estas congregaciones suelen ser meramente uniones temporales, para conseguir algún propósito en general, o agrupaciones permanentes dentro de las cuales se desarrolla todas las actividades, como desplazarse, buscar alimento, reproducirse, entre otras cosas.

- Las especies gregarias son aquellas en la que los individuos forman agrupaciones inconsistentes, dentro de las cuales existe la posibilidad de permanecer o no, dependiendo de sus intereses, los cuales a su vez dependen estrictamente de la relación entre costos y beneficios, que involucra estar en el grupo.

- En las especies sociales, los individuos se relacionan entre ellos de una forma más precisa y continua, y con frecuencia los grupos están constituidos sobre todo por relativos.

- Edward Wilson, publicó su 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, y 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 cuatro 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

- LIBROS SOBRE NEUROENDOCRINOLOGÍA- PROF. DR. ENRIQUE BARMAIMON- 4 TOMOS- AÑO 2019.1- TOMO III-

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.

- 29.3.2)- Costes y Beneficios de Vivir en Grupo.

- Los principales costes y beneficios asociados a la vida en grupo, se reconocen conforme a los beneficios, y en otras a los costes, pero lo más normal es que en cualquier especie el gregarismo sea el resultado evolutivo de la relación entre los costes y beneficios. A veces se agrupan individuos, que pertenecen a especies diferentes; estos bandos mixtos a menudo disfrutan de las ventajas, que aportan las diferentes capacidades de cada una de las especies.

- 29.3.3)- Las Adaptaciones a la Vida en Grupo.

- Puesto que vivir juntos implica grandes costes, se podría pronosticar que durante la evolución de vida solitaria a vida colonial, se van a desarrollar ajustes que faciliten esta transición, y que contribuyan a mantenerla.

- Para ilustrar algunas de esas adaptaciones, tenemos que ver a detalle uno de los costes más generalizados, que tienen que soportar los individuos que viven en un grupo: un riesgo mayor de transmisión de enfermedades y parásitos.

- Su resultado se ha demostrado en muchas especies, y no sólo a nivel descriptivo, sino también a nivel experimental.

- En un estudio realizado por José Luis Tella, de la Estación Biológica de Doñana (Sevilla), se comparó la cantidad y la variedad de parásitos sanguíneos, entre parejas de aves próximas, la mayoría del mismo género), una es solitaria y la otra es gregaria. Se obtuvieron resultados que comprobaban que las especies gregarias, tenían un mayor riesgo de transmisión de parásitos sanguíneos, y estaban sometidas al ataque de una mayor variedad de ellos. Al comparar parejas de especies próximas, se puede sacar la conclusión de que la transición evolutiva desde la vida solitaria a la vida en grupo, conlleva un riesgo elevado de infección por parásitos sanguíneos..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 pasará si las especies sociales que viven en grandes aglomeraciones y en habitáculos cerrados?.

- Ciertamente, viven en las condiciones óptimas, para favorecer la transmisión de parásitos, pero también es cierto que en estas sociedades de insectos, que evolucionaron hace muchos millones de años, se podría predecir que han debido desarrollarse características especiales, que disminuyan los costes de vivir en esas condiciones de hacinamiento. Es más se ha comprobado que en insectos sociales, se produce una relación entre densidad y población, y transmisión de parásitos inversa a la de otras especies.

- 29.3.4)- Conducta Formal.

- Una conducta humana se considera formal, cuando en el comportamiento se cumplen una serie de reglas reconocidas como valiosas en una comunidad o sociedad. En las sociedades occidentales, por ejemplo, se considera formal ser explícito, determinado, preciso, serio, y puntual. Esta palabra tiene su base en la aplicación, principalmente en la conducta, que tienen las personas con respecto a sus valores.

- LIBROS SOBRE NEUROENDOCRINOLOGÍA- PROF. DR. ENRIQUE BARMAIMON- 4 TOMOS- AÑO 2019.1- TOMO III-

- 29.3.5)- Realización Voluntaria.

- La realización voluntaria es la habilidad para construir la conducta propia en correspondencia con las exigencias de la situación concreta, anticipando los resultados intermedios y finales de la acción, y seleccionando los medios adecuados. Los rasgos de los procesos voluntarios contemplan la orientación, ejecución y control.

- 29.4)- Comportamiento del Consumidor.

:- [Teoría del consumidor](#)

- El estudio del comportamiento del consumidor está enfocado en la forma en que los individuos toman decisiones para gastar sus recursos disponibles : tiempo, dinero y esfuerzo; en artículos relacionados con el consumo.

- En economía la descripción del comportamiento del consumidor, se conoce como [teoría del consumidor](#). Cada escuela de pensamiento económico, se ha basado en supuestos diferentes, para describir el comportamiento del consumidor prototípico de cada mercado.

- En general la teoría del consumidor, trata de responder a las siguientes cuestiones:

1. Dados los recursos monetarios del consumidor y un cierto vector de precios, qué bienes escogerá consumir, y en qué proporciones relativas.
2. Cuándo elegirá consumirlos, y qué porcentaje de su renta, decidirá gastar en el período en curso , y qué porcentaje preferirá ahorrar para consumos futuros.

- 29.5)- Véase También.

- [Adaptación social](#)
- [Comportamiento social](#)
- [Control social](#)
- [Cultura](#)
- [Ecología del comportamiento - Etología](#)
- [Antropología](#)
- [Psicología](#)
- [Zona de confort](#)
- [Agresividad](#)

- 29.6)- Referencias.

1. [↑ «Comportamiento»](#) |url= incorrecta con autorreferencia ([ayuda](#)). *Wikipedia, la enciclopedia libre*. 3 de febrero de 2017.

- 29.7)- Bibliografía.

- Costes y beneficios de vivir en grupo. Fuente: tomado principalmente de Alcock (1993), Krebs y Davies (1993) y Dockery y Reiss (1999)
- Alcock, J. (1993): Animal behaviour:An evolutionary approach. Sinahuer Associates, Sunderland.
- - Nº 15: -  - Barmaimon, Enrique.(2015).Historia Ciencias Cognitivas.3 Tomos: . Tomo I: Filosofía, Psicología, Neuroanatomía Funcional, Neurociencias, Lingüística, Antropología, Inteligencia Artificial;

- LIBROS SOBRE NEUROENDOCRINOLOGÍA- PROF. DR. ENRIQUE BARMAIMON- 4 TOMOS- AÑO 2019.1- TOMO III-

. Tomo II: Cognición, Gestión del Conocimiento, Feromonas, Psiconeurobiología Amor y Sexo, Mente; y

.Tomo III: Anexos Ciencias Cognitivas.

-1ªEd. Virtual, B.V.S. . Montevideo, Uruguay . B.V.S.

- Nº 18: -  - Barmaimon, Enrique.(2016).Libro Historia, Patología, Clínica y Terapéutica Ciencias Cognitivas. 3 Tomos:

. Tomo I: Introducción, Algunos Puntos básicos, Canalopatías, Sistemas Autoinmunes, Enfermedades Autoinmunes;

. Tomo II: Sistema Nervioso, Sistemas de Integración, Test Psicológicos;y

. Tomo III: Patologías, Reserva Cognitiva, Telepatología, Medio Ambiente, Tratamientos, Psicoterapia, Ciberpsicoterapia, Personalidad, Comportamiento, Pensamiento, Sentimiento, Identidad, Sensación, Intuición, Sentimiento, Diagnóstico, Patologías Cognitivas, Patologías Neurológicas, Enzimas, Certeza y Opinión, Inconsciente, Psiconeuroinmunología, Sueño, Memoria, Optimismo, Ansiedad, Posmodernismo.

• -. 1ª Ed. Virtual. Montevideo, Uruguay. B.V.S.- (<http://www.bvssmu.org.uy/>). (libros); (barmaimon).

• Nº 78 a 81:- :-  -Barmaimon, Enrique- LIBROS SOBRE

NEUROENDOCRINOLOGÍA- 4 TOMOS-AÑO 2019- Montevideo, Uruguay-

- TOMO I: Neurotransmisores; Receptor Celular; Neurohormonas; Ejes; S.Endócrino; Hipotálamo; Hipófisis.

- TOMO II: Enfermedad; Morbilidad; Comorbilidad; L.C.R.; Imagen Médica; Psicología Cognitiva; Clasificaciones I..

- TOMO III: Clasificaciones; S. Nervioso; S. Límbico; Motivación; Trastornos Sueño.

- TOMO IV: Sensibilización Central; Dolor; Alodinia; S. R. C.; Estrés; S. Piernas

Inquietas; Sueño; Cansancio; Ansiedad; Depresión; Ejercicio Físico; Técnicas

Relajación; Meditación; Espasmo Muscular; Frío; 81 Libros Publicados; Currícula. - www.bvssmu.org.uy [libros], [barmaimon]).(OR) .(buscar);(Elegir libro entre 81 : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra).

• 6- www.bvssmu.org.uy [libros], [barmaimon]).(OR) .(buscar);(Elegir libro entre 81 : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra).

• -  [Biblioteca Virtual en Salud](#) (BVS)- (S.M.U.)-

• Davies, N.B. (1992): Dunnock Behaviour and social evolution. [Oxford University Press](#), Oxford.

• Shiffmany, Kanuk. Introducción al comportamiento del consumidor

• Dockery, M y Reiss,M. (1999): Behaviour. [Cambridge University Press](#), Cambridge.

• Krebs, J.R. y Davies, N. B. (1993): An introduction to behaviorual ecology. Black-well Scientific Publications, Oxford.

• Ramos, J. (2007) Violencia escolar. Un análisis exploratorio. Programa de doctorado desigualdades e intervención social . Universidad Pablo de Olavide .Sevilla, España.Tercera edición.

- 29.8)- Enlaces Externos.

•  [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=112197546>»

[Categorías:](#)

**- LIBROS SOBRE NEUROENDOCRINOLOGÍA- PROF. DR.
ENRIQUE BARMAIMON- 4 TOMOS- AÑO 2019.1- TOMO III-**

- [Comportamiento](#)
- [Antropología](#)
- [Etología](#)
- Esta página se editó por última vez el 22 noviembre 2018 a las 16:38.

0 0 0 0 0 0 0 0.

- **CAPÍTULO XXX: -30)- TRASTORNOS DEL SUEÑO.**

-De Wikipedia, la enciclopedia libre.

Enfermedad del Sueño	
Clasificación y recursos externos	
Especialidad	Neurología , medicina del sueño y psicología
CIE-10	F51 , G47
CIAP-2	P06
MedlinePlus	000800
MeSH	D012893
Sinónimos	
- desorden del sueño, trastorno del sueño, patología del sueño, trastorno del dormir.	

- Véase: [tripanosomiasis africana](#); [clasificación internacional de los trastornos del sueño](#).

- Los trastornos del sueño o desórdenes del sueño o enfermedades del sueño o trastornos del dormir, según el país hispanohablante de que se trate, son un amplio grupo de padecimientos, que afectan el desarrollo habitual del [ciclo sueño-vigilia](#).

-Algunos trastornos pueden ser muy graves, e interferir con el funcionamiento físico, mental y emocional del individuo.

- ÍNDICE.

- CAPÍTULO XXX: -30)- TRASTORNOS DEL SUEÑO.

- LIBROS SOBRE NEUROENDOCRINOLOGÍA- PROF. DR. ENRIQUE BARMAIMON- 4 TOMOS- AÑO 2019.1- TOMO III-

-30.1)- [Desarrollo de los Trastornos de Sueño.](#)

-30.1.1)- [Somnolencia durante el día.](#)

-30.1.2)- [Otros Trastornos del Sueño.](#)

-30.2)- [Véase También.](#)

-30.3)- [Referencias.](#)

-30.4)- [Bibliografía.](#)

-30.5)- [Enlaces Externos.](#)

-30.1)- Desarrollo de los Trastornos de Sueño.

- Pueden afectar el curso del sueño directamente, o hacerlo de manera secundaria.

-Los trastornos más frecuentes son:

- [Apnea del sueño](#): Donde la persona hace una o más pausas en la respiración o tiene respiraciones superficiales durante el sueño.
- [Enuresis](#): Es cuando la persona se orina en la cama durante el sueño; generalmente le pasa a los niños.
- [Insomnio](#): Es un sueño insuficiente, intranquilo, de mala calidad, o no restaurador.
- [Síndrome de Piernas Inquietas](#): Este es un trastorno en el cual se desea o necesita mover las piernas para interrumpir sensaciones molestas.
- [Parálisis del Sueño](#): Este es un trastorno en el cual se despierta en medio de la fase REM, cuando tu cerebro está activo pero tu cuerpo no, este trastorno te impide mover tu cuerpo a excepción de los ojos, en este se pueden presentar alucinaciones causadas por el miedo.
- [Terrores Nocturnos](#): Este trastorno se caracteriza por el despertar abrupto y aterrizado de la persona.
- [Sonambulismo](#): Las personas caminan o realizan otra actividad estando aún dormidas.
- [Narcolepsia](#): Es cuando la persona sufre un gran sueño durante todo el día, aunque haya dormido sus horas completas la noche anterior. De repente, uno se duerme sin querer a cualquier hora del día.¹

- 30.1.1)- Somnolencia Durante el Día.

- Es la forma más habitual de hipersomnia. Este trastorno se caracteriza por una somnolencia más o menos permanente, en el cual, el paciente se queja de no estar nunca verdaderamente despierto o de estarlo en muy pocas ocasiones.

- Duerme largos períodos durante el día, y, cuando se despierta, se encuentra en un estado de somnolencia aún más evidente, en algunos casos, que antes de dormirse; experimenta este sueño como no reparador. Por la noche, duerme largo tiempo y se despierta tarde y con dificultad. El paciente tiene la impresión de funcionar «con radar»; piensa y habla lentamente. A veces, su conducta resulta inadecuada. También puede sufrir dolor de cabeza o accesos de calor.

- Desafortunadamente, es una enfermedad que si no es detectada a tiempo, puede causar un grave daño en su aspecto social y familiar, ya que su convivencia disminuye, así como su desarrollo escolar y laboral, pues no capta de la misma manera la información.

- 30.1.2)- Otros Trastornos del Sueño.

- LIBROS SOBRE NEUROENDOCRINOLOGÍA- PROF. DR. ENRIQUE BARMAIMON- 4 TOMOS- AÑO 2019.1- TOMO III-

- [Hipersomnia Idiopática](#): Se trata de una alteración en el curso de la cual el paciente, además de dormir durante la noche, duerme de 1 a 4 horas durante el día.
- [Hipersomnia Recurrente](#): Es un trastorno menos frecuente que el anterior. Se caracteriza por episodios de sueño de 18 a 20 horas durante 3 a 10 días, en los cuales el paciente no se levanta ni para comer.
- [Insomnio Idiopático](#): Esta forma de insomnio es bastante infrecuente; puede manifestarse desde el nacimiento. Se debe a un trastorno neurológico del sistema de control vigilia/sueño (hiperactividad del sistema de despertar, hipoactividad del sistema de regulación del sueño).²

- Generalmente los pacientes acuden al médico por tres razones principales:

- incapacidad crónica para dormir adecuadamente durante la noche;
- fatiga crónica;
- una manifestación conductual anormal en el sueño mismo

-En la evaluación y posterior [diagnóstico](#), es importante seguir un registro cuidadoso de la historia del paciente, donde la estimación del paciente, y la de los compañeros de cuarto, es esencial para el diagnóstico.

-Las personas privadas del sueño se vuelven agresivas, y sufren episodios de alucinaciones, olvidos, y delirios.

- 30.2)- Véase También.

- [Disomnia](#)
- [Entrenamiento autógeno](#)
- [Hipersomnia primaria](#)
- [Parasomnia](#)
- [Pesadilla](#)

-30.3)- Referencias.

1. [↑](#) [Voderholzer, Guilleminault; U, C \(2012\). «Sleep disorders». *Handb Clin Neurol* 106: 527-40. PMID 22608642. doi:10.1016/B978-0-444-52002-9.00031-0.](#)
2. [↑](#) [Trastornos del sueño](#)

-30.4)- Bibliografía.

- Chokroverty S. Sleep and its disorders. In: Bradley WG, Daroff RB, Fenichel GM, Jankovic J, eds. *Neurology in Clinical Practice*. 5th ed. Philadelphia, Pa: Butterworth-Heinemann Elsevier; 2008:chap 72.
- Mahowald MW. Disorders of sleep. In: Goldman L, Ausiello D, eds. *Cecil Medicine*. 23rd ed. Philadelphia, Pa: Saunders Elsevier; 2007:chap 429.
- Owens JA. Sleep medicine: In: Kliegman RM, Behrman RE, Jenson HB, Stanton BF, eds. *Nelson Textbook of Pediatrics*. 18th ed. Philadelphia, Pa: Saunders Elsevier; 2007: chap 18.

- LIBROS SOBRE NEUROENDOCRINOLOGÍA- PROF. DR. ENRIQUE BARMAIMON- 4 TOMOS- AÑO 2019.1- TOMO III-

- Neil K. Kaneshiro, MD, MHA, Clinical Assistant Professor of Pediatrics, University of Washington School of Medicine. Also reviewed by David Zieve, MD, MHA, Medical Director, A.D.A.M., Inc.
 - Bayard M, Avonda T, Wadzinski J. Restless legs syndrome. Am Fam Physician. 2008;78(2):235-240.
 - Goldman L, Ausiello D, eds. Cecil Medicine. 23rd ed. Philadelphia, Pa: Saunders Elsevier; 2007.
 - Kushida CA. Clinical presentation, diagnosis, and quality of life issues in restless legs syndrome. Am J Med. 2007;120:S4-S12.
 - Primary Nocturnal Enuresis: Current Concepts by M Cendron, M.D. (American Family Physician 1 de marzo de 1999, [1])
 - Nº 78 a 81:- :-  -Barmaimon, Enrique- LIBROS SOBRE NEUROENDOCRINOLOGÍA- 4 TOMOS-AÑO 2019- Montevideo, Uruguay-
 - TOMO I: Neurotransmisores; Receptor Celular; Neurohormonas; Ejes; S.Endócrino; Hipotálamo; Hipófisis.
 - TOMO II: Enfermedad; Morbilidad; Comorbilidad; L.C.R.; Imagen Médica; Psicología Cognitiva; Clasificaciones I..
 - TOMO III: Clasificaciones; S. Nervioso; S. Límbico; Motivación; Trastornos Sueño.
 - TOMO IV: Sensibilización Central; Dolor; Alodinia; S. R. C.; Estrés; S. Piernas Inquietas; Sueño; Cansancio; Ansiedad; Depresión; Ejercicio Físico; Técnicas Relajación; Meditación; Espasmo Muscular; Frío; 81 Libros Publicados; Currícula. -
 - - www.bvssmu@org.uy [libros], [barmaimon]).(OR) .(buscar);(Elegir libro entre 81 : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra).
 - - www.bvssmu@org.uy [libros], [barmaimon]).(OR) .(buscar);(Elegir libro entre 81 : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra).
 - -  [Biblioteca Virtual en Salud](#) (BVS)- (S.M.U.)-
- 30.5)- Enlaces Externos.
- [Los trastornos del sueño \(ensayo médico\)](#)
 - [Apnea del sueño](#)
 - [Enuresis](#)
 - [Insomnio](#)
 - [Síndrome de las piernas inquietas](#)
 - [Terror nocturno](#)
 - [Sonambulismo](#)

Obtenido de

«[https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Trastorno del sueño&oldid=112159196](https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Trastorno del sue%C3%B1o&oldid=112159196)»

Categoría:

- [Trastornos del sueño](#)

Categoría oculta:

- Esta página se editó por última vez el 20 noviembre 2018 a las 20:50.

0 0 0 0 0 0 0 0.

- CAPÍTULO XXXI: 31)- SENSIBILIZACIÓN CENTRAL

-De Wikipedia, la enciclopedia libre

- La sensibilización central, es un proceso patológico que afecta al sistema nervioso central que consiste en un descenso del umbral de dolor, y una percepción alterada de estímulos normalmente no dolorosos.

- Consiste en un estado de hiperexcitabilidad neuronal ante un estímulo periférico, de tal forma que hay una respuesta dolorosa exagerada en intensidad y duración : hiperalgesia; así como la percepción de dolor ante estímulos normalmente no dolorosos : alodinia.

- Finalmente, estas sensaciones amplificadas, pueden expresarse como las artralgias y mialgias de la Fibromialgia, o bien cefaleas, o malestar abdominal y pélvico, y muchas otras manifestaciones para las cuales, en principio, no se encuentra una causa médica explicable.[1][2][3] .

- Este proceso es un elemento común de varias enfermedades caracterizadas por el dolor crónico, tales como la Fibromialgia, el Síndrome de Dolor miofascial, el Síndrome de Vejiga Irritable, el Síndrome de Fatiga Crónica, el Síndrome del Intestino Irritable, dolores de cabeza (Cefalea Tensional y Migraña), el Síndrome de Piernas Inquietas, algunos trastornos de la articulación temporomandibular, el Síndrome de Dolor Regional Complejo, la Cistitis Intersticial, la Sensibilidad Química Múltiple, el trastorno por estrés postraumático, el Síndrome de la Guerra del Golfo y la vulvodinia. entre muchas otras patologías o síndromes con los que puede sobreponerse.[2] .

-ÍNDICE.

- CAPÍTULO XXXI: 31)- SENSIBILIZACIÓN CENTRAL .

-31.1)- Fisiología del Dolor

-31.2)- Manifestaciones Clínicas.

-31.3)- Véase También.

-31.4)- Referencias

-31.1)- Fisiología del Dolor.

:- Dolor

- La percepción del dolor, comienza con el estímulo de una variedad de nociceptores periféricos, tanto somáticos como viscerales. El impulso doloroso viaja a través de fibras A-delta y fibras C, hasta las neuronas nociceptivas y de rango dinámico amplio, ubicadas en el asta posterior de la médula espinal.

- Las fibras A-beta llevan impulsos no nociceptivos que convergen con los nociceptivos a nivel de las neuronas de rango dinámico amplio.

-El estímulo doloroso transmitido por las fibras A-delta, conocido como "primer dolor", es agudo y bien localizado; mientras que el dolor transmitido por las fibras C, conocido como "segundo dolor", es apagado, difuso y quemante. Estas últimas, (fibras C), son las involucradas en el dolor crónico.

- LIBROS SOBRE NEUROENDOCRINOLOGÍA- PROF. DR. ENRIQUE BARMAIMON- 4 TOMOS- AÑO 2019.1- TOMO III-

- Las neuronas de rango dinámico amplio responden a una amplia gama de estímulos de diferente intensidad tanto dolorosos como no dolorosos : por ejemplo, un roce en la piel .
 - De esta forma estas neuronas integran estímulos no nociceptivos provenientes de fibras A-beta, como nociceptivos transmitidos por fibras A-delta y C.
 - Debido a esta convergencia las fibras A-beta, próximas a las neuronas nociceptivas en el área de las neuronas de rango dinámico amplio, convierten su estímulo en nociceptivo, de tal forma que un estímulo normalmente no doloroso, tal como una presión suave, es percibido como doloroso; este fenómeno se denomina Alodinia.
 - Luego, las fibras postsinápticas de la médula espinal, ascienden al tálamo, hipotálamo, al sistema límbico, y finalmente a la corteza somatosensorial.
 - Estas estructuras están involucradas en las diversas dimensiones del dolor: sensorial, evaluativo y afectivo.
 - Las fibras C activadas liberan varios neurotransmisores y neuromoduladores, en los terminales aferentes en el asta posterior; hiperexcitando las neuronas postsinápticas: principalmente en Lámina I y Lámina II.
 - Las sustancias como la sustancia P, el ácido glutámico y el factor de crecimiento nervioso, activan diversos receptores, tales como: NK 1, NMDA, AMPA, receptor de glutamato metabotrópico, y receptor tirosina quinasa.
 - La sustancia P tiene una importancia particular en la generación de la sensibilización central, ya que activa receptores silentes de la sinapsis, que contribuyen a una mayor excitabilidad de la segunda neurona; además, difunde alguna distancia, estimulando otras neuronas más allá de su origen, contribuyendo a la expansión anatómica del área de dolor.
 - La liberación de la sustancia P y otros neuroquímicos, como el factor de crecimiento neuronal y el glutamato en la sinapsis, producen hiperexcitabilidad sináptica, lo cual libera el bloqueo de magnesio de los canales del receptor NMDA; permitiendo al glutamato activar estos receptores en la neurona postganglionar.
 - El óxido nítrico también se relaciona con la activación de los receptores NMDA, el cual es vital para la neurotransmisión. La activación del receptor NMDA es seguido por una entrada de calcio al espacio intracelular, cambios en la membrana, y activación de proteína quinasas, fosfolipasas, y la óxido nítrico sintetasa, así como la expresión de C-Fos, todo lo cual contribuye a la sensibilización central.
 - Los receptores NMDA parecen ser mayoritariamente responsables de la escalada de hiperexcitabilidad de las neuronas de segundo orden.
 - La neuroplasticidad derivada de estos cambios funcionales, lleva a una amplificación del estímulo periférico, de tal forma que un estímulo normalmente inocuo, tal como un toque, es percibido como doloroso.[4] .

 - El progresivo aumento en la percepción del dolor : wind-up, por estímulo repetitivo sobre las fibras C, se conoce como "sumación temporal", y ocurre en paralelo con la sensibilización central.
 - La sumación temporal produce un "segundo dolor" de tipo cansado o quemante, dejando una sensación desagradable posterior al estímulo.
 - Se estima que la sumación está mediada por los receptores NMDA, y que puede ser inhibida con bloqueadores de dicho receptor, por ejemplo, con ketamina.
- 31.2)- Manifestaciones Clínicas.**
- Clínicamente la sensibilización central se evidencia clínica y patofisiológicamente, por hiperalgesia, alodinia, expansión del área de recepción, descarga electrofisiológica prolongada, dolor prolongado no característico postestímulo : quemazón, pulsátil, y parestesia.

- LIBROS SOBRE NEUROENDOCRINOLOGÍA- PROF. DR. ENRIQUE BARMAIMON- 4 TOMOS- AÑO 2019.1- TOMO III-

-Debido a la extensa hiperexcitación de las neuronas centrales, la sensibilización central puede explicar la hipersensibilidad a estímulos de distinta naturaleza, ya sea del ambiente: ruido, temperatura, estrés; o químicos : pesticidas, medicamentos.

- La sensibilización central se mantiene en el tiempo, sin necesidad de nuevos estímulos, debido a la neuroplasticidad de largo plazo del sistema nervioso central.

- Aparte de estos mecanismos de respuesta neuronal aumentada, la activación de las células gliales, también parece jugar un rol importante en la patogenia de la Fibromialgia.

- Estas células ayudan a modular la transmisión del dolor, por la médula espinal: activadas por el estímulo doloroso, liberan citoquinas proinflamatorias, óxido nítrico, prostaglandinas y especies de oxígeno reactivo,, que estimulan y prolongan la hiperexcitabilidad medular.[5].

-La sensibilización central está restringida por los mecanismos intrínsecos de inhibición del dolor. Están mediados por vías descendentes, desde: el sistema córtico reticular, locus cerúleo, hipotálamo, tronco cerebral, e interneuronas de la médula espinal, utilizando neurotransmisores, como: la serotonina, la norepinefrina, el ácido gamma aminobutírico, las encefalinas, y la adenosina.

- Las vías ascendentes y descendentes no son dicotómicas. Ambas pueden acentuar o inhibir, el desarrollo de la sensibilización central.

- El componente afectivo del dolor, esto es la oposición al placer, y la reacción emocional, están mediados por vías espinales hacia estructuras límbicas, los núcleos talámicos medios, la ínsula, la corteza cingulada anterior, y las áreas corticales somatosensoriales.

-31.3)- Véase También.

-Fibromialgia.

-Síndrome de Fatiga Crónica.

-31.4)- Referencias.

↑ Ingraham, Paul (febrero de 2017).. «Pain itself can change how pain works, resulting in more pain with less provocation...El dolor por sí mismo puede cambiar como el dolor actúa, resultando más dolor con menos provocación».

↑ Saltar a: a b Fleming, Kevin C.; Volcheck, Mary M. (abril de 2015). «Central Sensitization Syndrome and the Initial Evaluation of a Patient with Fibromyalgia: A Review» [Síndrome de sensibilización central y la evaluación inicial del paciente con fibromialgia: una revisión]. *Rambam Maimonides Med J (en inglés) (Rambam Health Care Campus)* 6 (2): e0020. PMID 25973272. doi:10.5041/RMMJ.10204.

↑ Woolf, Clifford J. (maro de 2011). «Central sensitization: Implications for the diagnosis and treatment of pain» [Sensibilización central: implicancias para el diagnóstico y tratamiento del dolor]. *Pain (en inglés)* 152 (Supl 3): S2-15. PMID 20961685. doi:10.1016/j.pain.2010.09.030.

↑ Yunus, Muhammad B (junio de 2007). «Fibromyalgia and Overlapping Disorders: The Unifying Concept of Central Sensitivity Syndromes» [Fibromialgia y trastornos superpuestos: El concepto unificador de síndromes de sensibilización central]. *Semin Arthritis Rheum (en inglés) (Elsevier)* 36 (6): 339-56. PMID 17350675. doi:10.1016/j.semarthrit.2006.12.009. Archivado desde el original el 2 de diciembre de 2013.

- LIBROS SOBRE NEUROENDOCRINOLOGÍA- PROF. DR. ENRIQUE BARMAIMON- 4 TOMOS- AÑO 2019.1- TOMO III-

↑ Bellato, Enrico; Marini, Eleonora; Castoldi, Filippo; Barbasetti, Nicola; Mattei, Lorenzo; Bonasia, Davide Edoardo; Blonna, Davide. «Fibromyalgia Syndrome: Etiology, Pathogenesis, Diagnosis, and Treatment» [Síndrome de fibromialgia: Etiología, patogenia, diagnóstico y tratamiento]. Pain Res Treat (en inglés) (Italia: Hindawi Publishing Corporation) 2012 (426130). PMID 23213512. doi:10.1155/2012/426130.

Obtenido de

«https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Sensibilización_central&oldid=107742122»

Categoría: Neurología.

- Esta página se editó por última vez el 12 noviembre 2018 a las 13:41.

0 0 0 0 0 0 0 0.

- LIBROS SOBRE NEUROENDOCRINOLOGÍA- PROF. DR. ENRIQUE BARMAIMON- 4 TOMOS- AÑO 2019.1- TOMO III-

- ÍNDICE.
- CAPÍTULO XXXII : -32)- DOLOR.
- 32.1)- Historia.
- 32.2)- Fisiopatología.
- 32.2.1)- Componentes.
- 32.3)- Mecanismos Moleculares de la Nocicepción.
- 32.3.1)- Tipos de Fibras Nerviosas.
- 32.3.2)- Fenómeno de los Dos Dolores.
- 32.3.3)- Proteínas Nociceptivas.
- 32.3.4)- Neurotransmisores de los Nociceptores.
- 32.3.4.1)- Glutamato.
- 32.3.4.2)- Neuropeptidos.
- 32.3.5)- Bioquímica de la Nocicepción.
- 32.3.6)- Alodinia e Hiperalgnesia.
- 32.3.6.1)- Sensibilización Periférica.
- 32.3.6.2)- Sensibilización Central.
- 32.4)- Vías del Dolor y Elaboración de la Sensación Dolorosa.
- 32.4.1)- Asta Posterior de la Médula Espinal y Su Organización.
- 32.4.2)- Vías Espinales del Dolor.
- 32.4.2.1)- El Tracto Espinotalámico (STT).
- 32.4.2.2)- Los haces SPA y SPH.
- 32.4.3)- Integración de los Aspectos Sensorial y Afectivo del Dolor.
- 32.5)- Características del Dolor.
- 32.6)- Factores Que Modulan el Dolor.
- 32.7)- Clasificación del Dolor.
- 32.7.1)- Según el Tiempo de Evolución.
- 32.7.2)- Según la Etiología del Dolor.
- 32.7.3)- Según la Localización del Dolor.
- 32.8)- Tratamiento.
- 32.8.1)- Anestesia.
- 32.8.2)- Analgesia.
- 32.8.3)- Tratamientos Alternativos.
- 32.8.3.1)- Tratamiento del Dolor con Magnetismo.
- 32.9)- Otras definiciones de Dolor.
- 32.9.1)- Dolor y Placer.
- 32.9.2)- Dolor Fetal.
- 32.10)- Véase También.
- 32.11)- Referencias.
- 32.12)- Enlaces Externos.

- 32.1)- Historia.

- Hasta los griegos presocráticos del siglo VI a. C., las enfermedades y sus tratamientos no se concebían en términos naturales y racionales. Varios siglos de medicina científica, se reúnen en los casi 70 libros del Corpus Hippocraticum.

- A lo largo de los siglos los médicos se han enfrentado al dolor, con grandes dosis de literatura y superstición, pero a partir del siglo XIX, se obtiene información científica mediante el estudio de la fisiopatología.

-En el siglo XX, se crean especialidades como Anestesiología y la Reanimación.

- LIBROS SOBRE NEUROENDOCRINOLOGÍA- PROF. DR. ENRIQUE BARMAIMON- 4 TOMOS- AÑO 2019.1- TOMO III-

-32.2)- Fisiopatología.

- La función fisiológica del dolor es señalar al sistema nervioso, que una zona del organismo está expuesta a una situación, que puede provocar una lesión. Esta señal de alarma, desencadena una serie de mecanismos, cuyo objetivo es evitar o limitar los daños y hacer frente al estrés.

- Para ello, el organismo dispone de los siguientes elementos:

- Detectores de la señal nociva: depende de la existencia de neuronas especializadas en la recepción del dolor, denominadas nociceptores.

- Mecanismos ultrarrápidos de protección (reflejos): que son reacciones rápidas, generadas a nivel de la médula espinal, que pueden tener como efecto una reacción de retirada : por ejemplo, cuando se retira la mano rápidamente al tocar una superficie ardiente; una contractura de la musculatura que bloquea la articulación si se ha producido una lesión articular : que es el caso del lumbago después de la lesión de un disco intervertebral, tras un movimiento en falso

- Mecanismos de alerta general : estrés, por activación de los centros de alerta presentes en el tronco cerebral; ello se traduce en un aumento de la vigilancia y de las respuestas cardiovasculares, respiratorias y hormonales ,que preparan al organismo a hacer frente a la amenaza : mediante la huida o la lucha.

- Mecanismos de localización consciente e inconsciente de la lesión, a nivel del cerebro; donde la localización es precisa si la lesión se produce en la piel, y difusa o incluso deslocalizada, si la lesión afecta un tejido profundo o en el caso de un dolor visceral.

- Mecanismos comportamentales para hacer frente a la agresión: debido a la activación de centros especializados en el cerebro, aumenta la agresividad, y pueden producirse manifestaciones de cólera; estas pulsiones tienen como objetivo movilizar la atención del sujeto, e iniciar los comportamientos de huida o lucha, para preservar la integridad corporal.

- Mecanismos de analgesia endógenos: en ciertas circunstancias estos mecanismos permiten hacer frente a la amenaza, a pesar de que se hayan sufrido graves heridas.

- La participación tanto de fenómenos psicológicos (subjetivos) como físicos o biológicos (objetivos), en el dolor varía según el tipo de dolor y el individuo que lo manifiesta.

- Existen muchos estudios que tratan de establecer dicha interrelación y explicar la vivencia dolorosa.

-32.2.1)- Componentes.

- El dolor, sobre todo el dolor crónico, es una experiencia subjetiva pluridimensional, y es distinguido por los siguientes componentes:

- El componente sensorial-discriminativo que corresponde a los mecanismos neurofisiológicos de la nocicepción., que detectan el estímulo, su naturaleza : quemaduras, descargas eléctricas, torsión, etc., su duración, su evolución, su intensidad, y el análisis de sus características espaciales.

- El componente afectivo que expresa la connotación desagradable, dolorosa, relacionada con la percepción del dolor. Según la neurofilósofa Magali Fernández-Salazar, la representación mental del dolor crónico : estados mentales aversivos causados por las emociones provocadas por el sufrimiento,, posee un valor negativo capaz de transformar los circuitos neuronales.[2] .

- El componente cognitivo se refiere a todos los procesos mentales, que acompañan y dan sentido a la percepción, mediante la adaptación de las respuestas de comportamiento tales como los procesos de atención, la anticipación y la desviación, interpretaciones y valores atribuidos al dolor, así como el lenguaje y el conocimiento sobre el dolor (semántica), y los

- LIBROS SOBRE NEUROENDOCRINOLOGÍA- PROF. DR. ENRIQUE BARMAIMON- 4 TOMOS- AÑO 2019.1- TOMO III-

fenómenos de la memoria de experiencias pasadas dolorosas personales (memoria episódica), que darán la decisión sobre el comportamiento apropiado.

- En 1956, el anestesiista Henry Beecher, demostró la importancia del significado que se le da a la enfermedad, en niveles de dolor. Mediante diversos estudios se compararon dos grupos de heridos, soldados y civiles, que tenían lesiones idénticas en apariencia; donde se observó que los soldados exigieron menos analgésicos. Lo que muestra que el traumatismo y su contexto, tienen significados muy diferentes: positivos en los militares, que representa el final del combate, estar a salvo, la buena reputación en el medio social, etc.; en comparación con los resultados negativos que presentaron los civiles: representación de la pérdida del empleo, pérdida financiera, desintegración social, etc..

- 32.3)- Mecanismos Moleculares de la Nocicepción.

- Nociceptores: Los nociceptores son terminaciones nerviosas libres de neuronas sensitivas primarias, cuyos cuerpos neuronales se encuentran en los ganglios raquídeos.[3]. Esto quiere decir, que los nociceptores no están rodeados de estructuras especiales, como es el caso de otros receptores sensoriales de la piel, como los corpúsculos de Pacini, que detectan las vibraciones, o los discos de Merkel, que detectan la presión.

-Clasificación: Hay tres grandes clases de nociceptores: térmicos, mecánicos y polimodales. Todos ellos tienen en común la existencia de umbrales de excitación elevados, en comparación con los receptores del tacto y de la temperatura normales. Esto implica que normalmente no se activan en ausencia de estimulaciones nocivas.

.Dado que se trata de terminaciones nerviosas sin estructuras especiales, el término nociceptor, se refiere tanto a la fibra nerviosa aferente como a su receptor. Los nociceptores se encuentran en muchos tejidos corporales como: la piel, vísceras, vasos sanguíneos, músculo, fascias, tejido conectivo, periostio y meninges.

.Los demás tejidos corporales apenas cuentan con terminaciones nociceptivas. Estos receptores transmiten la información a través de fibras nerviosas, que son clasificadas dependiendo de su diámetro y grado de mielinización en fibras A y C.

-32.3.1)- Tipos de Fibras Nerviosas.

- Fibras A: Las fibras A se subdividen en los tipos alfa, beta, gamma y delta.

.De estos subtipos, las fibras A delta son las que conducen los impulsos nociceptivos. Son fibras de pequeño diámetro y mielinizadas que conducen impulsos nerviosos relativamente rápidos variando de 5 a 50 metros por segundo. Algunas de ellas responden a la estimulación química o térmica en forma proporcional con el grado de lesión tisular; otras, sin embargo, se activan principalmente por estimulación mecánica, como presión, lo que evidencia que se localizan en el lugar de la lesión.

.Algunas fibras A delta pueden tener respuestas polimodales y comenzar a excitarse después de que se haya alcanzado un umbral alto de excitación tras la producción del daño tisular.

-Fibras C Son fibras nerviosas de conducción lenta, inferior a la rapidez de conducción de las fibras A delta. Son estructuras no mielinizadas o amielínicas, que responden a estímulos térmicos, mecánicos y químicos, y son llamadas nociceptores-C polimodales. Se calcula que existen alrededor de 200 fibras tipo C por centímetro cuadrado de piel.

- 32.3.2)- Fenómeno de los Dos Dolores.

-Los nociceptores térmicos, mecánicos y polimodales están distribuidos por la piel y los tejidos profundos, y normalmente se activan de manera simultánea. Por esta razón, cuando recibimos un estímulo nociceptivo (por ejemplo, al golpear nos un pie), recibimos primero un

- LIBROS SOBRE NEUROENDOCRINOLOGÍA- PROF. DR. ENRIQUE BARMAIMON- 4 TOMOS- AÑO 2019.1- TOMO III-

dolor agudo, seguido después de una pausa por un segundo dolor más persistente, intenso y sordo. El primer dolor se transmite por las fibras A-delta y el segundo por las fibras C.

- 32.3.3)- Proteínas Nociceptivas.

- La señal nociceptiva debe transformarse en una señal eléctrica para que pueda ser interpretada por el cerebro. Este proceso de transformación se denomina "transducción". La transducción de la señal nociceptiva está ligada a la activación (en la membrana de las terminaciones nerviosas de los nociceptores) de proteínas que conducen a la apertura de canales iónicos. Cuando estos canales iónicos se abren, se produce una despolarización de la membrana, que conlleva la generación de potenciales de acción que se propagan, a través del axón del nociceptor, hacia el sistema nervioso central. En conjunto, los nociceptores deben ser capaces de detectar diferentes tipos de estímulos nocivos, sobre todo químicos, físicos y térmicos, y deben estar equipados de mecanismos de transducción diferentes para cada categoría de estímulo nocivo.

-La primera proteína identificada de transducción nociceptiva es el receptor para los vanilloides, como la capsaicina, el agente activo de los pimientos picantes y responsable de la sensación de ardor que se siente en la boca cuando se consumen comidas muy picantes.

- Este receptor se identificó en neuronas en cultivo obtenidas a partir de ganglios raquídeos disociados. Las neuronas medianas y pequeñas responden a la capsaicina, al calor o al pH ácido (iones H⁺).[4] Esta respuesta es una despolarización debida a la entrada de cationes en la célula. A partir de neuronas C y A-delta, se ha podido clonar el gen responsable de la proteína que responde a la capsaicina, el receptor a los vanilloides 1 (denominado originalmente VR1 y luego TRPV1, "Transient Receptor Potential for Vanilloids - 1").[5]

-En ratones que carecen de las dos copias del gen TRPV1 (ratones knock-out TRPV1 -/-) las neuronas ganglionares en cultivo no responden a 45 °C.[6] Los ratones TRPV1-/- tienen 3 veces menos de fibras C sensibles al calor. Por tanto, el receptor TRPV1 no es el único receptor al calor moderado, pero es el responsable de la mayor parte de las respuestas a este tipo de estímulos.

-Esto ha llevado al descubrimiento de otros canales iónicos pertenecientes a la superfamilia TRP, relacionados con la nocicepción, como el TRPM8 o el TRPA1. El TRPM8 relacionado con la sensación de frío inocuo y nocivo, así como la sensación refrescante del mentol y el eucaliptol.[7][8] .

- Por otra parte, el TRPA1 ha sido relacionado con la mecano-nocicepción, la sensación de frío doloroso y dolor por agentes irritantes como el aceite de mostaza, el cinemaldehído o la nicotina.[9][10].

- 32.3.4)- Neurotransmisores de los Nociceptores.

La transmisión sináptica entre los nociceptores periféricos y las neuronas del asta dorsal de la médula se realiza mediante neurotransmisores liberados por las terminaciones centrales de los nociceptores. Estos neurotransmisores son de dos tipos: glutamato y neuropéptidos.

-32.3.4.1- Glutamato.

- El neurotransmisor principal de las fibras sensoriales aferentes a nivel de la médula, tanto para los nociceptores como para las neuronas no nociceptoras, es el glutamato. El glutamato es un aminoácido que produce potenciales sinápticos rápidos en las neuronas del asta dorsal, y actúa sobre receptores para el glutamato de tipo AMPA (siglas en inglés del ácido

- LIBROS SOBRE NEUROENDOCRINOLOGÍA- PROF. DR. ENRIQUE BARMAIMON- 4 TOMOS- AÑO 2019.1- TOMO III-

alfa-amino-3-hidroxi-5-metil-4-isoxazol propiónico), permeables a los iones Na⁺. En determinadas circunstancias, la repetición de estímulos dolorosos próximos despolariza la neurona del asta dorsal, por adición de potenciales sinápticos excitatorios. Si la despolarización es suficiente, se activa un segundo receptor para el glutamato: el receptor NMDA (N-metil-D-aspartato) presente en las neuronas de la lámina I. Este receptor sólo se activa (se hace permeable a los iones Ca²⁺) si la despolarización es suficiente. La entrada de calcio en la célula hace que los receptores AMPA sean más eficaces; como consecuencia, los potenciales sinápticos excitatorios (despolarizantes) son mayores y el dolor aumenta. Este mecanismo de activación de los receptores NMDA explica una parte de los fenómenos de sensibilización central: si se bloquean estos receptores, el fenómeno desaparece.

-32.3.4.2)- Neuropéptidos.

-Las aferencias nociceptivas primarias que se activan debido a la presencia de lesiones tisulares o estimulaciones excesivas de los nervios periféricos inician también potenciales sinápticos más lentos en las neuronas del asta dorsal, que se deben a la liberación de neuropéptidos, de los cuales los más conocidos son la sustancia P y el CGRP.

-Aunque el glutamato y los neuropéptidos se liberan simultáneamente, tienen efectos diferentes sobre las neuronas post-sinápticas: los neuropéptidos amplifican y prolongan el efecto del glutamato. Además, el glutamato tiene un radio de acción limitado a la sinapsis en la cual se libera, debido a que existen mecanismos de recaptura muy eficaces y rápidos, tanto en las terminaciones nerviosas como en las células gliales. Sin embargo, no existen mecanismos de recaptura para los neuropéptidos, que pueden difundirse y ejercer su efecto a distancia. Parece ser que este hecho, combinado con un incremento en la tasa de liberación de neuropéptidos, contribuye al aumento de la excitabilidad del asta dorsal de la médula y a la localización difusa del dolor en muchas situaciones clínicas.

- 32.3.5)- Bioquímica de la Nocicepción.

- Cuando se produce una lesión o traumatismo directo sobre un tejido por estímulos mecánicos, térmicos o químicos se produce daño celular, desencadenándose una serie de sucesos que producen liberación de potasio, síntesis de bradiquinina del plasma, y síntesis de prostaglandinas en la región del tejido dañado, que a la vez aumentan la sensibilidad del terminal a la bradiquinina y otras sustancias productoras del dolor o algógenas.

Tabla 1. Principales sustancias algógenas

Sustancia	Fuente	Enzima implicada	Inducción de dolor
Potasio	células dañadas	---	++
Serotonina	trombocitos	triptófano hidroxilasa	++
Bradiquinina	cininógeno (plasma)	calicreína	+++
Histamina	mastocitos	---	+

- LIBROS SOBRE NEUROENDOCRINOLOGÍA- PROF. DR. ENRIQUE BARMAIMON- 4 TOMOS- AÑO 2019.1- TOMO III-

ATP	células dañadas	---	+
H+	células dañadas / células inflamatorias	---	+/- potencia
Prostaglandinas	ácido araquidónico (células dañadas)	ciclooxigenasa	+/- potencia
Leucotrienos	ácido araquidónico (células dañadas)	5-lipooxigenasa	+/- potencia
Sustancia P	terminaciones libres de aferencias primarias	---	+/- potencia
CGRP	terminaciones libres de aferencias primarias	---	+/- potencia

- Las sustancias algógenas inducen la activación de los terminales nociceptivos aferentes, produciendo potenciales de acción que se propagan hacia el sistema nervioso central (SNC) a través de la médula espinal. Estos potenciales de acción se transmiten en sentido inverso (de manera antidrómica) e invaden además otras ramas nerviosas colaterales donde estimulan la liberación de neuropéptidos, como la sustancia P, que está asociada con aumento en la permeabilidad vascular y ocasiona una liberación marcada de bradiquinina, con un aumento en la producción de histamina desde los mastocitos y de la serotonina desde las plaquetas.

- Tanto la histamina como de serotonina son potentes activadores de los nociceptores.

- La liberación de histamina combinada con liberación de sustancia P aumenta la permeabilidad vascular, generando edema (inflamación) y rojez en la zona afectada. El aumento local de histamina y serotonina, por la vía de activación de nociceptores ocasiona un incremento de la sustancia P que autoperpetúa el estímulo doloroso.

- Los niveles de histamina y serotonina aumentan en el espacio extracelular, sensibilizando secundariamente a otros nociceptores y es lo que produce la hiperalgesia.

-32. 3.6)- Alodinia e Hiperalgesia.

- Se trata de dos fenómenos que resultan como consecuencia de un proceso de sensibilización, la cual puede ser a nivel periférico o a nivel central, inducido por una lesión. Ambos se caracterizan por la disminución del umbral de activación de los nociceptores.

-: Alodinia: La alodinia consiste en que estímulos que en condiciones normales no son nocivos son capaces de generar dolor. Por otra parte, la hiperalgesia consiste en que estímulos normalmente nocivos son percibidos de manera exacerbada.

- 32.3.6.1)- Sensibilización Periférica.

- Se produce cuando una estimulación normalmente no nociva en la piel produce una sensación de dolor, o cuando estímulos dolorosos se perciben con más intensidad de lo normal. El ejemplo típico es el dolor anormal que se siente en la piel en contacto con la ropa después de una quemadura solar.

- Se puede distinguir entre:

-Alodinia o Hiperalgesia primaria, que se observa en el territorio dañado;

-Alodinia o Hiperalgesia secundaria: en este caso la sensibilización se observa también en los territorios cutáneos vecinos que no han estado directamente implicados en la lesión; en este

- LIBROS SOBRE NEUROENDOCRINOLOGÍA- PROF. DR. ENRIQUE BARMAIMON- 4 TOMOS- AÑO 2019.1- TOMO III-

caso sólo los estímulos táctiles desencadenan dolor, pero no los térmicos, lo que sugiere un mecanismo diferente entre la hiperalgesia primaria y secundaria.

-La sensibilización de los nociceptores después de una lesión o un proceso inflamatorio (como una quemadura solar) se debe a la presencia de agentes químicos, los algógenos, liberados por los tejidos dañados y por la inflamación.

- Las sustancias algógenas despolarizan los nociceptores, bien directamente (K⁺), bien activando los receptores de membrana de los nociceptores (por ejemplo, histamina, serotonina, sustancia P, bradiquinina, ATP).

- La liberación de sustancias algógenas en un tejido dañado y su difusión por el tejido explica que un dolor pueda persistir largo tiempo después de que haya desaparecido el estímulo nocivo, y que el dolor pueda extenderse a zonas cutáneas sanas que rodean al tejido inicialmente dañado, acompañado de un edema en la región dañada y de un eritema alrededor de la lesión.

-32.3.6.2)- Sensibilización Central.

- En las lesiones severas o persistentes, las fibras C descargan de manera continua y la respuesta de las neuronas nociceptoras del asta dorsal de la médula aumenta progresivamente con el tiempo . Este fenómeno se denomina wind-up o "de dar cuerda", que también puede ser producido por la "potenciación a largo plazo" de estímulos pequeños, de corta duración pero mantenidos en el tiempo. Esto es consecuencia de un cambio en la eficacia de las sinapsis glutamatérgicas (Ver sección glutamato) entre los axones de los nociceptores periféricos y las neuronas del asta dorsal.

- 32.4)- Vías del Dolor y Elaboración de la Sensación Dolorosa.

-El dolor es un fenómeno complejo, que implica no sólo la detección de las señales nocivas, sino que incluye también aspectos cognitivos y emocionales.[11] .

-32.4.1)- Asta Posterior de la Médula Espinal y Su Organización.

- Es el lugar en donde se encuentra el complejo inhibitor del dolor, en el que intervienen encefalinas y serotonina. Los axones aferentes de las neuronas nociceptoras hacen sinapsis preferentemente en esta área de la médula, que se subdivide en seis capas diferenciadas: las láminas de Rexed I a VI. Los distintos tipos de nociceptores, con sensibilidades diferentes, hacen sinapsis en láminas distintas.

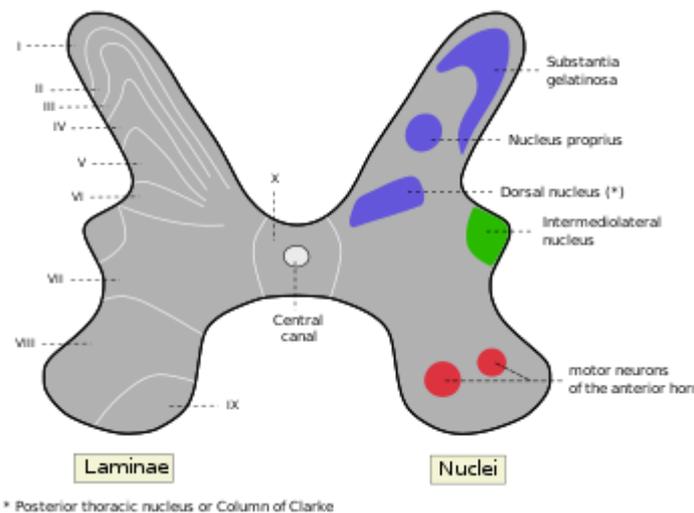
Tabla 2. Láminas del asta dorsal de la médula y sus funciones:

Lámina	Input	Neurona	Vía de proyección	Función
I	nociceptores C y A δ	nociceptoras específicas	SPA, SPH, STT (VPM)	dolor
II	nociceptores C y A δ + receptores no nocivos	interneuronas excitatorias e inhibitorias	---	modulación de la transmisión de las señales aferentes
III + IV	receptores no nocivos A β	neuronas con pequeños campos	STT	tacto grosero

- LIBROS SOBRE NEUROENDOCRINOLOGÍA- PROF. DR. ENRIQUE BARMAIMON- 4 TOMOS- AÑO 2019.1- TOMO III-

receptores				
V	nociceptores C y A δ / receptores no nocivos A β + A δ	WDR (wide dynamic range)	STT (VPL)	dolor, tacto grosero, temperatura no nociva

- Nota: STT = haz espinotalámico (spino thalamic tract), también denominado vía anterolateral, SPA = haz espinoparabraquial amigdalino, SPH = haz espinoparabraquial hipotalámico, VPM = núcleo ventral posteromedial del tálamo, VPL = núcleo ventral posterolateral del tálamo .



-Médula espinal - Sustancia gris.

- Las láminas I (la zona marginal) y II (la sustancia gelatinosa): reciben los axones aferentes de los nociceptores periféricos, sobre todo fibras C y A δ . La mayor parte de las neuronas de la lámina I reciben sólo estímulos nocivos, por lo que se denominan "nociceptores específicos", y se proyectan después sobre los centros superiores del SNC. Sin embargo, las neuronas de amplia gama dinámica (WDR, por wide dynamic range) responden de manera progresiva, primero a estímulos no nocivos de baja intensidad, que se convierten en nocivos cuando la intensidad aumenta. La lámina II contiene casi exclusivamente interneuronas reguladoras, que modulan la intensidad de los estímulos tanto nocivos como no nocivos, y funcionan como filtros de las señales que pasan de la periferia al cerebro.

- Las láminas III y IV (el núcleo propio de la antigua terminología): reciben axones aferentes de receptores no nocivos A β . Estas neuronas reciben por tanto estímulos no nocivos de la periferia, y tienen campos receptivos pequeños, organizados de forma topográfica.

- La lámina V: contiene fundamentalmente neuronas WDR que proyectan hacia el tronco cerebral y ciertas regiones del tálamo. Reciben fibras de tipo C, A δ y A β , en muchos casos procedentes de estructuras viscerales. Puesto que en la lámina V convergen aferencias somáticas y viscerales, ello podría explicar el fenómeno del dolor referido, una situación frecuente en clínica, en la que el dolor asociado a una lesión en una víscera se detecta de manera reproducible de un individuo a otro en una zona de la superficie corporal. Así por ejemplo, el 25% de los pacientes con infarto de miocardio, además de los dolores por detrás del esternón y en el alto del abdomen, sienten un dolor referido en la zona de inervación del nervio cubital del brazo izquierdo.

- La lámina VI (el núcleo dorsal) está implicada en la propiocepción inconsciente.

- LIBROS SOBRE NEUROENDOCRINOLOGÍA- PROF. DR. ENRIQUE BARMAIMON- 4 TOMOS- AÑO 2019.1- TOMO III-

- 32.4.2)- Vías Espinales del Dolor.



Reproducir contenido multimedia

-Transmisión del reflejo del dolor

-Las principales vías implicadas en la transmisión del dolor son:

.La vía que comunica la médula espinal con la corteza cerebral: el haz o tracto espinotalámico (STT) o vía anterolateral, implicada respuesta a una sensación dolorosa; contiene axones procedentes de los siguientes tipos de neuronas (véase la tabla 2):

75 % neuronas nociceptivas de amplia gama dinámica (WDR) de la lámina V

25 % neuronas nociceptivas específicas de la lámina I

.Neuronas no nociceptivas A β y A δ

.Los haces espinoparabraquial amigdalino (SPA) y espinoparabraquial hipotalámico (SPH), relacionados con las reacciones subcorticales al dolor (sin intervención de la corteza cerebral); ambos haces están constituidos casi exclusivamente por axones provenientes de nociceptores específicos de la lámina I.

- 32.4.2.1)- El Tracto Espinotalámico (STT).

- Cuantitativamente, es la vía más importante: la interrupción quirúrgica del haz de un lado de la médula disminuye de forma considerable las sensaciones dolorosas de la mitad opuesta del cuerpo, mientras que su estimulación eléctrica provoca una sensación dolorosa.

- A nivel del tronco cerebral, el STT contacta con 4 áreas importantes:

-La formación reticulada (bulbo raquídeo y puente), donde el STT activa reacciones de ajuste cardio-respiratorias (en el bulbo) y de vigilia (bulbo y puente).

-El locus coeruleus, un grupo de neuronas que liberan noradrenalina (NA) situado en la parte alta del puente. Su activación por el STT induce una descarga de NA que genera un aumento de la ansiedad y de la vigilancia.

-El tectum (en el mesencéfalo), donde el STT activa reacciones de orientación de la cabeza y los ojos.

-La sustancia gris periacueductal, donde activa vías descendentes implicadas en la modulación del dolor (analgesia).

- A nivel del tálamo, el STT contacta con el núcleo ventral posterolateral (VPL) y el núcleo ventral posteromedial (VPM). A su vez, las neuronas de estos núcleos proyectan sus axones sobre el córtex sensorial primario (S1) y sobre el cortex de la ínsula, respectivamente. En general, se puede destacar que: Las neuronas de origen son sobre todo de tipo WDR de la lámina V, y sólo algunas nociceptivas específicas de la lámina I.

- A nivel del diencefalo, la vía STT-córtex contacta con el hipotálamo.

- LIBROS SOBRE NEUROENDOCRINOLOGÍA- PROF. DR. ENRIQUE BARMAIMON- 4 TOMOS- AÑO 2019.1- TOMO III-

-La vía STT-córtex es importante tanto para el componente sensorial del dolor (mediante la conexión con el área S1) como para el componente afectivo (mediante la conexión con la ínsula).

-Como ocurre con el STT, las neuronas nociceptivas de los núcleos VPL/VPM son 75 % de tipo WDR y 25 % de tipo nociceptivas específicas. Este hecho es el objeto de una controversia sobre las vías precisas del dolor, ya que aunque la vía STT se considera la vía principal de transmisión del dolor, está constituida sobre todo por neuronas WDR, lo cual resulta paradójico. Por esta razón, A.D. Craig propone un modelo basado sobre las neuronas nociceptivas específicas.[12] Sin embargo, el hecho de que la vía STT-córtex presente una mayoría de neuronas WDR puede ser pertinente funcionalmente, ya que estas neuronas tienen mucha mejor capacidad que las neuronas nociceptivas específicas para codificar la intensidad del estímulo doloroso, lo que les permite obtener una mejor resolución para distinguir la diferencia entre dos estímulos. Por esta razón, muchos especialistas en el dolor piensan que las neuronas WDR son cruciales para la apreciación sensorial del dolor.

- 32.4.2.2)- Los Haces SPA y SPH.

- Ambos haces son importantes en la transmisión del dolor, pues contribuyen al ajuste rápido y a la activación de comportamientos estereotipados. Contrariamente al STT, están compuestos sobre todo de axones de neuronas nociceptivas específicas, situadas en la lámina I, que codifican la información dolorosa con menor precisión que las WDR. Estas dos vías proyectan sobre:

-La amígdala, cuyo núcleo central está fuertemente implicado en el miedo, la memoria y los comportamientos emocionales. La amígdala forma parte del sistema límbico (término últimamente en desuso por su imprecisión).

-El hipotálamo, una estructura fundamental en la homeostasis del cuerpo y en la generación de comportamientos estereotipados de miedo, ira y defensa.

-Por ello, estas vías participan en la generación de las dimensiones afectivas del dolor, sobre todo en los aspectos primarios, sin intervención de procesos más elaborados, en los que participa la corteza cerebral. (Aunque la vía STT-córtex también contacta con el hipotálamo).

-32.4.3)- Integración de los Aspectos Sensorial y Afectivo del Dolor.

- Las neuronas del córtex sensorial primario (S1) tienen campos receptivos pequeños y están implicadas en la localización precisa de la sensación dolorosa, pero no en la sensación difusa característica de la mayoría de los dolores clínicos.

-Mediante técnicas de imágenes funcionales (por ejemplo, IRMf o imagen por resonancia magnética funcional), se han identificado otras dos áreas implicadas en la respuesta nociceptiva:

-el córtex cingular anterior (CCA), implicado en el componente emocional del dolor. el córtex de la ínsula, que procesa la información sobre el estado interno del cuerpo (interocepción). Los pacientes con una lesión en la ínsula perciben el dolor, y pueden distinguir entre dolor agudo y sordo, pero no presentan la respuesta emocional habitual al dolor, lo cual implica que la ínsula envía información al CCA que es fundamental para la componente emocional. Estos individuos son incapaces de percibir la amenaza del estímulo nociceptivo y tienen problemas para desarrollar una respuesta adecuada.

-El STT está conectado directa e indirectamente con el córtex de la ínsula. La vía indirecta pasa por el córtex parietal posterior, un córtex asociativo multimodal (auditivo, visual y somatosensorial) que permite al cerebro elaborar una representación sensorial que incluye

- LIBROS SOBRE NEUROENDOCRINOLOGÍA- PROF. DR. ENRIQUE BARMAIMON- 4 TOMOS- AÑO 2019.1- TOMO III-

todos los elementos sensoriales de entrada en un momento dado, además de elementos procedentes de la memoria, que permite al individuo evaluar la amenaza real que constituye la fuente origen de la sensación dolorosa. Esta representación global se comparte con el córtex asociativo multimodal frontal, encargado de definir las prioridades y elaborar una estrategia para hacer frente a la situación, teniendo en cuenta el contexto general y la experiencia pasada.

-En paralelo, el córtex de la ínsula, que proyecta sobre la amígdala y el hipotálamo, modula la componente emocional subcortical, que había sido activada inicialmente por las vías directas SPA y SPH.

-La ínsula y el córtex parietal posterior estimulan a su vez el CCA, una estructura que forma parte de la red emocional y motivacional del cerebro, relacionado con el sistema límbico.

- Podría tener una función de integración de los elementos emocionales, permitiendo establecer un valor emocional que permite definir las prioridades de acción, completando la acción del córtex multimodal frontal, lo que capacita al individuo a definir si debe afrontar la situación que generó el dolor o bien huir, según las circunstancias.

-32.5)- Características del Dolor.

- Las características del dolor se estructuran de acuerdo con la información que la persona afectada puede otorgar; existen varias formas de ordenarla, de acuerdo con la capacidad que tiene el paciente de relatar y precisar su dolor.

-- Básicamente son: [13]

.Comienzo

.Factores causales y agravantes

.Factores atenuantes

.Tipo del dolor

.Localización e irradiación

.Severidad

.Duración y variación temporal.

- En cuanto a la intensidad del dolor, existen distintas formas de recabar la información en función de la edad del paciente:

- Para niños menores de cuatro años, se utilizan escalas basadas en la observación de:

Expresión facial o verbal

Movimiento o actitud de brazos, piernas y torso

Llanto

Consolabilidad

- Para niños entre 4 y 12 años:

Escala visual de expresiones faciales

- Para adultos:

Escala análoga visual

Escala de puntuación numérica

Escala de puntuación verbal.

-32.6)- Factores que Modulan el Dolor.

- Existen múltiples factores psicológicos y físicos que modifican la percepción sensorial del dolor, unas veces amplificándola y otras veces disminuyéndola, como:

-Sexo y edad.

-Nivel cognitivo.

- LIBROS SOBRE NEUROENDOCRINOLOGÍA- PROF. DR. ENRIQUE BARMAIMON- 4 TOMOS- AÑO 2019.1- TOMO III-

- Personalidad: estado de ánimo, expectativas de la persona, que producen control de impulsos, ansiedad, miedo, enfado, frustración.
- Momento o situación de la vida en la que se produce el dolor.
- Relación con otras personas, como familiares, amigos y compañeros de trabajo.
- Dolores previos y aprendizaje de experiencias previas.
- Nivel intelectual, cultura y educación.
- Ambiente: ciertos lugares (ejemplo: sitios ruidosos, o con iluminación intensa) tienden a exacerbar algunos dolores (ejemplo: cefaleas).

-32.7)- Clasificación del Dolor.

-32.7.1)- Según el Tiempo de Evolución.

- Dolor crónico: Es el dolor que dura más de tres meses, como el dolor oncológico.
- Dolor agudo: Es el dolor que dura poco tiempo, generalmente menos de dos semanas, como un dolor de muelas, o de un golpe.
- Es difícil diferenciar un dolor agudo de un dolor crónico pues el dolor cursa de forma oscilante y a veces a períodos sin dolor.
- El dolor postoperatorio es un dolor agudo, pero a veces se prolonga durante varias semanas.
- Las migrañas o la dismenorrea ocurre durante dos o tres días varias veces al año y es difícil clasificarlas como dolor agudo o crónico.

-32.7.2)- Según la Etiología del Dolor.

- Dolor nociceptivo: Es el producido por una estimulación de los nociceptores, es decir los receptores del dolor, provocando que el "mensaje potencialmente doloroso" sea transmitido a través de las vías ascendentes, hacia los centros supraespinales y sea percibido como una sensación dolorosa. Por ejemplo un pinchazo.
- Dolor neuropático: Es producido por una lesión directa sobre el sistema nervioso, de tal manera que el dolor se manifiesta ante estímulos mínimos o sin ellos, y suele ser un dolor continuo.

-32.7.3)- Según la Localización del Dolor.

- Dolor Somático: Está producido por la activación de los nociceptores de la piel, hueso y partes blandas. Es un dolor agudo, bien localizado, por ejemplo un dolor de hueso o de una artritis o dolores musculares, en general dolores provenientes de zonas inervadas por nervios somáticos. Suelen responder bien al tratamiento con analgésicos, según la escalera de la OMS.
- Dolor Visceral: Está ocasionado por la activación de nociceptores por infiltración, compresión, distensión, tracción o isquemia de vísceras pélvicas, abdominales o torácicas. Se añade el espasmo de la musculatura lisa en vísceras huecas.
 - . Se trata de un dolor pobremente localizado, descrito a menudo como profundo y opresivo, con la excepción del dolor ulceroso duodenal localizado a punta de dedo.
 - . Cuando es agudo se acompaña frecuentemente de manifestaciones vegetativas como: náuseas, vómitos, sudoración, taquicardia y aumento de la presión arterial.
 - . Con frecuencia, el dolor se refiere a localizaciones, que pueden estar distantes de la lesión, como por ejemplo el dolor de hombro derecho en lesiones biliares o hepáticas.

- LIBROS SOBRE NEUROENDOCRINOLOGÍA- PROF. DR. ENRIQUE BARMAIMON- 4 TOMOS- AÑO 2019.1- TOMO III-

- 32.8)- Tratamiento.

- En la actualidad, hay dos líneas de tratamiento del dolor:

- La terapia mediante farmacología, consiste en el suministro de drogas para paliar el síndrome algico.

- La terapia mediante medicina física o electromedicina, consiste en la aplicación de corrientes de distinta índole y ondas sónicas para tratar el dolor, dentro de la amplia gama de dispositivos de electroterapia disponibles.

- En el tratamiento del dolor, hay que distinguir entre:

.Tratamiento del dolor agudo: Es el que se siente al sufrir una contusión, una fractura, tenemos dolor de muelas o caminamos tras una operación quirúrgica importante.

.Tratamiento del dolor crónico: Es un dolor constante y prolongado en el tiempo.

-Tratamiento del dolor en el cáncer, en el cáncer terminal y en otras enfermedades que cursan con dolor crónico y agudo está descrito en la Escalera analgésica de la OMS (Organización Mundial de la Salud). En ella se describen los distintos tratamientos y medicamentos.

- En general, resulta más sencillo tratar el dolor agudo, que normalmente se ha generado debido a la presencia de daño en un tejido blando, una infección y/o una inflamación. -

- Normalmente se trata con medicamentos, usualmente analgésicos, o mediante técnicas apropiadas para eliminar la causa, y controlar la sensación dolorosa.

-Si el dolor agudo no se trata adecuadamente, en algunos casos puede degenerar en dolor crónico.[14]

-A menudo, los pacientes que sufren de dolor crónico son tratados por varios médicos especialistas. Aunque normalmente se genera por una lesión, una operación o una enfermedad, el dolor crónico puede no tener una causa aparente. Este problema puede generar problemas psicológicos, que confunden al paciente y a los profesionales médicos.

-32.8.1)- Anestesia.

-: Anestesia: Es la condición en la cual las sensaciones (no sólo de dolor) están bloqueadas por una droga, que induce una falta de detección. Puede ser total : anestesia general, o parcial, afectando a una parte mínima del cuerpo : anestesia local o regional.

-32.8.2)- Analgesia.

-: Analgésico: La analgesia es la eliminación de la sensación de dolor, sin pérdida de consciencia. El cuerpo posee un sistema endógeno de analgesia, que puede complementarse con analgésicos para regular la nocicepción y el dolor. La analgesia puede producirse en el sistema nervioso central, en los nervios periféricos o en los nociceptores. De acuerdo con la teoría de control de entrada del dolor, la percepción del dolor puede ser modulada por el cuerpo.

- El sistema central de analgesia endógena está mediado por tres componentes principales:

.la sustancia gris periacueductal;

.el núcleo mayor del rafe; y

.las interneuronas inhibitoras del asta posterior de la médula espinal, que inhiben las neuronas que transmiten la nocicepción.

- LIBROS SOBRE NEUROENDOCRINOLOGÍA- PROF. DR. ENRIQUE BARMAIMON- 4 TOMOS- AÑO 2019.1- TOMO III-

- El sistema periférico de regulación consiste de diferentes tipos de receptores de opioides que se activan en respuesta a la unión de las endorfinas del organismo. Estos receptores existen en muchas áreas del cuerpo e inhiben la descarga de neuronas estimuladas por nociceptores.

- La teoría de control de entrada del dolor postula que la nocicepción es "modulada" por estímulos no nocivos como la vibración. Así, frotarse una rodilla golpeada parece reducir el dolor al evitar su transmisión al cerebro. El dolor también se "modula" por señales que descienden del cerebro hacia la médula espinal para suprimir (o en algunos casos aumentar) la información nociceptiva entrante.

- 32.8.3)- Tratamientos Alternativos.

- Un sondeo de americanos adultos identificó que el dolor es la razón más común por la que la gente utiliza la medicina complementaria y alternativa.

-La medicina tradicional china considera el dolor como un qi "bloqueado", similar a una resistencia eléctrica, y se considera que tratamientos como la acupuntura, son más efectivos para el dolor no traumático, que para el dolor traumático. Aunque el mecanismo no se comprende completamente, la acupuntura podría estimular la liberación de grandes cantidades de opioides endógenos.[15] .

- La medicina alternativa propone el uso de suplementos nutricionales tales como: curcuma, glucosamina, condroitín sulfato, bromelaina y ácidos grasos omega-3.

- También se han relacionado la vitamina D y el dolor, pero aparte de en la osteomalacia (raquitismo), los ensayos clínicos controlados han dado resultados poco convincentes.[16].

- Se ha probado que la hipnosis, así como diversas técnicas perceptivas, que provocan estados alterados de la consciencia , pueden ser una ayuda importante en el tratamiento de todos los tipos de dolor.[17][1] .

- Asimismo, algunos tipos de manipulación física o ejercicio, muestran también interesantes resultados.[18].

-32.8.3.1)- Tratamiento del Dolor con Magnetismo.

- La Estimulación magnética transcraneana repetitiva (EMTr), es uno de los tratamientos prometedores para la terapia del dolor crónico.

- El Campo magnético emitido por varios Electroimanes afecta las señales eléctricas con las que se comunican las neuronas, reorientando así la actividad de ciertas células específicas, e incluso circuitos cerebrales completos. Esta técnica es no invasiva, por lo tanto influye en el dolor, sin que se introduzcan nuevas moléculas en el organismo.

- Es posible que la aplicación de esta terapia pueda aliviar enfermos cuyo tratamiento farmacológico resulta inútil. La aplicación de esta técnica ha estado en constante crecimiento desde el año 2008, después de ser aprobada por la Agencia Federal de Fármacos y Alimentos para el tratamiento de depresiones crónicas.

- 32.9)- Otras Definiciones de Dolor.

Desde un punto de vista metafísico, se ha definido el dolor como "el esfuerzo necesario para aferrarse a un pensamiento negativo". Esta idea se basa en la creencia de que los seres humanos estamos dotados de una serie de cualidades innatas, que son las cualidades naturales de la propia vida: armonía, sabiduría, fuerza, amor, etc. Serían todas la cualidades

- LIBROS SOBRE NEUROENDOCRINOLOGÍA- PROF. DR. ENRIQUE BARMAIMON- 4 TOMOS- AÑO 2019.1- TOMO III-

consideradas como "positivas". Según este punto de vista, estas cualidades se manifiestan en la persona de forma natural y espontánea sin necesidad de ningún esfuerzo o acción concreta. Cuando alguien reprime esta manifestación natural negándola en su pensamiento se produce en él o ella, lo que percibimos como dolor. La causa de esta resistencia o represión estaría normalmente en las creencias adquiridas en la sociedad por la persona. [20]

-32.9.1)- Dolor y Placer.



-Según el neurólogo Jordi Montero, "el dolor cumple una función muy específica y absolutamente necesaria. En la lógica de la evolución, según la cual la adaptación al medio es esencial para subsistencia del animal ,y con él, la de sus genes.

- La sensación de daño : la nocicepción, constituye una señal que indica la necesidad de evitar un peligro o de corregir una conducta peligrosa para nuestra integridad" .[19].

- Esta sensación se caracteriza por estar relacionada de manera directa con el causante del daño, y dura el tiempo imprescindible para evitar el peligro.

-Pero solo si se sufre de manera crónica o sin razón alguna, es cuando puede decirse que el dolor constituye una enfermedad.

-El sadomasoquismo es una forma de sentir placer en el dolor.

- Generalmente los conceptos de dolor y placer son opuestos, se supone que si hay placer, no puede haber dolor, y viceversa.

- Pero también es sabido, que en situaciones alteradas se puede llegar a sentir placer, haciendo daño a otra persona : sadismo; y obtener placer al sentir dolor : masoquismo; o ambos a la vez : sadomasoquismo. En otras ocasiones, aunque el dolor en sí mismo no produzca placer, sí puede darse la circunstancia de que haya sido causado por un proceso satisfactorio en su conjunto, lo cual puede ocasionar cuadros en los que el dolor y placer se entremezclan.

- A pesar de parecer contraintuitivo, esta asociación tiene una base neurobiológica entendible.

- 32.9.2)- Dolor Fetal.

- El dolor fetal es el que sienten los bebés antes de nacer, además existen pruebas de que los recién nacidos, sufren dolor con mayor intensidad que los adultos.

- LIBROS SOBRE NEUROENDOCRINOLOGÍA- PROF. DR. ENRIQUE BARMAIMON- 4 TOMOS- AÑO 2019.1- TOMO III-

- Las vías nerviosas que conducen el dolor, se desarrollan después de la vida intrauterina, esto es, cuando el bebé se encuentra todavía en etapas de formación y maduración dentro de la matriz. Por otro lado la densidad de las terminaciones que transmiten los estímulos dolorosos en la piel del recién nacido exceden a las del adulto.

- Las vías nerviosas que disminuyen o modulan el dolor, no se forman sino hasta la etapa de recién nacido, por lo que el bebé que está por nacer es más sensible a estímulos dolorosos.

- A las siete semanas de la gestación ya existe sensibilidad alrededor de la boca, y a las 20 semanas en toda la piel, además en esta etapa el bebé es capaz de reconocer la voz de su madre; de las 24 a las 48 semanas, ya están presentes las vías anatómicas para sentir el dolor.

- Algunos estudios han demostrado que existen cambios bioquímicos en fetos de 23 a 24 semanas, manifestados por la liberación de endorfinas : sustancias que produce nuestro organismo, que actúan como analgésicos naturales; y cortisol : sustancia que aumenta su producción ante casi cualquier tipo de estrés, sea físico o mental; como respuesta a una transfusión intrauterina, es decir de sangre cuando el bebé aún no nace, procedimiento que debe hacer a través del cordón umbilical, por ejemplo cuando se detecta anemia en un feto.

- El sistema nervioso del recién nacido está en constante desarrollo, y es notable la capacidad del cerebro, para alterar su organización molecular y funcional, en respuesta a un trastorno o perturbación, que lo agreda, por lo que experiencias dolorosas en esta etapa y hasta el primer año de edad, pueden influir en la arquitectura final de su cerebro cuando llega a adulto.

- Distintos estudios sugieren que el recién nacido, que ha sido sometido a estímulos dolorosos, tienen una sensibilidad alterada, manifestada por un umbral del dolor disminuido, esto es que ante estímulos poco intensos, se percibe mayor dolor de lo habitual, además de ansiedad, déficit de atención e hiperactividad, patrones de conducta autodestructiva, deficiencias neurológicas, inhabilidad para adaptarse a situaciones nuevas, impulsividad o brusquedad, falta de control social , y problemas de aprendizaje.[21].

- 32.10)- Véase También.

-Asociación Internacional para el Estudio del Dolor

-Cuidados paliativos

-Corpúsculo

-Escalera analgésica de la OMS

-Dolor en los animales

- 32.11). Referencias.

↑ Saltar a: a b Mark P. Jensen, University of Washington, Seattle, USA Tomonori Adachi, Osaka University, Osaka, Japan Catarina Tomé-Pires, Rovira and Virgili University, Tarragona, Catalonia, Spain Jikwan Lee, University Putra Malaysia, Selangor, Malaysia Zubaidah Jamil Osman, and University Putra Malaysia, Selangor, Malaysia Jordi Miró Rovira and Virgili University, Tarragona, Catalonia, Spain (2015). «MECHANISMS OF HYPNOSIS: Toward the Development of a Biopsychosocial Model». *Int J Clin Exp Hypn.* 2015 ; 63(1): 34–75. doi:10.1080/00207144.2014.961875.

↑ «Cortical plasticity related to chronic pain in a continuous interaction of neuronal and mental processes.» *Cog. Critique*, vol. 8, 2014.

↑ Julius, D.; Basbaum, A.I. (2001), «Molecular mechanisms of nociception», *Nature* 413 (6852): 203-210, archivado desde el original el 21 de noviembre de 2011,

- LIBROS SOBRE NEUROENDOCRINOLOGÍA- PROF. DR. ENRIQUE BARMAIMON- 4 TOMOS- AÑO 2019.1- TOMO III-

- ↑ Welch, J.M.; Simon, S.A.; Reinhart, P.H. (2000), «The activation mechanism of rat vanilloid receptor 1 by capsaicin involves the pore domain and», *Proceedings of the National Academy of Sciences* 97 (25): 13889,
- ↑ Caterina, M.J.; Schumacher, M.A.; Tominaga, M.; Rosen, T.A.; Levine, J.D.; Julius, D. (1997), «The capsaicin receptor: a heat-activated ion channel in the pain pathway», *Nature* 389 (6653): 816-824,
- ↑ Caterina, M.J.; Leffler, A.; Malmberg, A.B.; Martin, W.J.; Trafton, J.; Petersen-zeitz, K.R.; Koltzenburg, M.; Basbaum, A.I. et al. (2000), «Impaired nociception and pain sensation in mice lacking the capsaicin receptor», *Science* 288 (5464): 306, archivado desde el original el 1 de diciembre de 2008,
- ↑ McKemy, D.D.; Neuhausser, W.M.; Julius, D. (2002), «Identification of a cold receptor reveals a general role for TRP channels in thermosensation.», *Nature* 416 (6876): 52-58,
- ↑ Knowlton, W.M.; Bifolck-Fisher, A.; Bautista, D.M.; McKemy, D.D. (2010), «TRPM8, but not TRPA1, is required for neural and behavioral responses to acute noxious cold temperatures and cold-mimetics in vivo.», *Pain* 150 (2): 340-350,
- ↑ Story, G.M.; Gereau, R.W. (2006), «Numbing the senses: role of TRPA1 in mechanical and cold sensation», *Neuron* 50 (2): 177-180,
- ↑ Talavera, K.; Gees, M.; Karashima, Y.; Meseguer, V.M.; Vanoirbeek, J.A.; Damann, N.; Everaerst, W.; Benoit, M.; Janssens, A.; Vennekens, R.; Viana, F.; Nemery, B.; Janssens, A.; Nilius, B.; Voets, T. (2009), «Nicotine activates the chemosensory cation channel TRPA1.», *Nature Neuroscience* 12 (10): 1293-1299,
- ↑ Price, D.D. (2002), «Central neural mechanisms that interrelate sensory and affective dimensions of pain», *Mol Interv.* 2 (6): 392-403,339,
- ↑ D. Craig A. (2003), «Pain mechanisms: labeled lines versus convergence in central processing», *Annu Rev Neurosci.* 26: 1-30, PMID 12651967
- ↑ Ahmadi, Alireza; Bazargan-Hejazi, Shahrzad; Heidari Zadie, Zahra; Euasobhon, Pramote; Ketumarn, Penkae; Karbasfrushan, Ali (julio de 2016). «Pain management in trauma: A review study» [Manejo del dolor: un estudio de revisión]. *J Inj Violence Res (en inglés) (Kermanshah University of Medical Sciences)* (2): 89-98. PMID 27414816. doi:10.5249/jivr.v8i2.707.
- ↑ Dahl JB, Moiniche S (2004). «Pre-emptive analgesia». *Br Med Bull* 71: 13-27. PMID 15596866. doi:10.1093/bmb/ldh030.
- ↑ Sapolsky, Robert M. (1998). *Why zebras don't get ulcers: An updated guide to stress, stress-related diseases, and coping*. Nueva York: W.H. Freeman and CO. ISBN 0-585-36037-5.
- ↑ Straube S, Andrew Moore R, Derry S, McQuay HJ (enero de 2009). «Vitamin D and chronic pain». *Pain* 141 (1-2): 10-3. PMID 19084336. doi:10.1016/j.pain.2008.11.010. La referencia utiliza el parámetro obsoleto |mes= (ayuda)
- ↑ Robert Ornstein PhD, David Sobel MD (1988). *The Healing Brain*. Nueva York: Simon & Schuster Inc. pp. 98-99. ISBN 0-671-66236-8.
- ↑ Douglas E DeGood, Donald C Manning MD, Susan J Middaugh (1997). *The headache & Neck Pain Workbook*. Oakland, California: New Harbinger Publications. ISBN 1-57224-086-5.
- ↑ Jordi Montero, *Lo que el dolor cuenta de ti. Permiso para quejarse*. Barcelona: Ariel, 2016, p. 34-35.
- ↑ Orr, Leonard; Ray, Sondra (1984). *Renacimiento en la nueva era. Móstoles (Madrid, España): Neo Person Ediciones.* 84-88066-03-1.
- ↑ Boletín de divulgación de la dirección de investigación del Hospital general de México.
-- Nº 47: -  - 2017 . - Barmaimon, Enrique. 2017- Libro Medicina Perioperatoria . 6 Tomos:

- LIBROS SOBRE NEUROENDOCRINOLOGÍA- PROF. DR. ENRIQUE BARMAIMON- 4 TOMOS- AÑO 2019.1- TOMO III-

-Tomo I: Introducción; Preoperatorio; Transoperatorio, Cirugía Ambulatoria y A Distancia; Postoperatorio; Sala Recuperación; Reanimación Cardiopulmonar; Centro Reanimación; Reanimación en Uruguay; Plan Desastres; Bibliografía.

-Tomo II: Historias: Ciencias, Anestesia, Anestesia y Reanimación Latinoamericana: Pioneros, Cátedras Anestesia, Primeras Anestias, Siglos XIX y XX; CLASA; Sociedades Anestesia; A. y R. en Perú y Uruguay; Avances Quirúrgicos; Peter Safar ; Normas; Cronología Anestésica; Primeros Quirófanos.

-Tomo III: MONITOREO: Oximetría, Capnometría, BIS, Presión Arterial, Cardíaco, Hemoglobina, Presión Venosa, Embolización, Respiratorio, Equilibrio Acido-Base,.

TomoIV:AnestiasInhalatorias,Intravenosas,Balanceada,Regionales;Equipamiento, Respiradores; Líquidos Perioperatorios.

-Tomo V: Anestias: Gineco-obstétrica, Neonato, Regional, Pediátrica, Geriátrica, Mayor Ambulatoria; Medicina Perioperatoria; Tratamiento Dolor; Medicina Paliativa; Hibernación Artificial; Seguridad Quirúrgica; Evolución.

-Tomo VI: U.C.I.; Unidad Neonatología; Cuidados Intermedios; Centro Quirúrgico; Instrumentación, Asepsia, Antiseptia, Licenciatura; Panorama Actual y Futuro; Cirugía En Siglo XXI; Otros Avances Ayer y Hoy Del Quirófano; Educación En Uruguay; Curricula.

. 1ª Ed. Virtual. Montevideo, Uruguay. BVS.SMU.(<http://www.bvssmu.org.uy/>). (libros); (barmaimon).(OR).(buscar);(Elegir libro entre 81 : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra).

-- Nº 53 - - 2017 . - Barmaimon, Enrique.2017- Libro Anestesia Locorregional . 6

Tomos:

-Tomo I: Índice; Introducción; Generalidades; Tipos Anestesia; Cambios Anatomofuncionales; 8 Reglas Interpretación.

-Tomo II: Bases Conceptuales; Canales; Canal Iónico: Sodio; Bomba Sodio-Potasio; Canal Calcio; Despolarización; Canalopatías; Inflamación; Sistema Autoinmune; Trastornos; Síndromes Funcionales.

-Tomo III: Ciencias Cognitivas; Historia Ciencias; Organización General Nerviosa; Neuroanatomía; Cambios Anatomofuncionales, Sociales, Nutricionales y Ambientales; Sistemas Integración; Neurotransmisores; Comportamiento; Realimentación.

- Tomo IV: Anestésicos Locales; Tratamiento Del Dolor; Escala analgésica De La O.M.S..

-Tomo V: Vías De Administración Fármacos; Clínica Del Dolor; Analgesia; Anestesia Intradural; Anestesia Epidural; Bloqueos; Acupuntura; Pseudociencias. y

- Tomo VI: Anestesia En Especialidades: Cirugía Plástica y Estética; Oftalmológica; ORL; Odontológica; Traumatológica; Gineco-obstétrica; Urológica; Ambulatoria; Abdominal; Pediátrica; Geriátrica. Curricula. Bibliografía.

-- . 1ª Ed. Virtual. Montevideo, Uruguay. BVS.SMU.(<http://www.bvssmu.org.uy/>). (libros); (barmaimon).(OR).(busca

- Nº 78 a 81:- :- - *Barmaimon, Enrique*- LIBROS SOBRE NEUROENDOCRINOLOGÍA- 4 TOMOS-AÑO 2019- Montevideo, Uruguay-

- TOMO I: Neurotransmisores; Receptor Celular; Neurohormonas; Ejes; S.Endócrino; Hipotálamo; Hipófisis.

- TOMO II: Enfermedad; Morbilidad; Comorbilidad; L.C.R.; Imagen Médica; Psicología Cognitiva; Clasificaciones I..

- TOMO III: Clasificaciones; S. Nervioso; S. Límbico; Motivación; Trastornos Sueño.

- TOMO IV: Sensibilización Central; Dolor; Alodinia; S. R. C.; Estrés; S. Piernas Inquietas; Sueño; Cansancio; Ansiedad; Depresión; Ejercicio Físico; Técnicas Relajación;

- LIBROS SOBRE NEUROENDOCRINOLOGÍA- PROF. DR. ENRIQUE BARMAIMON- 4 TOMOS- AÑO 2019.1- TOMO III-

Meditación; Espasmo Muscular; Frío; 81 Libros Publicados; Curricula. - www.bvssmu@org.uy [libros], [barmaimon]).(OR) .(buscar);(Elegir libro entre 81 : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra).

- www.bvssmu@org.uy [libros], [barmaimon]).(OR) .(buscar);(Elegir libro entre 81 : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra).

-  [Biblioteca Virtual en Salud](#) (BVS)- (S.M.U.)-

- 32.12)- Enlaces Externos.



Wikcionario tiene definiciones y otra información sobre dolor.



Wikiquote alberga frases célebres de o sobre Dolor.



Wikimedia Commons alberga una categoría multimedia sobre Dolor.

-International Association for the Study of Pain® (IASP)

-Federación Latinoamericana de Asociaciones para el Estudio del Dolor (FEDELAT)

-Sociedad Española del Dolor (SED) (capítulo español de la IASP)

-Asociación Argentina para el Estudio del Dolor (AAED) (capítulo argentino de la IASP)

-Voz Dolor en Philosophica: Enciclopedia filosófica online

-Aplicación de la magnetoterapia para el alivio del dolor (Medisalud)

-Atados al dolor (Documental)



Multimedia:Pain



Diccionario:dolor



Citas célebres:Dolor

``

Obtenido de «<https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Dolor&oldid=112210668>»

- Categorías:

-Dolores

-Términos médicos

-Síntomas

-Esta página se editó por última vez el 23 noviembre 2018 a las 07:48.

El texto está disponible bajo la Licencia Creative Commons Atribución Compartir Igual 3.0.

0 0 0 0 0 0 0 0.

- CAPÍTULO XXXIII : - 33)- ALODINIA

-De Wikipedia, la enciclopedia libre.

- La alodinia (all(o)- ἄλλος gr. 'otro', 'diferente' + ody- ὀδύνη gr. 'dolor' + -iā gr. 'cualidad'[1]) es la percepción anormal del dolor, nacido de un estímulo mecánico o térmico que habitualmente es indoloro; por lo común, tiene elementos de retraso en la percepción y de la sensación residual. Este dolor aparece en respuesta a un tacto ligero y viene señalado por la actividad en los mecanorreceptores de bajo umbral en presencia de una neurona central transmisora del dolor que se encuentra sensibilizada.

- **ÍNDICE.**

- **CAPÍTULO XXXIII : - 33)- ALODINIA.**

- **33.1)- Alodinia e Hiperalgnesia.**

-**33.2)- Origen Neuronal.**

-**33.3)- Tratamiento.**

- **33.4)- Véase También.**

- **33.5)- Referencias.**

- **33.1)- Alodinia e Hiperalgnesia.**

- Diversos estados de dolor conducen a situaciones en las que estímulos habitualmente indoloros son dolorosos : alodinia), y estímulos generalmente dolorosos, son aún más dolorosos : hiperalgnesia.

- Se han utilizado estudios de imagen del cerebro para examinar la base neural de la alodinia y la hiperalgnesia en sujetos sanos, y en pacientes con estados de dolor crónico.

- En la práctica, y para diferenciar los conceptos, si la hiperalgnesia refleja una respuesta exagerada producida por un estímulo francamente inocuo : por ejemplo, rozar ligeramente la piel, se define entonces como alodinia.

- En los seres humanos se ha descrito la existencia de alodinia cerca de las incisiones quirúrgicas.[2].

- Estas observaciones abarcan una disminución del umbral doloroso o de sensaciones anormales : "quemazón" o "dolor a la palpación", a diversas distancias (5-10 cm), de las heridas quirúrgicas, detectables varios meses, después de la intervención.

- **33.2)- Origen Neuronal.**

- La organización de las interneuronas en el asta posterior es muy compleja, y aún se sabe poco sobre los circuitos neuronales, en los que participan estas células.

- La administración intratecal de fármacos, que actúan como antagonistas a nivel de los receptores de GABA : bicuculina, o un antagonista del receptor de la glicina : estriquina; pueden causar alodinia; en la que el cepillado de la piel se convierte en un estímulo aversivo.

- Ello sugiere que una de las funciones de las interneuronas inhibitorias, en el asta posterior

- LIBROS SOBRE NEUROENDOCRINOLOGÍA- PROF. DR. ENRIQUE BARMAIMON- 4 TOMOS- AÑO 2019.1- TOMO III-

es suprimir la actividad evocada por aferencias táctiles, de una forma que ésta habitualmente no se percibe como dolorosa.

- Se cree que la alodinia se transmite a través de mecanorreceptores de umbral bajo. Se considera que la liberación de ATP, por parte de las células lesionadas, tiene un papel importante en la inducción de la alodinia mecánica, después de una incisión cutánea.[3] .

- Las fibras sensitivas de bajo umbral activadas por estímulos inocuos, como por ejemplo un toque ligero, pueden, después de inducir la sensibilización central heterosináptica, activar neuronas nociceptivas, que habitualmente son de alto umbral, y producir alodinia.

- El dolor, aunque provocado por un estímulo en la periferia, esencialmente se origina como resultado de cambios en el procesamiento sensitivo en el sistema nervioso central.

- La alodinia observada en estados de dolor neuropático, también puede explicarse por un mecanismo similar de sensibilización central. Esto se demostró en sujetos humanos, por un bloqueo selectivo de la actividad neural de las fibras grandes : fibras del tacto, con un bloqueo isquémico. La alodinia desapareció al eliminar la sensación táctil, y se mantuvieron las funciones de otras fibras nerviosas.[4].

- Existen a la fecha abundantes pruebas, que demuestran que la hiperalgesia, la alodinia y el dolor continuo, implican la participación de la glía, activada en el asta posterior de la médula espinal.

- Una característica clave del proceso sináptico en la médula espinal ,es que no es fijo ni integrado, sino que está sujeto a diversas formas de modificabilidad o plasticidad.

- Algunas formas de plasticidad, que dependen de la actividad, son muy breves; otras son relativamente largas, con cambios en la fosforilación proteica, y con una expresión génica alterada; y algunas son irreversibles, con pérdida de neuronas y con la formación de nuevas sinapsis.

- Ahora se sabe, que la plasticidad funcional y química del asta posterior, y los aumentos en la eficacia sináptica que ésta produce : el fenómeno de la sensibilización central, son los responsables de la alodinia táctil, y de la hiperalgesia secundaria, después de una inflamación periférica y de lesiones nerviosas.

- La plasticidad estructural , incluido el reclutamiento de microglía, alteraciones en los contactos sinápticos, y pérdida de interneuronas inhibitorias, desempeñan un papel importante, al producir un aumento en la sensibilidad al dolor, en el dolor neuropático.

- Dos estudios recientes de Lorenz y sus colegas (2002, 2003), arrojaron más luz sobre el papel específico de las subregiones de la corteza frontal, en la percepción del dolor.[5]

- Utilizando una alodinia calórica, provocada por capsaicina, los autores compararon la actividad cerebral provocada durante la alodinia producida por capsaicina y el dolor por calor no patológico de la misma intensidad.

- El contraste mostró una gran actividad en el caso de la alodinia, que incluía múltiples regiones frontales, además de actividad en el tálamo medio, en el núcleo accumbens, y en el mesencéfalo.

- Un análisis de la red de esta actividad, demostró que las actividades corticales frontal posterior y frontal orbitaria, eran antagonistas entre sí; que la región dorsal limitaba la actividad de la región orbitaria, y que la segunda actuaba junto con otras regiones.

- Por tanto, se concluye que la red frontal orbitaria accumbens-tálamo medio, interviene en la percepción afectiva del dolor; mientras que la corteza frontal posterior, actúa como controlador de "arriba-abajo", que modula el dolor, y limita, por tanto, el grado de sufrimiento.

- LIBROS SOBRE NEUROENDOCRINOLOGÍA- PROF. DR. ENRIQUE BARMAIMON- 4 TOMOS- AÑO 2019.1- TOMO III-

- 33.3)- Tratamiento.

[editar]

Las combinaciones mixtas de fármacos anestésicos locales en forma de ungüentos y parches, se utilizan en la alodinia. El alivio se obtiene a nivel local, pero el anestésico se absorbe y sus efectos sistémicos pueden inhibir la hiperexcitabilidad del SNC de este dolor neuropático complejo periférico y central. Se pueden alcanzar concentraciones tóxicas sistémicas a nivel de SNC si los parches se dejan en la piel de forma continua (más de 12 horas).

La mayoría de los pacientes con dolor central, así como los que tienen neuropatía del trigémino, también tiene varias formas de dolor evocado debido a la presencia de alodinia y disestesia. En varios estudios se ha señalado que los componentes de dolor evocado también se pueden controlar mediante estimulación de la corteza motora.[6]

Se han estudiado dos antagonistas del receptor del N-metil-D-aspartato, la ketamina y el dextrometorfano, y se encontró que presentaban efectos beneficiosos en el dolor y la alodinia[7] En el caso de la ketamina, cerca del 50% de los pacientes con síndrome de fibromialgia se beneficiaron, pero no el 50% restante. El concepto de subgrupos del síndrome de fibromialgia avanzó debido a estos hallazgos, ya que la ketamina claramente identificaba los sujetos que respondían y los que no respondían de entre pacientes con síndrome de fibromialgia comparables en el resto de aspectos. La utilidad de la ketamina como agente terapéutico se limitó por la frecuente ocurrencia de efectos psicotrónicos adversos, como disturbios psíquicos (sentimiento de irrealidad, percepción alterada de la imagen corporal, modulación de la audición y de la visión, mareos, ansiedad, agresividad y náuseas). El dextrometorfano, que tiene un perfil de efectos adversos menor que el de la ketamina, se administró oralmente a los pacientes con síndrome de fibromialgia en combinación con tramadol. La idea de usar una combinación de un antagonista del receptor del N-metil-D-aspartato y un opioide débil fue para aumentar el efecto antinociceptivo, mantener bajos los efectos adversos y disminuir el desarrollo de tolerancia a los opioides. Se obtuvo una respuesta favorable en el 58% de los sujetos con síndrome de fibromialgia.[8]

- 33.4)- Véase También.

-Asociación Internacional para el Estudio del Dolor

-dolor

-escalera analgésica de la OMS

-gabapentina

-neuropatía

- 33.5)- Referencias.

1. ↑ «Alodinia». Diccionario médico-biológico, histórico y etimológico. Consultado el 8 de diciembre de 2012. «Etimología de alodinia».
2. ↑ Ilkjaer, S.; Bach L F, Nielsen P A et al (2000). «Effect of preoperative oral dextromethorphan on immediate and late postoperative pain and hyperalgesia after total abdominal hysterectomy». Pain (86): 19-24. La referencia utiliza el parámetro obsoleto |coautores= (ayuda); |fechaacceso= requiere |url= (ayuda)
3. ↑ Tsuda, M; Shigemoto-Mogami Y, Koizumi S et al (2003). «P2X4 receptors induced in spinal microglia gate tactile allodynia after nerve injury.». Nature 424 (6950): 778-783. La referencia utiliza el parámetro obsoleto |coautores= (ayuda); |fechaacceso= requiere |url= (ayuda)

- LIBROS SOBRE NEUROENDOCRINOLOGÍA- PROF. DR. ENRIQUE BARMAIMON- 4 TOMOS- AÑO 2019.1- TOMO III-

4. ↑ Campbell, J. N.; Raja S N, Meyer R A et al (1988). «Myelinated afferents signal the hyperalgesia associated with nerve injury». Pain (32): 89-94. La referencia utiliza el parámetro obsoleto |coautores= (ayuda); |fechaacceso= requiere |url= (ayuda)
5. ↑ Lorenz, J.; Cross D J, Minoshima S et al (2002). «A unique representation of heat allodynia in the human brain». Neuron (35): 383-393. La referencia utiliza el parámetro obsoleto |coautores= (ayuda); |fechaacceso= requiere |url= (ayuda)
6. ↑ Simpson, Brian A.; Björn, A.; Meyerson; Linderoth, Bengt. Estimulación medular y cerebral. ISBN 978-84-8174-949-6.
7. ↑ Henriksson, K. G.; Sorensen J. (2002). «The promise of N-methyl-D-aspartate receptor antagonists in fibromyalgia.». Rheumatic Disease Clinics of North America (28): 343-351. La referencia utiliza el parámetro obsoleto |coautores= (ayuda); |fechaacceso= requiere |url= (ayuda)
8. ↑ Clark, S. R.; Bennett R. M. (2000). «Supplemental dextromethorphan in the treatment of fibromyalgia. A double blind, placebo controlled study of efficacy and side-effects.». Arthritis and Rheumatism (43): 333. La referencia utiliza el parámetro obsoleto |coautores= (ayuda); |fechaacceso= requiere |url= (ayuda).

9. Nº 78 a 81:- :-  -Barmaimon, Enrique- LIBROS SOBRE NEUROENDOCRINOLOGÍA- 4 TOMOS-AÑO 2019- Montevideo, Uruguay-
- TOMO I: Neurotransmisores; Receptor Celular; Neurohormonas; Ejes; S.Endócrino; Hipotálamo; Hipófisis.
- TOMO II: Enfermedad; Morbilidad; Comorbilidad; L.C.R.; Imagen Médica; Psicología Cognitiva; Clasificaciones I..
- TOMO III: Clasificaciones; S. Nervioso; S. Límbico; Motivación; Trastornos Sueño.
- TOMO IV: Sensibilización Central; Dolor; Alodinia; S. R. C.; Estrés; S. Piernas Inquietas; Sueño; Cansancio; Ansiedad; Depresión; Ejercicio Físico; Técnicas Relajación; Meditación; Espasmo Muscular; Frío; 81 Libros Publicados; Curricula. -
www.bvssmu@org.uy [libros], [barmaimon]).(OR) .(buscar);(Elegir libro entre 81 : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra).

10- www.bvssmu@org.uy [libros], [barmaimon]).(OR) .(buscar);(Elegir libro entre 81 : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra).

-  [Biblioteca Virtual en Salud](#) (BVS)- (S.M.U.)-

-33.6)- Enlaces Externos.

- Obtenido de «<https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Alodinia&oldid=108763305>»

Categorías:

-Neurología

-Dolores

-Términos médicos

-Esta página se editó por última vez el 17 noviembre 2018 a las 13:22.

0 0 0 0 0 0 0 0.

**- CAPÍTULO XXXIV : -34)- SÍNDROME DE DOLOR
REGIONAL COMPLEJO.**

-De Wikipedia, la enciclopedia libre.

Síndrome de dolor regional complejo



Forma severa de distrofia simpática refleja

Clasificación y recursos externos

Especialidad	Fisioterapia
CIE-10	M89.0
CIE-9	337.21-22, 354.4, 355.71
DiseasesDB	12635
MedlinePlus	007184
eMedicine	pmr/123
MeSH	D020918

- LIBROS SOBRE NEUROENDOCRINOLOGÍA- PROF. DR. ENRIQUE BARMAIMON- 4 TOMOS- AÑO 2019.1- TOMO III-

Orphanet	99995
Algodistrofia Distrofia simpática refleja	
<p>-El síndrome del dolor regional complejo (SDRC o, CRPS por sus siglas en inglés), también llamado Algodistrofia o distrofia simpática refleja,[1]; es una enfermedad crónica, progresiva, que se caracteriza por un dolor intenso, hinchazón y otros cambios en la piel. El dolor sobrepasa lo esperado en función de la causa aparentemente originaria.[2]</p>	

-ÍNDICE.

- CAPÍTULO XXXIV : -34)- SÍNDROME DE DOLOR REGIONAL COMPLEJO.

-34.1)- Historia.

-34.2)- Clasificación.

-34.3)- Etapas del Síndrome Sudeck.

- 34.3.1)- Etapa I: aguda.

- 34.3.2)- Etapa II: Distrófica.

- 34.3.3)- Etapa III: Atrófica.

- 34.4)- Tratamientos.

- 34.5)- Referencias.

-34.1)- Historia.

El síndrome de distrofia simpática refleja (SDSR) se ha reconocido como entidad desde mediados del siglo XIX, que recibía el nombre de causalgia, un nombre elegido para describir el dolor intenso, ardiente en una extremidad después de haber recibido una lesión. Desde entonces, el SDSR o ha tenido una serie de cambios en el nombre. Bonica, en un intento de ordenar los criterios diagnósticos, acuñó el término distrofia simpática refleja en el año 1953, describió los estadios evolutivos del SDSR y propuso para su tratamiento la terapia con bloqueos nerviosos.[2] La Asociación Americana de Cirugía de la Mano propuso cambiar el nombre al síndrome de dolor simpático sostenido. Un consenso de expertos recomendó luego un cambio al actual término síndrome de dolor regional complejo (SDRC).[3] Sin embargo, muchos profesionales de la salud siguen utilizando el término SDSR, el cual actualmente equivale al síndrome de dolor regional complejo tipo 1 y el síndrome de dolor regional complejo tipo II es el que se conocía con el nombre de causalgia.

-34.2)- Clasificación.

- Con el fin de facilitar su diagnóstico diferencial con otros tipos de dolor crónico, el síndrome del dolor regional complejo tiene dos formas,[4] basado en la presencia de lesión del nervio después de una lesión:

.El SDRC 1 o Atrfia de Sudeck es un trastorno neurológico crónico que ocurre casi siempre en los brazos o las piernas después de una lesión menor.

- LIBROS SOBRE NEUROENDOCRINOLOGÍA- PROF. DR. ENRIQUE BARMAIMON- 4 TOMOS- AÑO 2019.1- TOMO III-

El SDRC 2 es causado por una lesión al nervio, anteriormente llamado causalgia.

- 34.3)- Etapas del Síndrome Sudeck.

- 34.3.1)- Etapa I: aguda.

- Esta primera etapa puede durar hasta 3 meses. Empieza con un dolor junto con ardor, por lo que la sensibilidad aumenta al contacto físico. Igualmente, se presenta en el cuerpo rigidez e inflamación de las articulaciones. Con esto sigue con una zona de calor y enrojecimiento en el miembro del cuerpo más afectado.

-34.3.2)- Etapa II: Distrófica.

- En esta etapa puede perdurar desde 3 hasta 12 meses. Aquí es donde incrementa la hinchazón y puede alterar peligrosamente el miembro afectado. Además, la temperatura de la piel se convierte poco a poco más fresca. Cabe mencionar, las uñas de las manos se tornan quebradas y el dolor es un poco más disipado. Y por último, aumenta la rigidez y la parte afectada es más sensible al tacto.

- 34.3.3)- Etapa III: Atrófica.

-La etapa tres surge al pasar ya un año que la enfermedad integra en la persona. La piel de la zona más afectada se torna de un color pálido. Asimismo, se pone seca y muy tensa. En resumen, se llega a la conclusión de que hay pocas esperanzas de recuperar el movimiento de la zona afectada. Por lo tanto, el dolor disminuye y la condición y aspecto se propaga a otra parte del cuerpo.

- 34.4)- Tratamientos.

. Por lo general, los tratamientos conocidos para esta enfermedad son tan comunes como las otras. A saber, estos son medicamentos, fisioterapia, biofeedback y terapia de calor y frío.

- Cabe destacar que esta enfermedad no tiene cura, por lo que es bueno hacer estos tratamientos frecuentemente.

- El tratamiento consiste básicamente en medicamentos para el dolor nervioso y cuidado personal.

- 34.5)- Referencias.

-Enfermedades neurológicas

-Enfermedades raras.

-Síndrome distrofia simpática refleja

-Distrofia simpaticorefleja : Atrofia de Sudeck

-Institute of Neurological Disorders and Stroke, (NINDS). Marzo 2004; Publicación de NIH 04-4173s

↑ Salta a: a b FERRER LOZANO, Yovanny; OQUENDO VAZQUEZ, Pablo y FERRER LOZANO, Dunia. Síndrome doloroso regional complejo: Conceptos actuales. Rev Cubana Ortop Traumatol [online]. 2006, vol.20, n.1 [citado 2010-07-01]. ISSN 0864-215X.> . ISSN 0864-215X

↑ Síndrome de dolor regional complejo. National

- LIBROS SOBRE NEUROENDOCRINOLOGÍA- PROF. DR. ENRIQUE BARMAIMON- 4 TOMOS- AÑO 2019.1- TOMO III-

↑ Parrillo, Steven J (marzo de 2010). «Complex Regional Pain Syndrome». Emergency Medicine: Neurology (en inglés). eMedicine.com. Consultado el 1 de julio de 2010.

↑ por MedlinePlus (2010 de marzo). «Síndrome de dolor regional complejo». Enciclopedia médica en español. Consultado el 1 de julio de 2010. La referencia utiliza el parámetro obsoleto `|mes=` (ayuda)

``

Obtenido de

«https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Síndrome_de_dolor_regional_complejo&oldid=110192066»

-Esta página se editó por última vez el 17 noviembre 2018 a las 13:32.

0 0 0 0 0 0 0 0.